

Centre intégré de santé et de
services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Rapport annuel de gestion

2017-2018

| Prévenir
| Accompagner
| Prendre soin

Québec 

Table des matières

Sigles et acronymes.....	4	Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	117
Le message des autorités	10	L'agrément	117
La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents.....	12	La sécurité des soins et des services	118
La présentation de la région et de son réseau de santé et de services sociaux	15	Personnes mises sous garde et maintenues par l'établissement.....	137
L'occupation du territoire	15	L'examen des plaintes et la promotion des droits	138
Les conditions démographiques et socioéconomiques.....	17	L'information et la consultation de la population.....	138
Le portrait de santé des Bas-Laurentiens	18	L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie	143
La présentation de l'établissement et les faits saillants.....	23	Les ressources humaines	147
Le CISSS du Bas-Saint-Laurent en bref	23	La gestion et le contrôle des effectifs.....	147
Les rôles et les responsabilités.....	24	Les ressources financières.....	151
La vision et les valeurs.....	24	L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme.....	151
L'organigramme de la haute direction.....	26	L'équilibre budgétaire.....	152
Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	28	Les contrats de service	152
Les rapports de directions.....	49	L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant.....	155
Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité.....	85	Les organismes communautaires	159
Chapitre III - Fiches de reddition de comptes des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité.....	85	Annexe - Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration	167
Chapitre IV - Les engagements de l'établissement en fonction, notamment, du Plan stratégique du MSSS 2015-2020	91		



Sigles et acronymes

A	AAOR	Accueil, analyse, orientation et référence	C	BAC-SARM	Bactérie à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
	AAPA	Approche adaptée à la personne âgée		BCM	Bilan corporatif des médicaments
	ACEQ	L'Association du cancer de l'Est du Québec		BEM	Bureau d'évaluation médicale
	ACMQ	Association des conseils multidisciplinaires du Québec		BGNPC	Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases
	ACR	Analyse de cause racine		BPO	Bureau de projet organisationnel
	ACVA-TCC	Association des personnes accidentées cérébro-vasculaires, aphasiques et traumatisées crânio-cérébrales		BSL	Bas-Saint-Laurent
	ADH	Accueil, désintoxication et hébergement		<i>C. difficile</i>	<i>Clostridium difficile</i>
	AES	Approche École en santé		CA	Conseil d'administration
	AGA	Assemblée générale annuelle		CAAP	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
	AIDES	Actions intersectorielles pour le développement des enfants et leur sécurité		CAFE	Crise-ado-famille-enfant
	AMM	Aide médicale à mourir		CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
	AMP	Activité médicale particulière		CAR	Comité d'arrimage régional
	AMPEQ	Association des médecins en protection de l'enfance du Québec		CDCBSL	Consortium en douleur chronique du Bas-Saint-Laurent
	AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux		CDPDJ	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
	APAVVA	À pied, à vélo, ville active		CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
	APPR	Agent de planification, de programmation et de recherche		CECM	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire
	APSS	Accès priorisé aux services spécialisés		CECO	Comité d'éthique clinique et organisationnelle
	AQEPA	Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs		Cégep	Collège d'enseignement général et professionnel
	ATIVAD	Antibiothérapie intraveineuse à domicile		CEPI	Candidat à l'exercice de la profession infirmière
	AVAC	Accouchement vaginal après césarienne		CEPIA	Candidat à l'exercice de la profession infirmière auxiliaire
B	AVC	Accident vasculaire cérébral	C	CER	Comité d'éthique et de la recherche
	AVD	Activités de la vie domestique		CFP	Centre de formation professionnelle
B	BACC-USI	Bactériémie associée aux cathéters centraux aux unités de soins intensifs		CH	Centre hospitalier
				CHRG	Centre hospitalier régional du Grand-Portage
B				CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
				CII	Conseil des infirmières et infirmiers



CIIA	Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires	CUCI	Comité des usagers du Centre intégré	
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux	D	DA	Déficiences auditives
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux		DACD	Diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i>
CLSC	Centre local de services communautaires	DCat-HB-VPI-Hib	Diphtérie, coqueluche, tétanos, hépatite B, poliomyélite et infections à Haemophilus influenzae de type B	
CM	Conseil multidisciplinaire	DCI	Dossier clinique informatisé	
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	DEC	Diplôme d'études collégiales	
CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale	DGPPQ	Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité	
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail	DGTI	Direction générale des technologies de l'information	
CoDir	Comité de direction	DI	Déficiency intellectuelle	
COMPAS	Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services	DI-TSA	Déficiency intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme	
COSMOSS	Communauté ouverte et solidaire pour un monde outillé, scolarisé et en santé	DI-TSA-DP	Déficiency intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficiency physique	
CPE	Centre de la petite enfance	DL	Direction de la logistique/ Déficiency du langage	
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	DME	Déficiency motrice enfant	
CPPE	Clinique pédiatrique de protection de l'enfance	DO	Développement organisationnel	
CPSEQ	Conférences populaires en santé de l'Est du Québec	DP	Déficiency physique	
CPSS	Coût par parcours de soins et services	DPDI-TSA-DP	Direction du programme de déficiency intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficiency physique	
CRDI	Centre de réadaptation en déficiency intellectuelle	DPJ	Direction de la protection de la jeunesse	
CRDP	Centre de réadaptation en déficiency physique	DPJe	Direction du programme jeunesse	
CRDS	Centre de répartition des demandes de services	DPSAPA	Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées	
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation	DPSMD	Direction des programmes en santé mentale et dépendance	
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques	DQEPE	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique	
CSF	Conseil des sages-femmes	DRF	Direction des ressources financières	
CSU	Centre de services aux utilisateurs	DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques	
C-TA-C	Contre toute agression conjugale			
CUC	Comité des usagers continué	DRI	Direction des ressources informationnelles	



DRMG	Département régional de médecine générale	GRH	Gestion des ressources humaines
DSI	Direction des soins infirmiers	GRISER	Groupe de recherche interdisciplinaire sur la santé et le bien-être
DSM	Direction des services multidisciplinaires	GRM	Gestion des ressources matérielles
DSP	Direction des services professionnels	GVSS	Groupe vigilance pour la sécurité des soins
DSPu	Direction de la santé publique		
DSQ	Dossier de santé du Québec		
DST	Direction des services techniques	I	IAB Initiative des amis des bébés
DV	Déficiences visuelle	ICI	Intervention comportementale intensive
E		I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC
EESAD	Entreprise d'économie sociale d'aide à domicile	IMNP	Intervention multifactorielle non personnalisée
EGI	Entente de gestion et d'imputabilité	IMP	Intervention multifactorielle personnalisée
EJF	Enfance, jeunesse et famille	INC	Incorporé
ELI	Externat longitudinal intégré	INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
EPI	Équipement de protection individuelle	INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
EQES	Enquête québécoise sur l'expérience de soins	IPS	Infirmier praticien spécialisé/ Infirmière praticienne spécialisée
EQLAV	Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement	IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée de première ligne
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine	ISO-SMAF	Organisation internationale de normalisation (<i>International Organization for Standardization</i>) - Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
ETC	Équivalent temps complet	ISQ	Institut de la statistique du Québec
F		ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
FACT	<i>Flexible Assertive Community Treatment</i>	IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et pneumologie du Québec
FAP	Financement axé sur le patient		
G		J	JASP Journées annuelles de santé publique
GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille	JED	Jeunes en difficulté
GASM-D	Guichet d'accès en santé mentale et dépendance	K	KRTB Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata et Les Basques
GESTRED	Système de suivi de gestion et de reddition de comptes	L	LASER Laboratoire de recherche sur la santé en région
GIS	Groupe interdisciplinaire de soutien		
GMAO	Gestion de maintenance assistée par ordinateur		
GMF	Groupe de médecine familiale/ groupe de médecine de famille		
GMF-U	Groupe de médecine familiale universitaire/groupe de médecine de famille universitaire		



LCOP	Loi sur les contrats des organismes publics	OPUS-AP	Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – antipsychotiques
LGCE	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	ORL	Oto-rhino-laryngologie
LGRI	Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement	OSIRIPA	Outil de suivi de l'implantation des réseaux de services intégrés aux personnes âgées
LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales	P PAB	Préposé aux bénéficiaires
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse	PACS	Système d'archivage et de transmission d'images (<i>Picture Archiving and Communication System</i>)
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents	PAPFC	Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux	PAR	Plan d'action régional
LSST	Loi sur la santé et la sécurité du travail	PAS	Plan d'action stratégique
M MAINS BSL	Mouvement d'aide, d'information et de soutien du Bas-Saint-Laurent	PCFI	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière
MALDI-TOF	Appareil de spectrométrie de masse (<i>Matrix Assisted Laser Desorption Ionisation - Time of Flight</i>)	PCI	Prévention et contrôle des infections
MOI	Main-d'œuvre indépendante	PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique	PCR	Amplification en chaîne par polymérase (<i>Polymerase Chain Reaction</i>)
MRC	Municipalité régionale de comté	PDE	Plan de développement de l'expertise
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux	PDG	Présidente-directrice générale/Présidence-direction générale
MU	Mesure d'urgence	PDGA	Président-directeur général adjoint
N NSA	Niveau de soins alternatifs	PEM	Plan d'effectifs médicaux
O OC	Ordonnance collective	PI	Plan d'intervention
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle	PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec	PII	Plan interdisciplinaire d'intervention
OMS	Organisation mondiale de la Santé	PIN	Programme d'intervention en négligence
OPIC	Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec	PIV	Programme d'identification visuelle
		PLAIDD-BF	Promotion, lutte, aide, intervention, défense, droit – Bas-du-Fleuve
		PMO	Planification de main-d'œuvre
		PNSC	Plan national de sécurité civile
		POR	Pratique organisationnelle requise
		PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
		PS	Plan stratégique



PSIAS	Plan de services individualisés et d'allocation de services
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PTAAC	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité

R

RAC	Réadaptation en résidence à assistance continue
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RDM	Retraitement des dispositifs médicaux
RH	Ressources humaines
RI	Ressource intermédiaire
RI-RTF	Ressource intermédiaire et ressource de type familial
RIS	Ressource intermédiaire spécialisée
RIUS UL	Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
RLS	Réseau local de services
ROCASM-BF	Regroupement des organismes communautaires en santé mentale du Bas-du-Fleuve
RPA	Résidence privée pour aînés
RPA-RI	Résidence privée pour aînés et ressource intermédiaire
RPCU	Regroupement provincial des comités d'usagers
RQSUCH	Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier
RRSS	Répertoire des ressources en santé et services sociaux
RSIPA	Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RSV	Virus respiratoire syncytial
RTF	Ressource de type familial
RTS	Réseau territorial de services
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé

S

SAC	Spécialiste en activités cliniques
SAD	Soutien à domicile
SAD LD	Soins à domicile de longue durée
SAIME	Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
SARROS	Soutien aux régions pour le recrutement des omnipraticiens et spécialistes
SC	Sécurité civile
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SCT	Secrétariat du Conseil du trésor
SERG	Service d'évaluation et de réadaptation gériatrique
SI	Suivi intensif
SIGCH	Système d'information pour la gestion de la coordination à l'hébergement
SI-GFA	Système intégré - gestion financière et approvisionnement
SIGP	Système intégré de gestion de la performance
SIL	Système d'information de laboratoire
SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SI-SPIN	Système d'information pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales
SIV	Suivi d'intensité variable
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SPCI	Service de la prévention et du contrôle des infections
SQETGC	Service québécois d'expertise en trouble grave du comportement
SQI	Société québécoise des infrastructures
SST	Santé et sécurité au travail



T	TAI	Tableau d'aide individualisé
	TBIG	Tableau de bord des informations de gestion
	TI	Technologie de l'information
	TL	Technicien en loisirs
	TNO	Territoire non organisé
	TROC-BSL	Table régionale des organismes communautaires du Bas-Saint-Laurent
	TRPIN	Table régionale en prévention des infections nosocomiales
	TS	Travailleur social
	TSA	Trouble du spectre de l'autisme

U	UCDG	Unité de courte durée gériatrique
	UL	Université Laval
	UMF	Unité de médecine familiale
	UQAM	Université du Québec à Montréal
	UQAR	Université du Québec à Rimouski
	URDM	Unité de retraitement des dispositifs médicaux
	UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle



Le message des autorités

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent : une nouvelle culture organisationnelle en émergence

C'est avec beaucoup de fierté que nous vous présentons le rapport annuel de gestion 2017-2018 du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Bas-Saint-Laurent qui, une fois de plus, met en relief les résultats obtenus en regard des orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et des objectifs stratégiques que nous nous sommes fixés.

La dernière année a été l'occasion de consolider notre gouvernance et de poursuivre les changements de processus cliniques et de gestion que nous avons entamés depuis la mise en place de cette grande transformation, qui était souhaitée et nécessaire. Ces trois dernières années nous ont offert la possibilité de nous propulser dans un immense chantier structurel, administratif et clinique, nous fournissant des leviers jusque-là absents et nous obligeant également à nous dépasser au quotidien.

Ces nouveaux leviers nous ont permis d'améliorer l'accès, mais également la qualité et la sécurité des services à la population. Nous en voulons pour preuve nos excellents résultats liés au suivi des livrables de l'entente de gestion convenue entre le MSSS et le CISSS, qui font état de cibles atteintes ou presque atteintes dans une proportion de 77 %, un résultat fort enviable. Voici un aperçu de quelques réussites qui font de notre CISSS un établissement qui se démarque avantageusement au Québec :

Indicateurs	Bas-Saint-Laurent	Québec
Amélioration de la durée moyenne de séjour dans les urgences du Bas-Saint-Laurent	7,19 h	13,71 h
Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	90,04 %	78,38 %
Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS du Bas-Saint-Laurent collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	92,60 %	62,30 %
Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	99,10 %	80,40 %
Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention	93,10 %	82,60 %
Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration	100 %	63,90 %
Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (cible de 90 jours)	81,00 jours	176,21 jours
Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100 %	94,90 %

D'autres résultats démontrent les belles percées effectuées au fil des mois. À titre d'exemple, l'excellent pourcentage de l'accès aux demandes de services d'imagerie médicale en attente depuis moins de 3 mois pour la clientèle élective, dont une augmentation plus significative de 11,9 % pour les échographies cardiaques. Les résultats des 9 indicateurs de ce secteur d'activité ayant des engagements sont tous supérieurs à ceux du Québec. Autres faits marquants, le nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans, qui s'élève à 2 365, comparativement à 2 005 l'an dernier, ainsi que le niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité, qui atteint 100 %. Enfin, le pourcentage de personnes opérées dans un délai inférieur à 6 mois s'élève à 96,2 % et une seule demande de chirurgie est en attente depuis plus d'un an pour l'ensemble des chirurgies, comparativement à 10 l'an dernier.

Ces excellents résultats qui nous remplissent de fierté, nous les devons à notre personnel, nos cliniciens et nos gestionnaires qui œuvrent jour après jour et sans relâche auprès de nos usagers, qui les accompagnent, les soignent et en prennent soin avec un grand humanisme. Ils ont su maintenir leur engagement malgré une pression importante sur notre réseau sociosanitaire et la présence d'écueils et de défis exigeants. En dépit du tourbillon dans lequel ils évoluent, une pénurie de main-d'œuvre non négligeable et un certain essoufflement, leur dévouement est toujours aussi constant et nous tenons à les en remercier tout particulièrement.

Nous réitérons également l'importance de la contribution de nos administrateurs, toujours éclairante, qui nous permet d'aller de l'avant, de poursuivre les réflexions et de prendre les décisions qui s'imposent afin que le CISSS puisse continuer sur sa lancée et évoluer positivement, de façon constructive. Nous croyons fermement que le citoyen y trouvera son compte, peu importe le territoire de MRC dont il est issu, puisque l'accès aux services doit être préservé, même si certains paramètres doivent nécessairement continuer à évoluer pour répondre aux standards de pratique et besoins en constante évolution des citoyens.

Depuis trois ans, nous jetons les bases d'une organisation remplie de promesses. C'est dans ce contexte que nous continuerons de relever les défis actuels et futurs, en nous adaptant aux situations et en poursuivant notre mission avec détermination, dans l'émergence d'une nouvelle culture organisationnelle à notre image, rigoureuse, mais profondément humaine.



Hugues St-Pierre
Président du conseil d'administration



Isabelle Malo
Présidente-directrice générale



La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2017-2018 du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2018.



Isabelle Malo
Présidente-directrice générale



La présentation de la région
et de son réseau de santé
et de services sociaux



La présentation de la région et de son réseau de santé et de services sociaux

L'occupation du territoire

Plusieurs municipalités de la région du Bas-Saint-Laurent longent la rive sud du fleuve Saint-Laurent sur quelque 320 kilomètres de côte, entre La Pocatière et Les Méchins. D'autres villes et villages du territoire sont localisés sur les terres du Haut-Pays et sur celles des vallées du Témiscouata et de La Matapédia, bordées au sud par les frontières du Nouveau-Brunswick et du Maine (États-Unis).

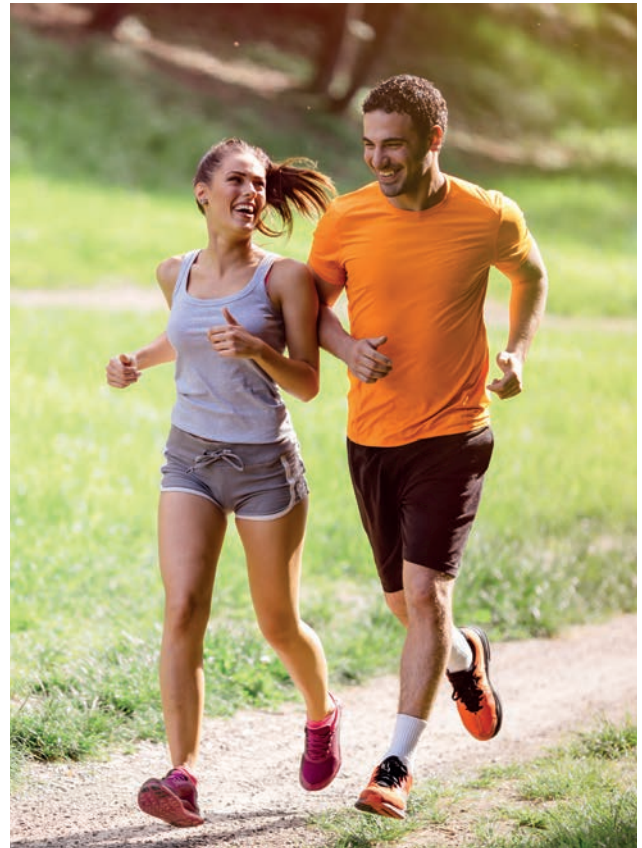
En 2018, la région compte 200 884 habitants au total, répartis dans 8 MRC correspondant aux 8 réseaux locaux de services (RLS) existants. Cette population distribuée sur un territoire de 22 185 km² (densité de 9 habitants/km²) comprend 114 municipalités ainsi que 14 territoires non organisés (TNO) et 2 réserves indiennes. Les MRC de Kamouraska, de Rivière-du-Loup, de Témiscouata et des Basques composent le secteur ouest de la région (aussi appelé KRTB). Le secteur est regroupé les MRC de Rimouski-Neigette, de La Mitis, de La Matapédia et de La Matanie.

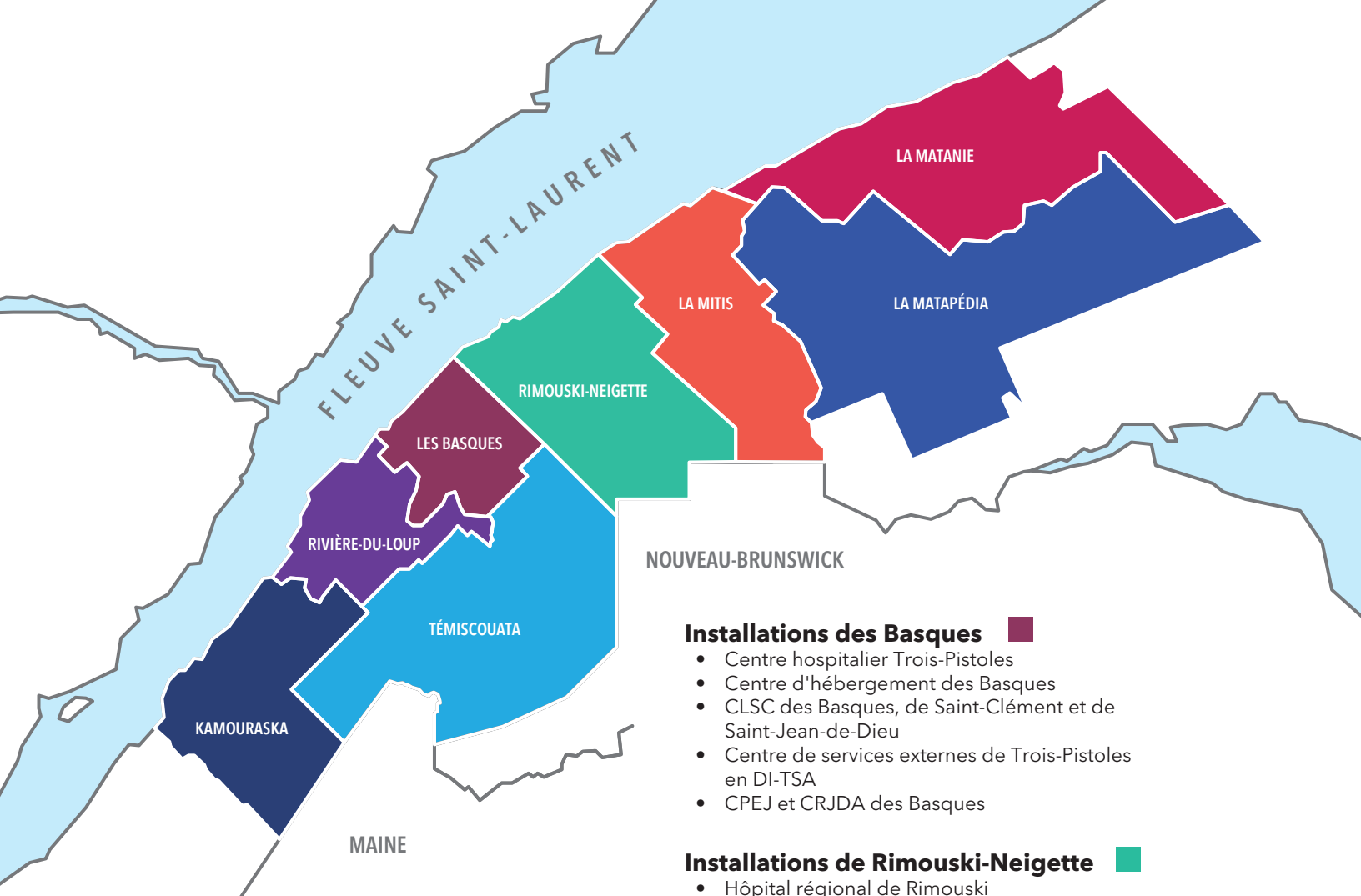
Tandis qu'environ la moitié des résidents de la région habite dans les principaux centres urbains, avec en tête de liste les villes de Rimouski, de Rivière-du-Loup et de Matane, la ruralité constitue le mode d'occupation du territoire de l'autre moitié de la population. La taille des MRC du Bas-Saint-Laurent varie d'environ 9 000 habitants à un peu plus de 57 000.

La plupart des 114 municipalités que compte la région ont vu la taille de leur population changer entre 2011 et 2017. Selon les dernières estimations de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), 88 territoires municipaux ont subi une baisse de population (4 811 personnes au total), tandis que 22 ont enregistré une hausse (3 161 personnes au total).

Les municipalités dont les effectifs ont diminué sont généralement de petite taille, quoique certaines villes présentant un poids démographique important figurent sur cette liste : Matane (-595), Amqui (-265) et La Pocatière (-237). À l'inverse, Rimouski (+2 080), Rivière-du-Loup (+456) et Saint-Antonin (+150) font partie des municipalités qui ont vu leur population s'accroître pour la période de 2011 à 2017.

Dans son ensemble, la population de la région a diminué de 0,8 % de 2011 à 2017. Il s'agit d'une perte plus importante qu'à la période précédente (-0,3 % de 2005 à 2011). L'ISQ envisage que la population du Bas-Saint-Laurent ne devrait diminuer que de 0,4 % d'ici 2030.





Installations de Kamouraska

- Hôpital Notre-Dame-de-Fatima
- CLSC de Saint-Pascal et Les Aboiteaux
- Centres d'hébergement de Saint-Pacôme et Villa Maria
- CPEJ de La Pocatière
- Centre multiservices de La Pocatière en DI-TSA

Installations de Rivière-du-Loup

- Centre hospitalier régional du Grand-Portage
- CLSC de Rivière-du-Loup, de Saint-Épiphanie, de Saint-Cyprien, de l'Isle-Verte et de Notre-Dame-des-Sept-Douleurs
- Centres d'hébergement de Rivière-du-Loup, de Saint-Antonin et de Saint-Cyprien
- CPEJ et CRJDA de Rivière-du-Loup
- Centres multiservices de Rivière-du-Loup et de Saint-Cyprien en DI-TSA
- CRDP de Rivière-du-Loup

Installations de Témiscouata

- Hôpital de Notre-Dame-du-Lac
- CLSC de Cabano, de Dégelis, de Pohénégamook, de Lac-des-Aigles et de Rivière-Bleue
- Centres d'hébergement de Squatec, de Saint-Louis-du-Ha! Ha! et de Rivière-Bleue
- CPEJ du Témiscouata
- Centre multiservices de Témiscouata-sur-le-Lac en DI-TSA

Installations des Basques

- Centre hospitalier Trois-Pistoles
- Centre d'hébergement des Basques
- CLSC des Basques, de Saint-Clément et de Saint-Jean-de-Dieu
- Centre de services externes de Trois-Pistoles en DI-TSA
- CPEJ et CRJDA des Basques

Installations de Rimouski-Neigette

- Hôpital régional de Rimouski
- CLSC de Rimouski, du 135 et du 180
- CLSC (points de services) de Saint-Fabien, de Saint-Marcellin et de Saint-Narcisse
- Centre d'hébergement de Rimouski
- CRDP de Rimouski-Neigette
- Centre de services externes de Rimouski en DI-TSA
- CPEJ de Rimouski-Neigette et Pierre-Saïndon
- CRJDA de Rimouski-Neigette et Arthur-Buies

Installations de La Mitis

- Centre hospitalier de La Mitis
- CLSC de La Mitis et Les Hauteurs
- Centre d'hébergement de La Mitis
- CRDP de La Mitis
- Centre de services externes de Mont-Joli en DI-TSA
- CPEJ de La Mitis
- Maison des naissances Colette-Julien

Installations de La Matapédia

- Hôpital d'Amqui
- CLSC de Causapsal, d'Amqui et de Sayabec
- Centre d'hébergement Marie-Anne-Ouellet
- Centre multiservices d'Amqui en DI-TSA
- CPEJ de La Matapédia

Installations de La Matanie

- Hôpital de Matane
- CLSC de Matane, Les Méchins et de Baie-des-Sables
- Centre d'hébergement de Matane
- Centre multiservices de Matane en DI-TSA
- CPEJ et CRJDA de La Matanie

Les conditions démographiques et socioéconomiques

Vieillessement de la population

Parmi les éléments caractérisant la population de la région du Bas-Saint-Laurent, on peut certes affirmer que le vieillissement de la population est ce qui conditionne le plus l'organisation des services. En 2018, quelque 50 000 personnes ont 65 ans et plus, ce qui représente 25 % de la population totale de la région, soit 6 points de pourcentage audessus de la proportion enregistrée dans l'ensemble du Québec. En 2001, 17 ans plus tôt, les personnes âgées de 65 ans et plus ne constituaient que 15 % du total de la population bas-laurentienne. Le fait que les premiers baby-boomers aient franchi les 65 ans au cours de l'année 2010 entraînera un accroissement de ce vieillissement. On estime qu'en 2030, le nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans sera supérieur d'environ 15 % à ce qu'il était en 2018.



Accroissement naturel

Selon les données provisoires, 1 728 bébés sont nés dans la région en 2016. Depuis 10 ans, le nombre annuel de naissances se maintient entre 1 700 et 1 900. Depuis 2012, on observe une diminution qui devrait se poursuivre au fil des années.

De 2013 à 2016, les 4 années les plus récentes pour lesquelles on a les données, le nombre de décès surpasse celui des naissances au Bas-Saint-Laurent.

L'accroissement naturel, soit la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès, est donc négatif depuis 2013. À long terme, cette tendance va s'accroître : le nombre de naissances sera de plus en plus déficitaire par rapport au nombre de décès.

Mouvements migratoires interrégionaux

La migration interrégionale est un autre facteur qui agit sur la taille de la population. Depuis 2009-2010, le solde migratoire du Bas-Saint-Laurent est légèrement déficitaire : le nombre de personnes quittant la région est plus élevé que le nombre de personnes qui arrivent. En 2015-2016, la région n'a perdu que 5 personnes dans ses échanges avec les autres régions. Au cours des 10 dernières années, ces pertes ont fluctué entre 5 et 456 personnes, pour un solde total d'environ -1 900 personnes. Les 20-29 ans sont ceux qui quittent la région en plus grand nombre. Les gains chez les 40-70 ans ne sont pas parvenus à combler les départs des jeunes travailleurs. À long terme, ce phénomène contribuera à l'accroissement de la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus au Bas-Saint-Laurent.

Environnement social

Outre le fait que la région compte moins de familles monoparentales qu'ailleurs au Québec, on observe un peu plus de personnes vivant seules. De plus, le territoire compte sensiblement la même proportion de personnes veuves, séparées ou divorcées que l'ensemble du Québec (15 % contre 14 %).

Depuis quelques années, on observe que le décrochage scolaire est moins fréquent dans la région comparativement à l'ensemble du Québec. Dans le réseau public d'éducation, parmi les élèves sortants du secondaire inscrits en formation générale en 2013-2014, 9,8 % n'avaient ni diplôme ni qualification dans la région, alors qu'ils étaient 16,2 % au Québec. Le Bas-Saint-Laurent est d'ailleurs la région du Québec présentant la plus faible proportion en matière de décrochage scolaire. Il se démarque également par rapport au Québec sur le plan de la diplomation après 7 années au secondaire. Pour la cohorte de 2007-2008, 78 % des jeunes de la région ont obtenu leur diplôme et leur qualification en 2014-2015 contre 72 % pour la province, toujours dans le réseau public d'éducation.



Enfin, le taux de crimes contre la personne est moins élevé au Bas-Saint-Laurent que dans la province et il diminue pour les 2 territoires depuis quelques années (taux respectifs de 732 et 925 par 100 000 habitants pour l'année 2015).

On observe que certaines conditions sociales caractérisant la population du Bas-Saint-Laurent sont meilleures que celles prévalant dans l'ensemble du Québec.

La proportion des 18-64 ans recevant une aide financière du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale en mars 2017 s'élève à 7,1 %. Dans l'ensemble du Québec, le taux d'assistance sociale est un peu moins élevé (6,5 %).

Conditions socioéconomiques

En 2015, le taux de travailleurs demeure moins élevé au Bas-Saint-Laurent que dans l'ensemble du Québec (70,5 % contre 76,1 %). Pour ce qui est du taux de chômage, selon le recensement de 2016, il est plus élevé au Bas-Saint-Laurent qu'au Québec (9 % contre 7,2 %).

Bien que la population bas-laurentienne soit, en 2016, encore l'une des moins scolarisées du Québec (16 % des 25-64 ans n'ont pas obtenu de certificat ou de diplôme d'études comparativement à 13 % au Québec), avec la diminution récente des taux de décrochage, tout porte à croire que cette situation s'améliorera.

Le portrait de santé des Bas-Laurentiens

Bien que le bilan global de l'état de santé de la population du Bas-Saint-Laurent soit comparable à celui de l'ensemble de la population québécoise, certaines différences significatives sont néanmoins observées.

De façon générale, le Bas-Saint-Laurent se classe positivement parmi l'ensemble des régions du Québec quant aux principaux facteurs ayant un impact sur l'état de santé d'une population. Selon les indicateurs, une bonne partie de la population de la région adopterait de saines habitudes de vie et des comportements favorables à sa santé.

Habitudes de vie et comportements

Concernant le tabagisme, la région présente une proportion de fumeurs semblable à celle du Québec. Dans les dernières années, cette proportion tend à diminuer dans la région et dans la province.

Pour ce qui est de la consommation de fruits et de légumes, les dernières données démontrent que la situation de la région s'est améliorée. En 2011-2012, la région présentait une proportion défavorable au plan statistique par rapport au Québec avec seulement 38 % de la population qui consommait au moins 5 portions par jour de fruits et de légumes. En 2013-2014, cette proportion s'élève à 45 % pour la région et à 47 % pour la province.

Par ailleurs, 1 personne sur 2 de 15 ans et plus atteint au moins le niveau minimal d'activité physique recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2014-2015. L'autre moitié de cette population est considérée comme étant peu active ou sédentaire.



Santé des mères et des tout-petits

Pour la période 2013-2015, la population de la région se distingue positivement selon l'indicateur du taux de grossesse chez les adolescentes de 14 à 17 ans, avec un taux de 4,4 pour 1 000 adolescentes. Le Bas-Saint-Laurent est la région présentant le taux le plus faible de la province (taux du Québec : 7,6 pour 1 000 adolescentes).

Sur le territoire, les naissances d'enfants de faible poids (5,9 %) et les naissances prématurées (7,1 %) sont similaires aux proportions de l'ensemble du Québec (avec respectivement 5,9 % et 7 %) pour l'année 2016.



Personnes vivant avec des limitations

En 2010-2011, l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV) a révélé que parmi les personnes âgées de 15 ans et plus de la région, 35 % ont déclaré être limitées dans certaines activités (à la maison, à l'école, au travail, etc.) en raison d'un problème de santé physique ou mentale de courte ou de longue durée. Il s'agit d'une proportion équivalente à celle enregistrée au Québec (33 %).



Santé mentale et suicide

En 2013-2014, 72 % des Bas-Laurentiens de 12 ans et plus ont déclaré avoir une excellente ou très bonne santé mentale. Néanmoins, les troubles mentaux touchent environ 27 000 Bas-Laurentiens, soit 13,8 % de la population. Au cours des dernières années, la population de la région, particulièrement les hommes, présentait des taux élevés de décès par suicide en comparaison avec d'autres régions sociosanitaires. Récemment, la situation s'est améliorée. Pour la période 2012-2014, le taux de mortalité par suicide du Bas-Saint-Laurent (14,2 par 100 000 habitants) est semblable à celui du Québec (14,0 par 100 000 habitants).

Maladies chroniques

La prévalence du cancer au Bas-Saint-Laurent est semblable à celle du Québec. Au cours des 5 années qui ont précédé l'année 2011, c'est 1,4 % des Bas-Laurentiens et des Québécois qui ont reçu un diagnostic de cancer. Les cancers du sein chez la femme, du poumon, colorectal et de la prostate sont les plus observés.

Ces dernières années, la prévalence ajustée de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la population de 35 ans et plus de la région est supérieure à celle de l'ensemble du Québec. Pour 2015-2016, cette prévalence s'élève à 9,3 % pour la région et 8,3 % pour le Québec.

Depuis le début des années 2000, le Bas-Saint-Laurent présente une prévalence du diabète inférieure à celle du Québec pour la population de 20 ans et plus. En 2015-2016, 7 % de la population de la région était aux prises avec le diabète, alors que dans la province, cette proportion est de 8 %.

Espérance de vie et mortalité

L'espérance de vie à la naissance est en augmentation constante. Au Bas-Saint-Laurent, elle était de 81,9 ans pour la période 2010-2014, tout comme au Québec. Les données sur l'autoévaluation de l'état de santé général, c'est-à-dire la façon dont les gens perçoivent leur propre santé, sont identiques pour le Bas-Saint-Laurent et le Québec pour l'année 2014-2015. Parmi les personnes âgées de 15 ans et plus, 9 personnes sur 10 évaluent positivement leur santé.



Afin de dresser un portrait comparatif de la mortalité entre la région et le Québec, il faut éliminer l'effet du vieillissement plus rapide de la région en ajustant la population en fonction d'une structure d'âge similaire à celle du Québec. À partir des taux de mortalité ajustés pour l'âge, on dénote certaines différences et des similitudes entre le Bas-Saint-Laurent et le Québec pour la période 2012-2014. Par rapport au Québec, la région présente :

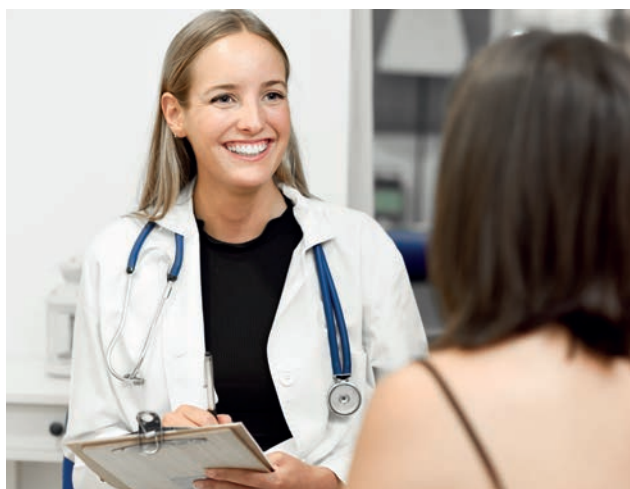
- des taux de mortalité significativement plus élevés pour les maladies cardiovasculaires et les maladies de l'appareil respiratoire;
- des taux de mortalité similaires pour les cancers et les maladies de l'appareil digestif.

La région se démarque défavorablement par rapport au Québec sur d'autres aspects. Son taux de mortalité due aux accidents de véhicules à moteur figure parmi les plus élevés des régions du Québec (10,5 comparativement à 4,6 par 100 000 habitants au Québec pour la période 2012-2014).

Même si la population du Bas-Saint-Laurent ne regroupe qu'environ 2,4 % de celle du Québec, on y enregistre, selon les données de 2012 à 2014, 4,6 % des décès par traumatismes non intentionnels, comme les accidents, les chutes, les noyades, etc.

Services de santé

Un indicateur provenant de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) révèle que la proportion de la population bas-laurentienne ayant un médecin de famille est plus élevée avec 87 % comparativement à 74 % au Québec.





La présentation de l'établissement et les faits saillants



La présentation de l'établissement et les faits saillants

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent en bref

- 7 492 employés
- Budget global de l'établissement : 684 millions de dollars
- 582 médecins, dentistes et pharmaciens
- 59 pharmacies
- 471 lits de courte durée (mission centre hospitalier)
- 13 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
- 1 maison de naissance
- 9 urgences, dont 8 sont en fonction 24 heures par jour et 7 jours sur 7
- 42 installations
- 51 cliniques médicales
- 12 groupes de médecine familiale (GMF)
- Mission d'enseignement médical universitaire – 2 groupes de médecine familiale universitaire (GMF-U)
- 124 organismes communautaires
- 141 résidences privées pour aînés (RPA)



Les rôles et les responsabilités

- Planifier, coordonner, organiser et offrir à la population de son territoire l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles, et déterminer les mécanismes de coordination de ces derniers;
- Garantir une planification régionale des ressources humaines;
- Réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du MSSS en fonction de ses attentes;
- Assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de son territoire, notamment les clients les plus vulnérables;
- Assurer une gestion de l'accès simplifié aux services;
- Établir des ententes et des modalités en précisant les responsabilités réciproques et complémentaires avec les partenaires de son réseau territorial de services, comme les médecins, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies et les autres ressources privées, ainsi qu'avec d'autres établissements du réseau;
- Intégrer les réseaux locaux de services établis au profit du réseau territorial de services.

La vision et les valeurs

Notre vision

En constante évolution et fier de desservir sa population en lui offrant des soins et services de qualité, le CISSS du Bas-Saint-Laurent se veut une organisation partenaire de sa communauté, valorisant une approche humaniste et responsable, fondée sur l'expertise et l'engagement de chacun.

Nos valeurs

COLLABORATION

Pour le CISSS du Bas-Saint-Laurent, cette valeur signifie « faire ensemble », dans la reconnaissance de la contribution de chacun, dans l'entraide et dans le respect. Cette collaboration implique des stratégies et des relations « gagnant-gagnant ».

HUMANISATION

En choisissant cette valeur, le CISSS du Bas-Saint-Laurent met à l'avant-plan la qualité du contact humain, la compassion et l'empathie. Cette valeur signifie, plus que toute autre, une approche centrée sur la personne.

ENGAGEMENT

Une personne engagée dans son travail aura tendance à s'investir, à porter les valeurs de l'organisation avec fierté et à être mobilisée. S'engager, c'est aussi avoir à cœur l'atteinte des résultats personnels et collectifs. L'engagement du CISSS du Bas-Saint-Laurent vient du cœur!

RESPONSABILISATION

Cette valeur fait appel au sens des responsabilités de chacun, au travail en mode « solution », centré sur les résultats, à l'imputabilité et à la « proactivité » de chacun des employés, des médecins et des bénévoles du CISSS du Bas-Saint-Laurent.



Nos valeurs

COLLABORATION

Pour le CISSS du Bas-Saint-Laurent, cette valeur signifie « faire ensemble », dans la reconnaissance de la contribution de chacun, dans l'entraide et dans le respect. Cette collaboration implique des stratégies et des relations « gagnant-gagnant ».

ENGAGEMENT

Une personne engagée dans son travail aura tendance à s'investir, à porter les valeurs de l'organisation avec fierté et à être mobilisée. S'engager, c'est aussi avoir à cœur l'atteinte des résultats personnels et collectifs. L'engagement du CISSS du Bas-Saint-Laurent vient du cœur!

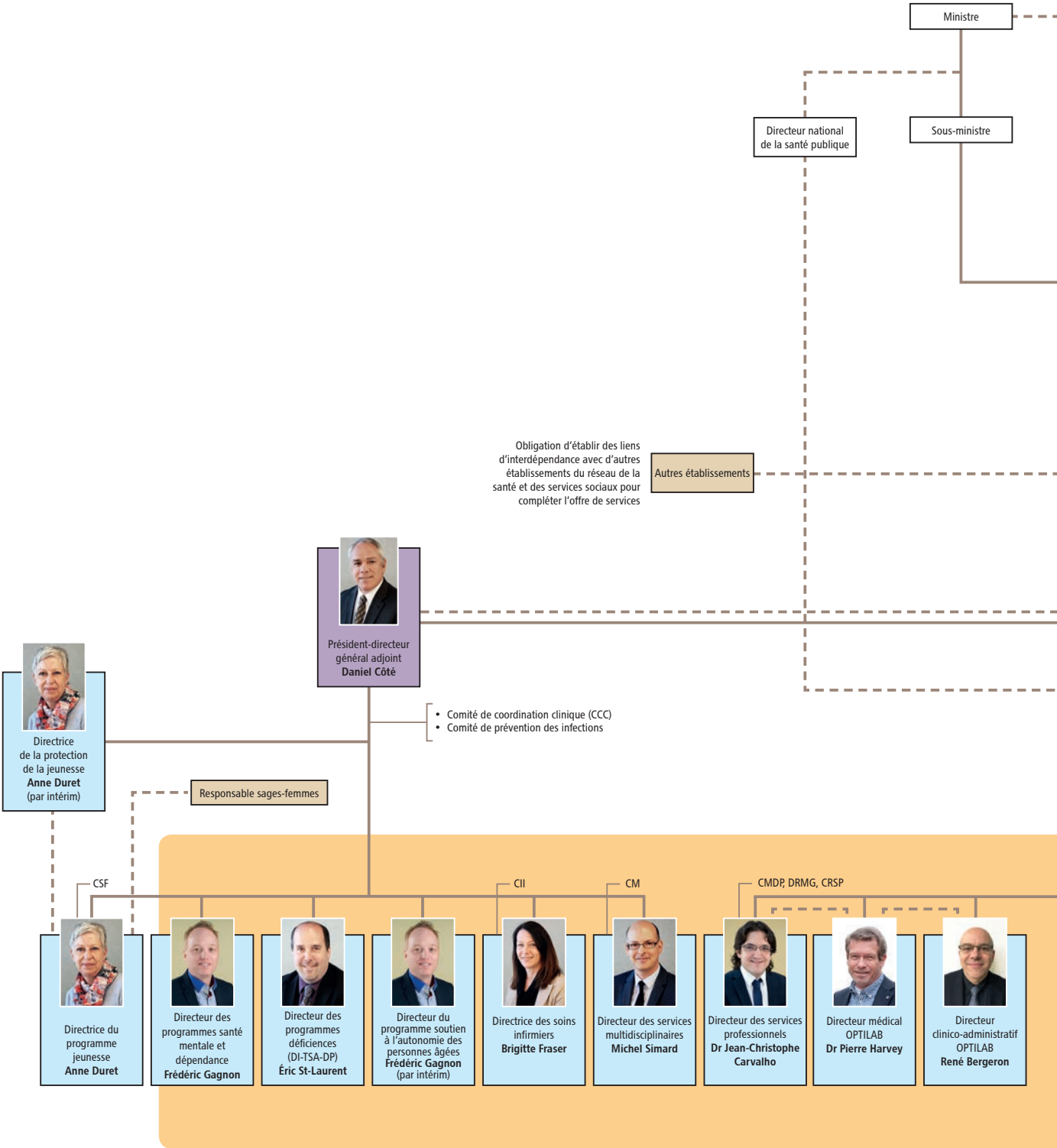
HUMANISATION

En choisissant cette valeur, le CISSS du Bas-Saint-Laurent met à l'avant-plan la qualité du contact humain, la compassion et l'empathie. Cette valeur signifie, plus que toute autre, une approche centrée sur la personne.

RESPONSABILISATION

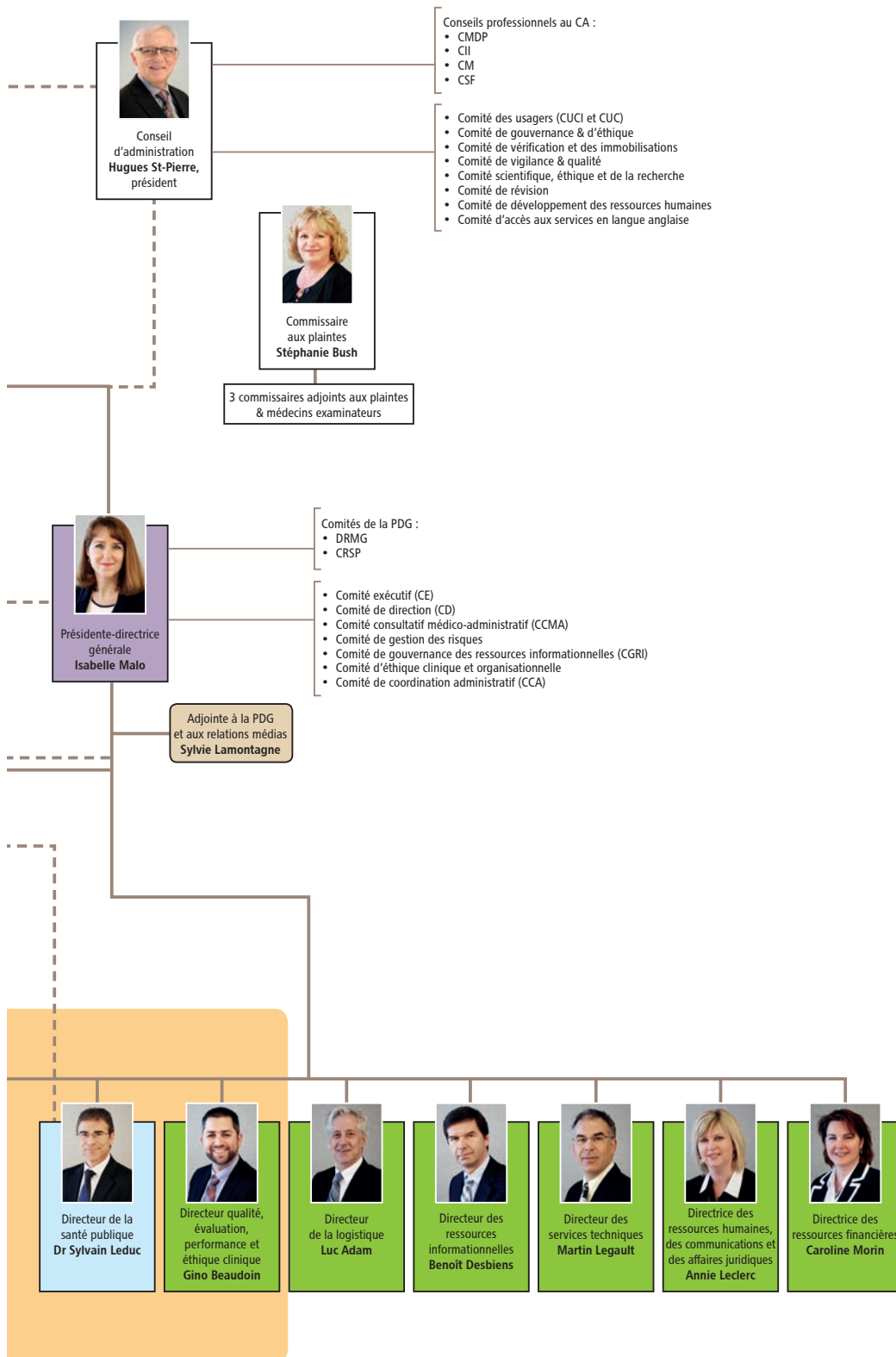
Cette valeur fait appel au sens des responsabilités de chacun, au travail en mode « solution », centré sur les résultats, à l'imputabilité et à la « proactivité » de chacun des employés, des médecins et des bénévoles du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

L'organigramme de la haute direction



LÉGENDE

- Poste de PDG ou PDGA
- Poste cadre supérieur
- Poste cadre intermédiaire
- Transversalité
- Lien hiérarchique
- Lien fonctionnel
- Lien conseil



NOTE :

Pour chaque territoire de l'établissement, un cadre dont le port d'attache est situé à la même adresse est désigné comme responsable de site.

Cette fonction est ajoutée aux responsabilités prévues pour ce cadre (répondants des installations).

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

Conseil d'administration

Composition

Membres désignés

Mme Nathalie Chenel, comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
Dr Daniel Dionne, conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
Dr Gabriel Houle, département régional de médecine générale (DRMG)
Mme Isabelle Ouellet, conseil des infirmières et infirmiers (CII)
Mme Julette Rioux, Comité des usagers du Centre intégré (CUCI)
Mme Lise Verreault, conseil multidisciplinaire (CM)

Membres nommés

Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale (PDG) du CISSS du Bas-Saint-Laurent
M. François Deschênes, milieu de l'enseignement – Université du Québec à Rimouski (UQAR)

Membres indépendants

M. Hugues St-Pierre, président, compétence en gouvernance ou éthique
M. Gilbert Beaupré, expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux
Mme Kathleen Bouffard, expertise en protection de la jeunesse
M. Yves Boulianne, compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
Mme Nathalie Dubé, expertise dans les organismes communautaires
Mme Lucie Lapointe, expertise en réadaptation
Mme Mélanie Leblanc, compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
Mme Ève-Marie Rioux, expertise en santé mentale
M. Gilles Tremblay, compétence en gestion des risques, finance ou comptabilité

Membre observateur (fondations)

Dr Gaétan Lévesque, membre du conseil d'administration de la Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima

Mandat

- Adopter le plan stratégique du CISSS du Bas-Saint-Laurent et le rapport annuel de gestion;
- Approuver l'entente de gestion et d'imputabilité;
- Approuver les états financiers;
- S'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes;
- S'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des soins et services dispensés;
- S'assurer de l'accessibilité aux services de l'établissement sur l'ensemble du territoire sous sa responsabilité;
- S'assurer de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières;
- S'assurer de la participation, de la mobilisation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines;
- S'assurer du suivi de la performance et de la reddition de comptes des résultats.

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



Mme Nathalie Chenel



Dr Daniel Dionne



Dr Gabriel Houle



Mme Isabelle Ouellet



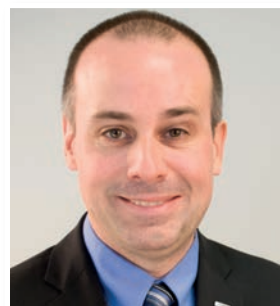
Mme Julette Rioux



Mme Lise Verreault



Mme Isabelle Malo, PDG



M. François Deschênes



M. Hugues St-Pierre,
président



M. Gilbert Beaupré



Mme Kathleen Bouffard



M. Yves Boulianne



Mme Nathalie Dubé



Mme Lucie Lapointe



Mme Mélanie Leblanc



Mme Ève-Marie Rioux



M. Gilles Tremblay



Dr Gaétan Lévesque

Réalisations

- Tenue de sept séances régulières;
- Tenue de six séances spéciales;
- Démission et nomination d'un membre au conseil d'administration – personne désignée par et parmi les membres du CUCI;
- Adoption de l'*Entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018*;
- Modification à l'organigramme de la haute direction;
- Dépôt du rapport de la présidente-directrice générale sur les soins de fin de vie (deux fois dans l'année);
- Adoption du *Rapport financier 2016-2017*;
- Adoption du *Budget 2017-2018*;
- Nomination d'un auditeur indépendant pour l'exercice 2017-2018;
- Adoption du Cadre de gestion des équipements médicaux 2017-2018;
- Nominations médicales et renouvellement des nominations médicales;
- Octroi de contrats de service avec des sages-femmes;
- Appui à une campagne de sollicitation annuelle au profit de Centraide;
- Adoption du *Règlement sur le délai accordé au médecin, au dentiste, au pharmacien pour compléter le dossier d'un usager après les derniers services fournis*;
- Adoption du *Rapport d'élection 2017* du DRMG et nomination du chef;
- Adoption du code d'éthique. Un manquement de la part d'un membre du conseil d'administration a eu lieu au printemps 2017 et les mesures requises ont été prises immédiatement. Le président du conseil d'administration s'est entretenu avec la personne et cette dernière a choisi de donner sa démission;
- Adoption du *Rapport annuel de gestion 2016-2017* du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Adoption du *Rapport annuel 2016-2017 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services*;
- Nomination du chef de département clinique de médecine générale;
- Nomination de trois médecins examinateurs;
- Adoption de la mise à niveau du parc de stationnement;
- Adoption du *Règlement sur l'utilisation des mesures de contrôle, de contention et d'isolement*;
- Nomination d'un quatrième médecin au comité de révision;
- Adoption du dossier de l'accueil clinique;
- Approbation de plusieurs documents :
 - o la politique Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire;
 - o les règles de soins sur l'accouchement vaginal après césarienne (AVAC) effectués par les sages-femmes;
 - o le code d'éthique de la recherche;
 - o le rapport financier annuel au 7 janvier 2017 – Fonds de santé au travail;
 - o le *Rapport d'activités 2016-2017* du Comité des usagers du Centre intégré;
 - o la Politique pour un CISSS du Bas-Saint-Laurent sans fumée;
 - o la mise à jour du Cadre de référence pour l'application du Programme de soutien aux organismes communautaires;
 - o la Politique de gestion intégrée des risques.

Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CECMDP)

Composition

Dr François Delisle, président, Rimouski-Neigette
Dr Jean-Philippe Boulanger-Dorval, pneumologue, Rimouski-Neigette
Dr Philippe Jutras, microbiologiste-infectiologiste, Rimouski-Neigette
Dre Gabrielle Gagnon, hémato-oncologue, Rimouski-Neigette
Dre Jacinthe Bordeleau, omnipratricienne, Trois-Pistoles
Dre Mélanie Blanchette, omnipratricienne, La Matapédia
Dre Cindie Roy, omnipratricienne, La Matapédia
Dre Linda Landry, omnipratricienne, Témiscouata
Dre Renée Gagnon, omnipratricienne, La Matanie

M. Alain Dionne, pharmacien, Rivière-du-Loup
Dr Benoît Verret, interniste, Rivière-du-Loup
Dre Jacinthe Brisson, omnipratricienne, La Mitis
Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale, membre d'office
Dr Jean Christophe Carvalho, directeur des services professionnels
Dr Daniel Dionne, représentant au sein du conseil d'administration, invité
Dr Gabriel Houle, représentant au sein du conseil d'administration, invité

Mandat

- Contrôler la qualité des actes et l'excellence des soins;
- Formuler des recommandations;
- Évaluer les compétences des médecins, dentistes et pharmaciens;
- Donner son avis sur les aspects professionnels liés à l'organisation technique et scientifique de l'établissement.



Réalisations

- Poursuite des activités régulières du CMDP en fonction de son mandat en insistant sur le suivi des sous-comités relevant de ce dernier;
- Tenue de huit réunions ordinaires, trois réunions extraordinaires et deux assemblées générales, une ayant dû être annulée en raison d'un problème de communication de visioconférence;
- Maintien des corridors lors des bris de service;
- Renouvellement des statuts et privilèges des membres du CMDP;
- Soutien au bon fonctionnement des comités découlant du CMDP, dont :
 - le comité régional d'examen des titres;
 - le comité de pharmacologie;
 - le comité d'ordonnance collective (à venir);
 - le comité d'évaluation de l'acte médical et ses sous-comités;
 - le comité de la pertinence médicale;
 - le comité de discipline : à ce jour, plusieurs dossiers de plaintes ont été réglés et les recommandations ont été transmises au comité exécutif du CMDP;
 - le comité exécutif du CMDP;
- Amorces d'une réorganisation du secrétariat.



Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII)

Composition

Membres élus

Mme Anick Chouinard, présidente, La Matapédia, DSI
Mme Annie Thibault, vice-présidente, Les Basques, DSPu, DRHCAJ, DQEPE
Mme Kathy-Alexandre Chenel, La Matanie, DSP
Mme Julie Desjardins, La Mitis, DPSAPA
Mme Joanie Dubé, Rivière-du-Loup, DPSMD
Mme Mylène Guénard, La Matapédia, DSI
Poste vacant, DPDI-TSA-DP

Membres cooptés

Mme Doris Brassard, Kamouraska, conseillère en soins infirmiers
Mme Stéphanie Allard, Les Basques, infirmière praticienne spécialisée
Mme Isabelle Ouellet, Rimouski-Neigette, adjointe à la DSI

Membres d'observation

Mme Isabelle Gagnon, Rimouski-Neigette, volet recherche
Mme Deyna L'Heureux ou Mme Colombe Pelletier, ORIIBSLGIM

Membres nommés d'office

Mme Marie-Josée Bélanger, La Matapédia, représentante du CIIA
M. Daniel Côté, président-directeur général adjoint
Mme Brigitte Fraser, directrice des soins infirmiers
M. Luc Laporte, Rivière-du-Loup, représentant du CIIA

Invités permanents

Mme Nadine Montmagny, Rimouski-Neigette, représentante des centres de formation professionnelle
Mme Maria Morin, Rivière-du-Loup, représentante des cégeps
Mme Nicole Ouellet, Rimouski-Neigette, représentante de l'université

Mandat

- Apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Faire des recommandations sur :
 - o les règles de soins médicaux, de médicaments et de soins infirmiers;
 - o la distribution appropriée des soins dispensés par les membres dans le CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Donner des avis sur :
 - o l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière;
 - o l'accessibilité et la coordination des services dans la région qui impliquent les soins infirmiers;
 - o les approches novatrices en soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population;
 - o l'organisation scientifique et technique du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - o les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et infirmiers;
 - o toute autre question que la présidente-directrice générale porte à son attention.

Réalisations

- Tenue de quatre réunions du CECII;
- Tenue de l'assemblée générale annuelle (AGA);
- Élection des membres;
- Nomination d'une nouvelle présidente;
- Nomination d'une nouvelle vice-présidente;
- Nomination d'un membre au comité de gestion des risques;
- Nomination d'un membre au comité DCI (dossier clinique informatisé);





- Modification du règlement sur le quorum requis aux assemblées;
- Recrutement d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires pivots pour le CIIA;
- Adoption du plan de travail du CECII;
- Adoption du plan de communication;
- Parution d'un article dans le *Cyberjournal* de l'ORIIBSLGIM et dans la revue *En mouvement* du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Révision et la mise à jour du dépliant d'information du CII;
- Mise en place d'un sous-comité pour l'organisation de l'AGA 2018;
- Mise en place d'un sous-comité pour la sélection des gagnants du prix Inspiration 2018;
- Présence à la rencontre des présidents des CII du Québec;
- Présence lors de la visite de la présidente de l'OIIQ;
- Recommandations sur :
 - o le Code d'éthique du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent;
 - o le Plan d'action stratégique sur les pratiques exemplaires d'hygiène des mains au CISSS du Bas-Saint-Laurent 2017-2020;
 - o la règle de soins infirmiers Éléments de surveillance et interventions cliniques en postobstruction des voies respiratoires;
 - o la règle de soins infirmiers Conditions d'exercice et activités professionnelles – CEPI, externes en soins infirmiers et CEPIA;
 - o le protocole et le règlement sur les mesures de contrôle;
 - o le cadre de référence Intégration des infirmières auxiliaires en groupe de médecine de famille (GMF);
- o le Programme de prévention des chutes et interventions à la suite d'une chute;
- o les outils d'évaluation des audits cliniques dans les urgences;
- o la Procédure sur l'identification sans équivoque de l'usager;
- o le DCI : processus de saisie des prescripteurs;
- o la Politique pour un CISSS du Bas-Saint-Laurent sans fumée;
- Présentation des sujets suivants :
 - o la Politique régionale de gestion des admissions et la gestion des lits en milieu hospitalier;
 - o la Politique sur la sécurité de l'information;
 - o les résultats du sondage sur la mobilisation des employés;
 - o les audits sur le triage à l'urgence;
 - o le Plan d'action triennal 2016-2019 sur la planification de main-d'œuvre;
 - o le projet de déploiement des services sage-femme au KRTB;
 - o le chantier obstétrique;
 - o l'optimisation du rôle d'infirmière et d'infirmier en GMF;
 - o le projet d'intégration des équipes psychosociales en jeunesse;
 - o les stratégies reconnues pour assurer la mobilisation des connaissances;
 - o les indicateurs de suivi en gestion des risques et de la qualité;
 - o la prévention des infections;
 - o le comité régional des ordonnances collectives et des protocoles;
 - o le projet d'hygiène des mains;
 - o le projet d'évaluation de la condition physique et mentale de la personne symptomatique;
 - o le projet continuum AVC;
 - o les suivis à l'OIIQ;
- Définition des priorités pour l'année à venir, soit :
 - o améliorer l'arrimage entre les maisons d'enseignement et les différentes organisations du réseau de la santé et des services sociaux de la région;
 - o assurer un leadership en tant que CECII;
 - o rehausser la connaissance du rôle du CECII et de ses actions auprès de l'ensemble des infirmières et infirmiers ainsi que des infirmières et infirmiers auxiliaires du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - o créer un comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires.

Conseil multidisciplinaire (CM)

Composition

Membres du comité exécutif

Mme Julie Ruel, assistance-chef laboratoire, présidente par intérim
Mme Julie Lavoie, nutritionniste, secrétaire
Mme Marie-Josée Castonguay, travailleuse sociale, responsable des communications
Mme Eugénie Jean-Lebel, travailleuse sociale et SAC
M. Dominic Beaulieu, éducateur
Mme France Chamberland, travailleuse sociale
Mme Nadine Hounsell, ergothérapeute
Mme Annie Gauthier, ergothérapeute

Mme Hélène Beaudoin, travailleuse sociale
Mme Judith Dion, agente de planification, promotion, recherche
Mme Isabelle Goudreau, orthophoniste
M. Alain Sirois, éducateur RAC
M. Vincent Couture, agent de relations humaines

Membres d'office

M. Daniel Côté, président-directeur général adjoint
M. Michel Simard, directeur des services multidisciplinaires

Mandat

Mandat général du conseil multidisciplinaire

Le conseil multidisciplinaire procure un véhicule d'expression aux préoccupations professionnelles de groupes définis de dispensateurs de services et dont l'apport d'expertise et le vécu clinique peuvent contribuer à améliorer la qualité, l'organisation et la dispensation des soins et services.

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) décrit le rôle du conseil multidisciplinaire à deux niveaux :

- Après du conseil d'administration, le CM :
 - o constitue les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la pratique professionnelle de ses membres;
 - o fait des recommandations sur la distribution des soins et services dispensés par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercices requises pour assurer des services de qualité;
 - o assume toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration;
- Après de la Présidence-direction générale, le CM :
 - o conseille sur l'organisation technique et scientifique;
 - o propose les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres;
 - o donne son avis sur toute autre question que la Présidence-direction générale porte à son attention.

Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année financière 2017-2018

- Aucun mandat spécifique reçu de la Présidence-direction générale;
- Aucun mandat spécifique reçu du conseil d'administration;
- Autres mandats ou objectifs reçus :
 - o Avoir au moins un comité de pairs actif;
 - o Faire l'arrimage de certains travaux avec le CECII et le CMDP.



Réalisations

- Tenue de cinq réunions du comité exécutif du CM à un taux de participation de 86 %;
- Tenue de trois rencontres et deux échanges téléphoniques du comité de communication du CM;
- Aucun comité de pairs en cours;
- Participation à d'autres comités exigeant la présence de membres du CM, dont :
 - o le comité de gestion des risques;
 - o le comité aviseur clinique en ressources informationnelles;
 - o le comité prêt d'équipements;
 - o le comité sur les mécanismes d'évaluation de l'aide médicale à mourir;
 - o le comité d'évaluation des documents cliniques;
 - o le comité provincial *ad hoc* de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) en lien avec le projet Optilab;
 - o le comité de la Semaine nationale de la sécurité des patients;
- Intégration des employés des laboratoires associés du CISSS de la Gaspésie en tant que membres du conseil multidisciplinaire du CISSS du Bas-Saint-Laurent depuis le 1^{er} avril 2017;
- Avis émis au cours de l'année financière par le CM concernant :
 - o le Code d'éthique du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent;
 - o le protocole et le règlement relatifs à l'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques;
 - o le Plan d'action stratégique sur les pratiques exemplaires d'hygiène des mains au CISSS du Bas-Saint-Laurent 2017-2020;
 - o la Procédure sur l'identification sans équivoque de l'utilisateur;
 - o le Programme de prévention des chutes et interventions à la suite d'une chute;
 - o la Politique pour un CISSS du Bas-Saint-Laurent sans fumée;
 - o la consultation sur la politique, la procédure, le guide du gestionnaire, le guide de l'employé et le formulaire d'appréciation de la contribution individuelle et du rendement général du personnel non cadre;
 - o la Politique régionale de gestion des admissions et des lits en milieu hospitalier;
- Projets soumis en consultation et ayant fait l'objet de commentaires ou recommandations :
 - o les travaux amorcés concernant l'intégration des équipes en jeunesse, mission CLSC et mission CPEJ, à la Direction du programme jeunesse et à la Direction de la protection de la jeunesse;
 - o la vigie de la qualité dans les résidences privées pour aînés;
 - o le sondage portant sur la mobilisation du personnel;
 - o l'offre de service aux pratiques professionnelles et mesures de soutien du CM;
 - o le sondage portant sur l'intégration des professionnels en GMF;
 - o l'offre de service du continuum AVC;
 - o l'offre de service de la clinique neurodéveloppementale;
 - o la préoccupation du Département d'inhalothérapie de l'Hôpital d'Amqui;
- Utilisation d'indicateurs et leur suivi :
 - o suivi au procès-verbal lors des rencontres;
- Participation au colloque de l'ACMQ à Lévis en novembre 2017;
- Déploiement du cadre de référence et des formulaires pour les comités de pairs;
- Poursuite de fonctionnement du CM pour la deuxième année et amorce des travaux suivants :
 - o l'intégration de nouveaux membres et l'attribution du poste de présidente par intérim;
 - o la poursuite de la réalisation des plans de travail élaborés;
 - o la poursuite des actions de communication et de mobilisation.



Conseil des sages-femmes (CSF)

Composition

Mme Chantal Lavallée, responsable sage-femme
Mme Christine St-Onge, sage-femme
Mme Karine Dubon, sage-femme
Mme Geneviève Guilbault, sage-femme
Mme Cynthia Plourde, sage-femme
Mme Valérie Demers, sage-femme
Mme Sarah Kelly, sage-femme
Mme Monique Paré, sage-femme

Membres du comité exécutif

Mme Geneviève Guilbault, présidente
Mme Cynthia Plourde suivie par Mme Sarah Kelly, vice-présidente
Mme Chantal Lavallée, secrétaire
Mme Anne Duret, directrice du programme jeunesse, représentante désignée par la Présidence-direction générale

Mandat

- Contrôler et apprécier, de manière générale, la qualité et la pertinence des actes posés par les sages-femmes pour l'établissement;
- Faire des recommandations sur :
 - o les règles de soins applicables à ses membres;
 - o la distribution appropriée des services par ses membres;
 - o les qualifications et la compétence d'une sage-femme qui adresse une demande au conseil d'administration en vue de conclure un contrat avec l'établissement;
 - o les obligations qui doivent être rattachées à l'exercice de la profession de sage-femme;
- Assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration;
- Être responsable envers la présidente-directrice générale de donner son avis sur :
 - o l'organisation scientifique et technique des établissements de santé et de services sociaux;
 - o les moyens à prendre pour évaluer et maintenir les compétences des sages-femmes;
 - o toute autre question que la présidente-directrice générale porte à son attention.

Réalisations

- Tenue de quatre rencontres du comité exécutif du conseil des sages-femmes et d'une assemblée générale annuelle;
- Tenue d'une analyse de cause racine dans le cadre du programme AMPRO. Aucune recommandation formelle n'a été émise à la suite de celle-ci. Toutefois, des outils de rappel/suivi ont été créés et des besoins de formation/perfectionnement ont été identifiés;
- Un exercice annuel d'autoévaluation des dossiers par quatre sages-femmes est en cours et devrait être complété avec les recommandations du comité de révision par les pairs lors de la prochaine AGA;
- Mise à disposition de l'ordre du jour ainsi que du compte rendu à l'ensemble des membres du conseil des sages-femmes;
- Suivis réguliers et soutien dans le cadre du déploiement des services de sages-femmes dans le KRTB;
- Adoption des résolutions suivantes :
 - o attribution de deux contrats à temps partiel occasionnel (un remplacement d'été et un congé de maternité);
 - o attribution de deux contrats à temps plein régulier pour le KRTB (qui doivent être convertis en contrats à temps partiel régulier dès l'embauche d'une troisième sage-femme).

Comité de vérification et des immobilisations

Composition

M. Yves Boulianne, président

Mme Ève-Marie Rioux

Mme Mélanie-Ann Leblanc

M. Hugues Saint-Pierre

M. Gilles H. Tremblay

Personne-ressource : Mme Caroline Morin, directrice des ressources financières, CISSS du Bas-Saint-Laurent

Mandat

- S'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources financières de l'établissement ainsi que de son suivi;
- S'assurer que soit mis en place et appliqué un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- Réviser toute activité susceptible de nuire à une bonne situation financière, examiner les états financiers et faire des recommandations au conseil d'administration;
- Assurer le suivi des grandes orientations en matière d'immobilisations;
- Veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient adéquatement efficaces.

Réalisations

- Tenue de sept rencontres régulières au cours de l'année;
- Approbation des états financiers 2016-2017;
- Approbation du rapport financier annuel au 7 janvier 2017 - Fonds de santé au travail;
- Approbation des prévisions budgétaires 2017-2018;
- Suivis des chantiers d'optimisation;
- Analyse et suivi des résultats financiers périodiques;
- Participation à la répartition et à l'indexation de l'enveloppe régionale budgétaire 2017-2018 des subventions versées aux organismes communautaires et aux entreprises d'économie sociale;
- Approbation du choix de l'institution financière à la suite d'un appel d'offres bancaires;
- Suivi du plan d'autofinancement du projet Optilab;
- Approbation du Cadre de gestion des équipements médicaux;
- Recommandation de l'auditeur indépendant pour l'exercice financier 2017-2018;
- Approbation de la Politique sur la sécurité de l'information;
- Approbation de la politique Utilisation des contributions partenariales;
- Approbation de la mise à niveau proposée du parc de stationnement;
- Approbation de la révision du *Règlement de délégation de signatures engageant la responsabilité de l'établissement*;
- Approbation de la *Directive sur les contrats de service non soumis à l'autorisation du dirigeant* selon la *Loi sur la gestion des contrats*;
- Discussion sur les travaux en cours sur la politique sur la gestion des placements;
- Approbation de l'indexation de la tarification des stationnements pour l'année 2018-2019;



- Approbation des redditions de comptes trimestrielles pour les contrats de plus de 100 000 \$;
 - Présentation du rapport KPMG sur le processus achat-décaissement et suivi des travaux;
 - Présentation et suivi des travaux concernant le financement à l'activité : radio-oncologie, production chirurgicale, imagerie médicale et endoscopie;
 - Présentation du cadre normatif et du bilan 2016-2017 concernant la gestion de la sécurité de l'information;
 - Présentation du projet de téléphonie IP;
 - Présentation du financement axé sur le patient et de la Charte comptable du Québec;
 - Présentation du dossier clinique informatisé;
 - Présentation de la gestion de la maintenance assistée par ordinateur;
 - Présentation du rôle et des responsabilités du responsable de l'observation des règles contractuelles.
- Les rapports AS-617 ont été déposés aux membres.
- Un suivi des rencontres du comité de vérification et des immobilisations est effectué à chacune des séances plénières du conseil d'administration.

Comité de développement des ressources humaines

Composition

Mme Kathleen Bouffard, présidente
 Mme Lise Verreault, vice-présidente
 M. Hugues St-Pierre, président du conseil d'administration
 Dr Gabriel Houle, membre du conseil d'administration
 Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale
 Personne-ressource : Mme Annie Leclerc, directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Mandat

- Contribuer à l'élaboration des grandes orientations en matière de développement organisationnel et de gestion des ressources humaines;
- Contribuer à l'élaboration du plan de développement des compétences et à la planification des ressources humaines;
- Contribuer au sentiment d'appartenance et aux stratégies de mobilisation;
- Reconnaître l'apport des ressources humaines dans les succès de l'organisation et proposer des activités de reconnaissance;
- Recommander au conseil d'administration l'adoption de politiques ou orientations autres qu'opérationnelles, lorsque requis, en matière de ressources humaines.

Réalisations

- Tenue de quatre rencontres au cours de l'année;
- Divers sujets ont été traités lors des rencontres du comité et ont suscité des échanges ou défini des orientations, dont :
 - o la 1^{re} édition des prix Distinction ainsi que le lancement de la 2^e édition;
 - o le sondage de mobilisation du personnel du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - o la situation de la main-d'œuvre;
 - o les syndicats représentants des quatre catégories de personnel et les négociations des conventions collectives locales;



- o le Programme de recommandation d'un candidat par le personnel du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- o la Politique en matière d'appréciation de la contribution individuelle et du rendement général du personnel non cadre;
- o le programme Relève des cadres intermédiaires;
- o la journée des gestionnaires du 2 juin 2017;
- o les indicateurs de l'entente de gestion 2017-2018 (main-d'œuvre indépendante, temps supplémentaire et assurance salaire);
- o les politiques locales des conditions de travail du personnel cadre;
- o la PMO 2017-2018 (présentation);
- o le bilan des activités de développement des compétences 2016-2017 (présentation);
- o le développement des compétences du personnel cadre (budget et outils);
- o la Politique de communication;
- o le site intranet et le site Web de l'établissement;
- o le suivi des négociations des conventions collectives locales;
- o le comité paritaire SST;
- o le rapport annuel du traitement des plaintes par le biais de la Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail;
- o la Politique de gestion du dossier de l'employé;
- o le suivi des Soupers reconnaissance;
- o la structure fonctionnelle d'encadrement;
- o la Politique portant sur le maintien des services lors de tempêtes majeures;
- o le Programme d'accueil et d'intégration des nouveaux cadres;
- o le suivi du programme Relève des cadres intermédiaires;
- o la prévention des conflits : processus de médiation et dépliant;
- o le schéma des enjeux des communications internes et externes (processus de fonctionnement);
- o le Plan de communication 2018-2020 du Service des communications de la DRHCAJ;
- Suivis des rencontres du comité de développement des ressources humaines effectués à chacune des séances plénières du conseil d'administration.



Comité de gouvernance et d'éthique

Composition

M. François Deschênes, président
M. Gilbert Beaupré, vice-président
M. Hugues St-Pierre, président du conseil d'administration
Dr Daniel Dionne, membre du conseil d'administration
Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale
Personne-ressource : M. Daniel Côté, président-directeur général adjoint

Mandat

- S'assurer du respect des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- S'assurer du respect du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration;
- S'assurer du respect des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration et de ses comités;
- S'assurer du respect du programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
- Évaluer le fonctionnement du conseil d'administration et des comités du conseil d'administration.

Réalisations

- Tenue de quatre rencontres régulières et d'une rencontre spéciale;
- Tenue d'une journée de réflexion et de mobilisation des membres du conseil d'administration sous forme de lac-à-l'épaule en octobre 2017, où certaines directions cliniques sont venues présenter leur offre de service ainsi que leurs principaux enjeux et défis pour les prochaines années. Une autre journée est prévue en 2018 pour la présentation d'autres directions cliniques où le thème sera la mobilisation du personnel, des cadres et des médecins;
- Présentation des résultats des sondages d'autoévaluation des comités relevant du conseil d'administration;
- Présentation de la *Matrice de cohérence stratégique 2017-2018* de l'établissement;
- Présentation de la salle de pilotage stratégique;
- Réception et traitement d'une situation d'allegation de manquement au code d'éthique et de déontologie de la part d'un membre du conseil d'administration;
- Recommandation au conseil d'administration de la politique et de la procédure en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail.

Comité de vigilance et de la qualité

Composition

Mme Mélanie Leblanc, présidente

M. Gilbert Beaupré, vice-président

Mme Julette Rioux, membre du conseil d'administration et représentante du CUCI

Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale

Mme Stéphanie Bush, commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Personne-ressource : M. Gino Beaudoin, directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique

Mandat

- Assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, ou de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*, L.R.Q., c. P-31.1;
- Assurer le suivi des recommandations de toutes les instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer des responsabilités portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus ainsi que le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
- Veiller à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités quant à l'accessibilité aux services, à la pertinence, à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des services rendus, au respect des droits des usagers et au traitement diligent de leurs plaintes;
- Faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données aux rapports et recommandations lui ayant été transmis dans l'objectif d'améliorer l'accessibilité aux services et la qualité des services aux usagers.

Réalisations

- Tenue de cinq rencontres au cours de l'année;
- Suivis des rencontres du comité de vigilance et de la qualité effectués à chacune des séances publiques du conseil d'administration;
- Départ d'un membre du comité et accueil du nouveau membre désigné par le CUCI;
- Ajout d'une nouvelle responsabilité relativement à la *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux*, soit la vigie de l'accessibilité aux services;
- Suivi des dossiers tels que :
 - le tableau des plaintes et des recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services (cinq fois). Les thématiques des recommandations touchaient :
 - les soins et services dispensés (60 mesures);
 - les relations interpersonnelles (44 mesures);
 - l'accessibilité (38 mesures);
 - l'aspect financier (25 mesures);
 - les droits particuliers (22 mesures);
 - l'organisation du milieu et des ressources matérielles (20 mesures).
 - le rapport statistique en gestion des risques (quatre fois);
 - le suivi des recommandations faisant suite aux événements sentinelles (deux fois);
 - le rapport du coroner (deux fois);



- o les recommandations du plan d'action sur le suivi des RPA (deux fois);
- o la démarche d'agrément (deux fois);
- o les dossiers du Protecteur du citoyen (quatre fois);
 - 40 interventions du Protecteur du citoyen;
 - 20 dossiers sans recommandation;
 - 9 dossiers avec recommandations (21 recommandations, dont 19 ont été actualisées et 2 sont en cours de réalisation);
 - 11 dossiers en cours d'analyse;
- o le bilan des plaintes médicales (une fois);
- Divers sujets ont été traités lors des rencontres du comité et ont suscité des échanges ou ont défini des orientations, dont :
 - o le sondage sur la satisfaction de la clientèle (sondage en continu);
 - o l'état de situation sur la démarche d'agrément en lien avec le MSSS;
 - o la prévention de l'abus physique et sexuel en RI-RTF pour les usagers DI-TSA-DP;
 - o la mise en place d'un protocole thromboprophylaxie pour les patients de chirurgie générale;
 - o le suivi de la qualité de cinq RPA;
 - o le rapport du vérificateur général du Québec;
 - o la liste des sujets pouvant être suivis par le comité de vigilance et de la qualité;
 - o les résultats du sondage d'autoévaluation du comité de vigilance et de la qualité;
 - o la loi contre la maltraitance envers les aînés;
 - o le suivi des recommandations du Protecteur du citoyen;
 - o le *Rapport annuel 2016-2017* du Protecteur du citoyen;
 - o l'état de situation sur le dossier de la maltraitance;
 - o la présentation du programme d'hygiène des mains;
 - o la présentation du programme de mesures de contrôle et de contention;
 - o la présentation de l'état de situation en sécurité civile et mesures d'urgence;
 - o le suivi du tableau de bord sur l'accessibilité aux services;
 - o la déclaration des incidents/accidents dans les laboratoires;
 - o le suivi de l'événement sentinelle en obstétrique.

Comité de révision (traitement des plaintes)

Composition

Mme Lucie Lapointe, présidente
 M. Gilles H. Tremblay, président
 Dr Yvan Boucher
 Dr Jacques Caron
 Dr Richard Déry
 Dre Josée Rousseau

En raison de l'étendue du territoire, le conseil d'administration a statué que le comité de révision devait être composé de deux membres du conseil d'administration qui agissent à titre de président et de quatre membres nommés parmi les médecins, dentistes et pharmaciens dans le but de s'assurer du traitement diligent des dossiers de révision.

Mandat

- Réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'utilisateur par le médecin examinateur;
- Procéder à l'étude des dossiers de plainte et déterminer si le médecin examinateur a procédé à l'examen des plaintes de façon appropriée avec diligence et équité;
- S'assurer que les motifs des conclusions du médecin se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles.



Réalisations

- Réception de onze demandes de révision. De ce nombre, le comité de révision a confirmé les conclusions des médecins examinateurs dans dix des dossiers et a jugé important de transférer un dossier au comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens pour étude à des fins disciplinaires;
- Transmission des conclusions à l'intérieur du délai de 60 jours prescrit par la LSSSS, à l'exception d'un dossier qui ne nous est pas parvenu par courrier. En date du 31 mars 2018, deux dossiers sont en attente de révision.

Comité de gestion des risques

Composition

Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale
M. Gino Beaudoin, directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique
Mme Danielle Savard, directrice des soins infirmiers adjointe
M. Michel Simard, directeur des services multidisciplinaires
M. Martin Legault, directeur des services techniques
Mme Jocelyne Bérubé, adjointe à la direction des services professionnels
M. François Paradis, chef du département de la pharmacie
M. Sébastien Laprise, conseiller clinique en prévention et contrôle des infections
Mme Danielle Bouchard, représentante du Comité des usagers du Centre intégré
Dre Jacynthe Brisson, représentante du CMDP
M. Éric St-Jean, représentant des programmes et des services sociaux
Mme Kathy-Alexandre Chenel, représentante du CII
Mme Judith Dion, représentante du CM

Mandat

- Rechercher, développer et promouvoir des moyens visant à identifier et à analyser les risques d'incident ou d'accident et à diminuer les risques de récurrence des événements, et ce, dans le but d'assurer la sécurité des usagers;
- Former un comité de gestion des risques représentatif;
- Assurer un suivi étroit auprès des installations afin que le processus de gestion des risques demeure actif;
- Alimenter et maintenir à jour les registres locaux des incidents et accidents;
- Assurer la mise en œuvre du plan d'action ministériel;
- Rédiger un rapport trimestriel en gestion des risques représentatif du Bas-Saint-Laurent;
- Mettre en place une structure administrative afin d'assurer une saisie en temps réel des formulaires de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223).



Réalisations

- Tenue de cinq rencontres au cours de l'année. Les principaux sujets traités lors des rencontres du comité sont :
 - o la formation aux employés sur la déclaration des incidents et accidents à l'aide du formulaire prévu à cet effet (plus de 250 personnes);
 - o la mise en place de sous-comités de gestion des risques dans onze directions;
 - o la planification d'activités dans le cadre de la Semaine nationale de la sécurité dont le thème était « JE m'identifie et JE double identifie »;
 - o l'élaboration d'un registre pour les réfrigérateurs à médicaments comprenant leurs mesures de contrôle;
 - o le plan d'action du comité de travail sur la confidentialité;
 - o les chutes répétitives chez les usagers;
 - o le Plan d'action stratégique sur les pratiques exemplaires d'hygiène des mains au CISSS du Bas-Saint-Laurent 2017-2020;
 - o le Programme de prévention des chutes et interventions à la suite d'une chute;
 - o la réparation de la ceinture Pinel;
 - o l'obstruction respiratoire;
 - o Optilab;
 - o la décentralisation de la saisie des formulaires AH-223;
 - o le plan d'action du comité stratégique sur la sécurité des soins et des services;
- o le détecteur de mobilité;
- o la Procédure de gestion des alertes médicales, des avis et des rappels;
- Suivi des dossiers suivants :
 - o statistiques et enjeux en gestion des risques;
 - o statistiques et enjeux en prévention et contrôle des infections;
 - o recommandations des conseillers cadres en gestion des risques;
- Adoption de documents et outils pour encadrer la gestion des risques, dont :
 - o la Politique de gestion intégrée des risques;
 - o la Procédure de gestion des alertes médicales, des avis et des rappels;
 - o un dépliant sur la divulgation des incidents/accidents à l'intention des employés;
 - o une structure d'intervention lors d'événements indésirables en retraitement des dispositifs médicaux en collaboration avec la Direction des services multidisciplinaires;
- Réception et traitement de 135 recommandations soumises par les conseillers cadres en gestion des risques. Aucune recommandation spécifique n'a été acheminée au comité de vigilance et de la qualité ainsi qu'au conseil d'administration de l'établissement par le comité de gestion des risques.

Faits saillants

Le nombre total de déclarations d'incidents et d'accidents :

- 2017-2018 : 16 814
- 2016-2017 : 17 963
- Variation : - 6 %

Les principaux risques identifiés au cours de la dernière année :

- Chutes : 4 817 (28,9 %)
- Médicaments : 4 632 (27,5 %)
- Tests de laboratoire : 2 567 (15,3 %)

Les conseillers cadres en gestion des risques ont :

- Procédé à l'enquête et à l'élaboration de rapports de 86 événements sentinelles, dont 57 % ont nécessité des recommandations;
- Soumis 135 recommandations au comité de gestion des risques.



Département régional de médecine générale (DRMG)

Composition

Dre Véronique Clapperton, adjointe au chef, RLS de Rimouski-Neigette
Dr Guido Côté, RLS de Témiscouata
Dre Myriam Croteau, RLS de Rimouski-Neigette
Dre Isabelle Descoteaux, RLS de La Mitis
Dr Jean-François Hérard, RLS de Rivière-du-Loup

Dr Jean Hudon, RLS de Kamouraska
Dr Éric Lavoie, chef du DRMG, RLS des Basques
Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale
Dr Éric Paradis, RLS de Rivière-du-Loup
Dr Pierre-Luc Sylvain, RLS de La Matanie
Dre Jacynthe Vallée, RLS de La Matapédia

Mandat

- Faire des recommandations à la présidente-directrice générale sur la planification des effectifs médicaux en omnipratique;
- Formuler des propositions et donner son avis sur la planification et la dispensation des services médicaux généraux, soit l'organisation et la coordination des services de première ligne du territoire bas-laurentien.

Réalisations

- Distribution des effectifs médicaux en omnipratique tenant compte de :
 - o l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) 2018;
 - o la détermination des besoins prioritaires de recrutement en collaboration avec les installations (2017-2018);
 - o l'évaluation du besoin en effectifs défini régionalement à partir des besoins émis par chacun des RLS;
- Évaluation de la charge de travail individuelle et par sous-territoire selon les paramètres proposés par le MSSS en concertation avec la Direction des services professionnels et les différentes chefferies de la première ligne;
- Proposition des équivalences pour les secteurs d'activité qui ne sont pas encadrés par des paramètres et qui se doivent d'être uniformes et justes;
- Répartition des primes d'installation 2017-2018 en rehaussant les montants accordés aux régions en pénurie, soit pour les RLS de Témiscouata, des Basques, de La Mitis, de La Matapédia et de La Matanie;
- Application du respect des exigences des groupes de médecine de famille (GMF) liées à leur adhésion au Programme de financement et de soutien professionnel des groupes de médecine de famille (inscriptions pondérées et taux d'assiduité) ainsi que le suivi de l'état de situation de la délocalisation des travailleurs sociaux et autres professionnels;
- Évaluation des indicateurs en lien avec l'entente de principe entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le MSSS afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne;
- Application du processus d'élection des membres du comité de direction du DRMG;
- Poursuite de la mise en place de la gouvernance médicale en médecine de famille pour l'organisation des services de première ligne par le comité consultatif du DRMG. Ce comité a comme mandat de se concerter sur les orientations stratégiques du CISSS du Bas-Saint-Laurent en première ligne;
- Mise à jour du plan régional d'organisation des services médicaux généraux et suivi des objectifs à atteindre;
- Soutien aux RLS afin de diminuer l'attente des patients orphelins inscrits au guichet d'accès aux médecins de famille;
- Soutien au déploiement de l'accès adapté dans les cliniques médicales du Bas-Saint-Laurent.



État des effectifs médicaux

Répartition de la croissance en omnipratique au Bas-Saint-Laurent en 2018

Réseaux locaux de services	Rehaussement autorisé
Kamouraska	2
Témiscouata	2
Rivière-du-Loup	1
Les Basques	4
Rimouski-Neigette	0
La Mitis	4
La Matapédia	3
La Matanie	2
Total	18

La répartition des 18 nouveaux médecins de famille autorisés au PREM 2018 s'est faite selon une nouvelle méthode qui tient compte de l'écart au besoin total de chaque sous-territoire. Au 31 décembre 2017, 261 omnipraticiens étaient installés au Bas-Saint-Laurent. Au total, il y a eu en cours d'année 16 arrivées (PREM 2017) et 21 départs.

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Composition

Pharmaciens élus

M. Pierre-Olivier Blanchette, secrétaire, Rimouski-Neigette
Mme Marie-Ève Caron, vice-présidente, La Matanie
Mme Nathalie Chenel, Rimouski-Neigette
Mme Cynthia Paradis, présidente, La Mitis

Pharmaciens cooptés

Mme Amélie Boudreau, Rivière-du-Loup
Mme Marie-Josée Papillon, Rimouski-Neigette
Mme Fleur-Ange Denis, Rivière-du-Loup

Membres d'office

Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale
M. François Paradis, chef du département de pharmacie

Mandat

- Faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques, sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments et sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.

Réalisations

- Tenue de trois réunions où les sujets suivants ont été abordés :
 - o la désignation d'un membre du CRSP au CA du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - o le processus de cooptation pour un membre du CRSP;
 - o la désignation d'un membre du CRSP au projet d'implantation de la prescription médicale électronique;
 - o la présentation de la Direction de la santé publique sur les actions en matière de lutte contre les surdoses d'opioïdes;
 - o la transmission aux pharmaciens communautaires et d'établissement :
 - d'une lettre sur le registre de vaccination provinciale;
 - d'une note de service concernant l'interférence de la Biotine sur certaines analyses de biochimie;
 - du formulaire de demande de renseignements contenus au dossier du CISSS du Bas-Saint-Laurent pour les pharmaciens communautaires;
 - d'une note de service sur la rupture de bicarbonate de sodium injectable et du formulaire d'ordonnance-prévention de la néphropathie aux agents de contraste;
 - d'une correspondance de la Direction de la santé publique sur le brossage des dents chez les enfants de moins de six ans;
 - d'une correspondance du chef de département de pharmacie sur le nouveau processus de distribution de l'antibiothérapie intraveineuse à domicile (ATIVAD);
- o la mise à jour des ordonnances collectives sur le site Web du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Comité des usagers du Centre intégré (CUCI)

Composition

Mme Claire St-Onge, présidente, La Mitis
Mme Marielle Raymond, vice-présidente, Rivière-du-Loup
Mme Danielle Bouchard, secrétaire-trésorière, Témiscouata
M. Bertrand Martel, La Matapédia
Mme Julette Rioux, Les Basques

Mme Manon Pedneault, Rimouski-Neigette (CRDI-TSA-DP)
Mme Sylvie Rousseau, Rivière-du-Loup
Mme Nathalie Lacroix-Danis, La Matapédia (CPEJ)
Mme Denyse Landry, Rimouski-Neigette
Vacant, La Matanie

Mandat

- Représenter les comités des usagers et de résidents auprès de l'établissement et de ses instances partenaires;
- Coordonner la réalisation de projets spéciaux avec la collaboration des comités des usagers et de résidents;
- Coordonner le dépôt d'un rapport annuel consolidé au conseil d'administration de l'établissement ainsi que le dépôt d'une liste d'enjeux prioritaires et de recommandations;
- Harmoniser l'ensemble des pratiques des comités des usagers et de résidents, actualiser les règles de fonctionnement et élaborer des méthodes communes de reddition de comptes.



Réalisations

- Tenue de neuf rencontres régionales;
- Adoption du Plan d'action 2018-2019;
- Rencontres statutaires avec la présidente-directrice générale de l'établissement;
- Accueil de plusieurs gestionnaires aux rencontres régionales sur les sujets suivants :
 - o nouveaux menus en CHSLD;
 - o sondage général de satisfaction de la clientèle;
 - o processus de dépôt d'une plainte;
 - o nouveaux services pour la clientèle jeunesse;
 - o présence de symboles religieux dans notre établissement;
 - o offre de service sage-femme au KRTB;
 - o ateliers en santé mentale;
 - o transfert de budget pour la mission déficience physique de La Mitis vers le CRDI-TSA-DP;
- Analyse des documents suivants pour consultation :
 - o Code d'éthique du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent;
 - o Procédure sur l'identification sans équivoque de l'utilisateur;
 - o Politique pour un CISSS du Bas-Saint-Laurent sans fumée;
 - o Programme de prévention des chutes et interventions à la suite d'une chute;
- Autorisation de financement de quatorze projets spéciaux soumis par les comités des usagers continus, financement issu d'une enveloppe régionale non récurrente;
- Présence à la remise de médaille de l'Assemblée nationale décernée à la présidente du comité des usagers et de résidents de Rimouski-Neigette;
- Présence au Rendez-vous des comités des usagers et de résidents du Bas-Saint-Laurent, comprenant une série de conférences et réunissant une cinquantaine de membres de comités et d'intervenants;
- Production d'une identité visuelle et du slogan « Unis pour la qualité des services »;
- Rédaction de trois lettres au CA de l'établissement sur divers enjeux touchant les usagers;
- Présence aux rencontres publiques du CA de l'établissement;
- Dépôt d'un rapport annuel consolidé et de trois recommandations au CA de l'établissement;
- Participation à la rencontre des présidents des CUCI organisée par le Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU);
- Participation au congrès annuel du RPCU et aux rencontres du conseil d'administration;
- Participation de membres du CUCI aux comités suivants :
 - o conseil d'administration de l'établissement;
 - o comité de vigilance et de la qualité;
 - o comité de gestion des risques;
 - o comité de prévention et contrôle des infections;
 - o comité d'éthique clinique et organisationnelle;
 - o comité-conseil sur les soins et les services à la jeunesse et aux familles;
 - o comité stratégique, comité de suivi et comités tactiques (quatre) découlant des engagements de l'établissement envers l'amélioration des pratiques en CHSLD.

Les rapports de directions

Direction de la santé publique (DSPu)

Mandat

Le mandat de la Direction de la santé publique est de contribuer à maintenir et à améliorer la santé de la population ainsi qu'à réduire les inégalités sociales de santé.

Plus précisément, selon la LSSSS, le directeur de la santé publique et ses équipes :

- surveillent l'état de santé de la population et ses déterminants, et en informent la population;
- assurent une expertise en prévention de la maladie et en promotion de la santé;
- protègent la santé de la population;
- identifient les situations où une action intersectorielle s'impose pour améliorer la santé.

Faits saillants

- Coordination des travaux pour l'adoption de la Politique pour un CISSS du Bas-Saint-Laurent sans fumée;
- Rédaction d'un avis de santé publique *Évaluation des risques à la santé des élèves et du personnel des écoles Paul-Hubert-du Grand Défi et Grand-Pavois-de Saint-Yves, en lien avec la proximité des installations de la compagnie Suncor à Rimouski*;
- Dépôt d'un mémoire le 7 août 2017 lors de la consultation régionale sur l'encadrement du cannabis : *Réduire la consommation de cannabis chez les jeunes : une opportunité à saisir*;
- Participation et présentation au groupe de recherche interdisciplinaire sur la santé et le bien-être (GRISER) de l'UQAR;
- Participation et présentation aux conférences populaires en santé de l'UQAR sur la prévention, la démence et les troubles cognitifs;
- Participation et présentation à la Journée scientifique annuelle sur l'oncologie et à la Journée annuelle sur les maladies chroniques du CISSS du Bas-Saint-Laurent en avril et juin 2017;
- Participation au comité scientifique et à l'organisation d'ateliers dans le cadre des Journées annuelles de santé publique, particulièrement en matière d'allaitement, de tuberculose et de déplacements actifs en milieu rural;
- Présentation d'une affiche intitulée *Lutte à la berce du Caucase : la portée d'une intervention régionale concertée* lors des Journées annuelles de santé publique. Cette affiche a obtenu une mention spéciale du jury dans la catégorie « Pratiques inspirantes »;
- Participation à la rédaction du Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec - La prévention et le contrôle des infections nosocomiales du MSSS;
- Déploiement de la salle tactique de la Direction de la santé publique facilitant la mise en œuvre du PAR 2016-2020;
- Participation à la mise en œuvre, en tant que porteur ou collaborateur, des stratégies locales des huit plans d'action stratégique 2017-2020 de COSMOSS Rimouski-Neigette;
- Arrimage des actions visant l'accès physique et économique à des aliments sains sur tout le territoire grâce à une concertation entre la DSPu, COSMOSS Rimouski-Neigette et les partenaires des milieux bioalimentaire et municipal;
- Distribution de matériel favorisant les déplacements actifs sécuritaires et la sensibilisation de la population sur ce sujet;





- Accompagnement des municipalités dans l'élaboration d'une politique familiale et des aînés dans le cadre de la démarche Prendre soin de notre monde;
- Déploiement avec les partenaires du milieu de la campagne du Syndrome de la porte dans le but de sécuriser les abords des écoles et d'encourager le transport actif;
- Déploiement de la formation Attention enfants en mouvement auprès de CPE et de responsables de services de garde dans le but de développer un discours commun en lien avec le jeu libre et actif;
- Application des agents de scellement dentaire à près de 2 100 enfants en milieu scolaire par les hygiénistes dentaires;
- Formation d'infirmières et infirmiers, d'infirmières et infirmiers auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires afin de leur permettre de contribuer au maintien et à l'amélioration de la condition bucco-dentaire des résidents en CHSLD;
- Participation des quatre commissions scolaires de la région au projet d'éducation sexuelle en milieu scolaire initié par la DSPu;
- Révision de la politique et des procédures alimentaires avec la Commission scolaire des Phares;
- Organisation d'une rencontre régionale afin de se doter d'une liaison continue régionale-locale en matière de vieillissement en santé.

Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DPDI-TSA-DP)

Mandat

Offrir des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale dans le but d'assurer le développement optimal du potentiel des personnes vivant avec une déficience (intellectuelle ou physique) ou un trouble du spectre de l'autisme.

Les services visent également à optimiser l'intégration sociale, la participation sociale de même que l'amélioration de la qualité de vie.

Faits saillants

- Continuité du plan d'action de la direction pour 2016-2018 visant différents chantiers de travail et touchant autant les services en DI-TSA-DP jeunes, adultes et aînés;
- Révision de plusieurs ententes avec les partenaires externes pour la clientèle en DI-TSA-DP;
- Mise en place d'une nouvelle trajectoire et révision de l'offre de service en hébergement;
- Révision et élaboration de nouvelles offres de service, de programmes et de guides répondant aux meilleures pratiques;
- Réflexion d'un projet de construction neuve de résidence à assistance continue pour les jeunes et les adultes;
- Harmonisation des pratiques et des critères d'accès en réadaptation fonctionnelle intensive, incluant la mise en place d'une gestion centralisée des 21 lits

régionaux et la transformation de 5 lits à Rivière-du-Loup afin de permettre la dispensation de services de réadaptation fonctionnelle intensive en externe;

- Mise en place d'un continuum de services régionaux pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral;
- Bonification et développement de nouveaux services pour la clientèle ayant un trouble du spectre de l'autisme suite à l'investissement reçu par le ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Mise en place conjointe avec la Direction du programme jeunesse d'une nouvelle clinique virtuelle neurodéveloppementale pour la clientèle jeunesse;
- Participation à un comité intersectoriel pour développer des ressources de répit et de gardiennage sur tout le territoire;
- Mise en place du premier cadre de référence ministériel pour la clientèle ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme qui a permis une modulation de l'offre de service en DI-TSA-DP pour notre organisation;
- Mise en place d'un plan d'action ministériel sur le trouble du spectre de l'autisme s'échelonnant de 2017 à 2022 venant définir des orientations et des cibles;
- Déménagement de certains points de service afin d'améliorer la réponse aux besoins de la clientèle et du personnel;
- Développement de nouveaux outils de gestion pour ainsi améliorer, de façon continue, l'atteinte des standards attendus et la performance de la direction pour les services offerts aux usagers;
- Accompagnement d'usagers favorisant ainsi leur intégration et leur participation sociale par des projets spéciaux (lancement d'un livre, intégration à l'emploi, logements sociaux, etc.).



Principales statistiques 2017-2018

**Répartition du nombre d'usagers desservis en DI-TSA-DP
selon l'âge et la déficience en 2017-2018**

Usagers desservis*	0-4 ans	5-17 ans	18-21 ans	22-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus	Total 2017-2018	Comparatif 2016-2017
Déficience intellectuelle	42	107	38	210	259	27	683	661
Trouble du spectre de l'autisme	25	302	43	94	20	1	485	371
Déficience motrice	84	307	56	222	282	214	1 165	1 062
Déficience visuelle	4	8	1	24	44	131	212	214
Déficience auditive	7	55	4	17	41	45	169	178
Déficience du langage	72	289	3	4	2	--	370	359
	234	1 068	145	571	648	418	3 084	2 845

*Information en date du 3 mars 2018



Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)

Mandat

La Direction de la protection de la jeunesse a pour mandat d'offrir des services d'infoconsultation, d'urgence sociale, de réception et de traitement des signalements, d'évaluation et orientation et de révision en conformité avec la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ). Elle dispense aussi les services inhérents aux dispositions législatives en matière d'adoption, de recherche d'antécédents et de retrouvailles. De plus, en vertu de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* (LSJPA), elle est responsable de l'application du programme de sanctions extrajudiciaires en collaboration avec les organismes de justice alternative de la région, de l'évaluation prédécisionnelle et de la gestion et du suivi des peines ordonnées par la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse. Enfin, elle offre également les services d'expertises psychosociales à la Cour supérieure du Québec lors de conflits de garde d'enfants.



Faits saillants en protection de la jeunesse

Indicateurs du programme Jeunes en difficulté

	Résultats (en jours)	
	2016-2017	2017-2018
Délai moyen d'attente à l'évaluation en protection de la jeunesse Cible : 12 jours	12,84	19,97
Délai moyen d'attente aux services psychosociaux et de réadaptation (application des mesures) Cible : 30 jours	5,30	8,24
Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse (LSJPA) Cible : 14 jours	0	0

La performance demeure excellente en ce qui concerne le délai de prise en charge tant en protection qu'en ce qui concerne les jeunes contrevenants. Toutefois, le délai moyen d'attente à l'évaluation en protection de la jeunesse a augmenté de façon significative durant la dernière année, passant de 12,84 jours à 19,97.

Réception et traitement des signalements

	Reçus		Retenus	
	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017
Rimouski-Neigette	540	511	188	175
La Mitis	309	312	139	111
La Matanie	332	258	123	109
La Matapédia	229	207	83	70
Les Basques	85	85	25	33
Rivière-du-Loup	346	384	126	136
Kamouraska	231	246	81	109
Témiscouata	226	233	80	107
Hors région	42	30	22	16
Autre (sans domicile fixe)	1	3	0	0
Adresse inconnue	12	9	3	0
Total	2 353	2 278	870	866

En 2017-2018, nous observons une augmentation de 75 signalements reçus à la DPJ. Cette augmentation s'observe essentiellement dans les MRC de Rimouski-Neigette et de La Matanie. Le taux de rétention des signalements aux fins d'évaluation est toutefois demeuré sensiblement le même passant de 38,01 à 36,97. Par ailleurs, le nombre d'appels reçus pour de l'information/consultation a bondi, passant de 628 l'an dernier à 1 401 cette année.

Signalements retenus par problématique

	2017-2018	%	2016-2017	%
Négligence et risque sérieux de négligence	329	37,82	321	37,06
Abus physique et risque sérieux d'abus physique	208	23,91	254	29,33
Abus sexuel et risque sérieux d'abus sexuel	53	6,10	79	9,12
Mauvais traitement psychologique	183	21,03	128	14,78
Troubles de comportement	96	11,03	83	9,58
Abandon	1	0,11	1	0,12
Total	870	100%	866	100%

Les trois principaux motifs d'intervention de la DPJ demeurent les mêmes cette année. Il s'agit de la négligence et du risque sérieux de négligence, de l'abus physique et du risque sérieux d'abus physique et, finalement, des mauvais traitements psychologiques. La proportion de signalements retenus pour une problématique de négligence ou de risque de négligence est demeurée stable. En contrepartie, nous constatons une augmentation des signalements retenus pour mauvais traitement psychologique. L'an dernier, ils représentaient 14,78 % des signalements retenus, alors que cette année cela a bondi à 21,03 %. Les signalements pour abus physique et risque d'abus physique ont quant à eux diminué, passant de 29,33 à 23,91.



Provenance des signalements

Un peu plus du quart des signalements provient du milieu familial et de la communauté. Les policiers et le personnel du milieu scolaire, dans une proportion égale, suivis des employés de la mission Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et ceux du CLSC, demeurent les principaux signalants. On note cette année une augmentation importante des signalements provenant des milieux scolaires.

Nombre de jeunes suivis aux services d'application des mesures en protection de la jeunesse par MRC et taux par 1 000 enfants¹

	2017-2018	Taux/1000 enfants 2017-2018	Population 0-17 ans 2017-2018 (ISQ)	2016-2017	Taux/1000 enfants 2016-2017	Population 0-17 ans 2016-2017 (ISQ)
Rimouski-Neigette	120	12,63	9498	128	13,86	9 233
La Mitis	100	30,34	3296	77	23,65	3255
La Matanie	75	23,53	3188	85	26,78	3 173
La Matapédia	66	22,08	2989	72	23,89	3 013
Les Basques	36	30,15	1194	34	27,98	1 215
Rivière-du-Loup	115	18,55	6198	99	16,14	6132
Kamouraska	49	13,77	3558	54	15,20	3 552
Témiscouata	79	24,56	3216	62	18,82	3 294
Total	640	19,31	33 137	611	18,59	32 867

Dans la dernière année, le taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse a légèrement augmenté, et ce, principalement dans les MRC de La Mitis, des Basques, de Rivière-du-Loup et du Témiscouata. La variation positive de la population de 0-17 ans dans la plupart de ces MRC ne peut toutefois pas expliquer cette augmentation.

Expertises psychosociales à la Cour supérieure

	2017-2018	2016-2017
Expertises psychosociales réalisées	78	62
Usagers concernés par les expertises psychosociales	121	95

Nous constatons cette année une augmentation des demandes d'expertises dans les situations de conflits de garde d'enfants. Ces demandes concernent aussi un plus grand nombre d'enfants.

¹ En 2017-2018, le personnel et les gestionnaires des équipes d'application des mesures ont été transférés de la Direction de la protection de la jeunesse à la Direction du programme jeunesse. Puisqu'ils sont autorisés par la DPJ à exercer certaines responsabilités relevant de sa gouverne, les données concernant l'application des mesures demeurent des statistiques de la DPJ.

Services aux jeunes contrevenants

	2017-2018	2016-2017
Usagers ayant fait l'objet d'une intervention LSJPA	262	276
Sanctions extrajudiciaires	118	133
Évaluations-orientations réalisées	108	138
Rapports prédécisionnels réalisés (RDP) complétés à la demande de la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse	36	51
Sanctions judiciaires	318	328
Mesures probatoires avec suivi	135	124
Placements sous garde ouverte	4	2
Placements sous garde fermée	17	19
Autres sanctions judiciaires	162	183

La tendance à la baisse déjà observée depuis un certain nombre d'années se poursuit concernant les services aux jeunes contrevenants.

Adoption

	2017-2018	2016-2017
Enfants adoptés au Québec	3	6
Enfants adoptés à l'étranger	1	3
Total	4	9

Services de retrouvailles

	2017-2018	2016-2017
Demandes reçues (nouveaux usagers durant la période)	27	14
Dossiers complétés (départs d'usagers durant la période)	22	8

Faits saillants spécifiques à la Direction de la protection de la jeunesse

- Poursuite de nos efforts pour consolider notre offre de service dans un souci constant d'accessibilité, de qualité, de continuité et d'efficience, considérant notamment l'augmentation du nombre de signalements reçus et des délais d'attente aux services d'évaluation-orientation;
- Démarrage de divers chantiers visant la révision des pratiques cliniques à l'étape de l'évaluation des signalements;
- Préparation aux importants changements législatifs annoncés avec l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions* et de la *Loi modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives en matière d'adoption et de communication des renseignements*. Ces différentes modifications législatives nécessiteront de la formation pour le personnel de la mission CPEJ ainsi que pour certains collaborateurs et partenaires, de même que des adaptations de certaines pratiques cliniques;
- Concertation et collaboration avec nos partenaires internes et externes. Afin de mener à bien la mission de protection qui nous est dévolue, le partenariat fort et la concertation demeurent gage d'une réponse adaptée aux besoins de nos jeunes et de nos familles bas-laurentiennes.



Direction du programme jeunesse (DPJe)

Mandat

Dans la perspective de mettre en place un continuum de services intégrés à la jeunesse et à la famille, le mandat de la Direction du programme jeunesse s'est quelque peu élargi durant la dernière année. Aux soins de santé et aux services sociaux de proximité (mission CLSC), incluant les services de sages-femmes, s'est ajoutée l'application des mesures en protection de la jeunesse (mission CPEJ).

La DPJe offre également des services d'hébergement en ressources de type familial (RTF) et en milieu de réadaptation pour les enfants et les adolescents en vertu de la LSSSS, de la LPJ ou de la LSJPA.

Enfin, la direction a sous sa responsabilité les services de gynécologie, de pédiatrie de même que de santé mentale (services de proximité et pédopsychiatrie).

Faits saillants

- Développement par la DPJe et la DPJ d'une salle de pilotage tactique commune, témoignant d'une volonté de continuité et de complémentarité des services aux jeunes et à leurs parents;
 - o Déploiement du système intégré de la performance permettant de s'appuyer sur des outils concrets de gestion de projet;
- Implantation des caucus opérationnels dans certaines équipes de travail. À échéance de ce déploiement, chaque équipe participera à des échanges orientés vers l'atteinte de nos cibles cliniques et de gestion et à l'identification, en collégialité, des opportunités d'amélioration;
- Actualisation de l'intégration des équipes d'application des mesures et du continuum 0-21 ans dans les MRC de La Matapédia, de La Matanie et du Témiscouata;
- Élaboration d'un guide de pratique en négligence. Le programme est en déploiement dans les huit MRC sous la responsabilité des directions du programme jeunesse et de la protection de la jeunesse;
- Participation de plus de 50 intervenants de la DPJ et de la DPJe à la formation Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques – déclinaison jeunesse;
- Déploiement d'une offre de service de sages-femmes pour le secteur du KRTB;
 - o Élaboration d'une entente avec le Centre hospitalier régional du Grand-Portage (CHRGp);
- o Élaboration d'un protocole interprofessionnel de collaboration entre sages-femmes, infirmières et infirmiers lors d'accouchement en centre hospitalier;
- Poursuite du déploiement d'AMPRO visant les meilleures pratiques en obstétrique dans les centres hospitaliers accoucheurs. Réalisation de travaux avec la Direction des soins infirmiers afin d'améliorer la formation et l'intégration des connaissances aux pratiques infirmières en obstétrique;
- Début des travaux ayant pour objectif de préciser la trajectoire de services et l'offre de service en santé mentale jeunesse conformément aux orientations du Plan d'action en santé mentale 2015-2020;
- Développement d'une offre de service d'une clinique neurodéveloppementale, de concert avec la DPDI-TSA-DP, visant à mieux répondre aux besoins des enfants aux prises avec des problèmes complexes au plan développemental;



- Révision des trajectoires de services et de certaines pratiques, en collaboration avec la DPDI-TSA-DP ainsi qu'avec la Direction des services multidisciplinaires, de façon à améliorer l'accessibilité aux services de réadaptation (orthophonie, ergothérapie et physiothérapie);
- Reconduction d'une entente avec le gouvernement fédéral dans la cadre du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP). Ceci permet de maintenir le partenariat avec des organismes de la communauté impliqués auprès des jeunes familles. Cette collaboration a pour objectif d'améliorer la santé des mères et des enfants, d'augmenter le taux de nouveau-nés ayant un poids suffisant à la naissance ainsi que de promouvoir et soutenir l'allaitement;
- Réalisation d'importants travaux avec la Direction de la santé publique afin de mettre à niveau les connaissances et d'améliorer l'atteinte des cibles ministérielles en ce qui a trait à la vaccination des tout-petits et aux Services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE);
- Révision des trajectoires de référence aux cliniques pédiatriques de protection de l'enfance (CPPE) pour les enfants victimes d'abus physique ou sexuel, en collaboration avec les pédiatres impliqués, et diffusion aux partenaires concernés;
- Élaboration et déploiement d'un programme de suivi intensif de crise familiale. Ce programme vise à offrir rapidement des interventions psychosociales et de réadaptation intensive dans le but de résorber la crise et d'éviter le retrait de l'enfant de son milieu;
- Actualisation de divers chantiers cliniques pour améliorer les services de réadaptation en hébergement, dans la foulée de plusieurs rapports et plans d'action émanant du MSSS, de la Commission des droits de la personne et de la jeunesse et de l'INESSS concernant le phénomène de la fugue, de même que l'utilisation des mesures d'isolement et de contention;
- Finalisation des plans de rénovation et d'agrandissement du CRJDA de Rivière-du-Loup;
 - o Multiples collaborations ayant permis de prévoir tout ce qui sera nécessaire au maintien des activités durant la réalisation de ce projet immobilier d'envergure, tant sous l'angle de la qualité des services que sous celui de la sécurité de la clientèle et du personnel;
- Nouvelles collaborations avec, entre autres :
 - o La Ville de Rimouski pour soutenir la prestation de soins ou l'administration de médicaments aux enfants par le personnel dans les camps de jour;
 - o La lueur de l'espoir du Bas-Saint-Laurent afin de développer des outils d'accompagnement pour les adolescents ayant un parent souffrant d'un trouble mental;
 - o L'Association du cancer de l'Est du Québec (ACEQ) et la Fondation du Centre hospitalier régional de Rimouski pour l'hébergement des parents ayant un enfant hospitalisé à l'unité néonatale;
- Maintien de nos collaborations avec les membres du comité-conseil aux services à la jeunesse et aux familles, formé de représentants de la population;
 - o Tenue de trois rencontres du comité.

Quelques statistiques

Nombre de jeunes admis dans les foyers de groupe et les unités de réadaptation

	2017-2018	2016-2017
Nombre de placements	225	245
Nombre de jeunes différents	121	118



Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA)

Mandat

La Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées a pour responsabilité l'organisation des services de soutien à domicile (SAD). Cette clientèle de tout âge est en perte d'autonomie temporaire ou permanente ou en situation de handicap. Les services à domicile comprennent également les services rendus en ressources privées pour aînés (RPA) et en ressources intermédiaires (RI).

La DPSAPA offre également des services d'hébergement en milieu institutionnel, soit en centre d'hébergement et de soins de longue durée.

De plus, elle offre des services transversaux pour d'autres directions tels que le service d'accueil clinique pour tous les programmes sociaux et de réadaptation ainsi que les services Info-Santé et Info-Social.

Faits saillants

- Création de la salle de pilotage virtuelle débutée pour la DPSAPA et salles de caucus opérationnels en planification pour tous les volets de la DPSAPA, en collaboration avec la DQEPE;
- Formation de formateurs dans tous les secteurs et toutes les installations sur le thème des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), selon le modèle du MSSS sur le projet Alzheimer, en collaboration avec la Direction des soins infirmiers;
- Collaboration au comité de concertation régionale en lien avec le Plan d'action pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2019 coordonné par Mme Linda Bérubé, coordonnatrice régionale spécialisée en matière de maltraitance envers les personnes âgées du Bas-Saint-Laurent;
- Transfert de la gestion des organismes communautaires vers la Direction des services multidisciplinaires;
- Ajout de deux agentes de planification, de programmation et de recherche (APPR) en soutien clinique et administratif pour mener à bien les travaux à la suite des forums menés par le MSSS;
- Poursuite des interventions préventives afin de réduire le nombre de personnes en niveau de soins alternatifs (NSA) en milieu hospitalier;
- Travaux et vigilance visant à nous assurer qu'il n'y ait pas d'attente lors des admissions en CHSLD.

	2017-2018	2016-2017
Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	381 035	344 316
Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	5 358	5 156
Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil Iso-SMAF de 4 à 14	352 134	309 152
Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil Iso-SMAF de 4 à 14	3 678	3 140
Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	93,1 %	79,7 %

Volet accueil clinique :

- Poursuite des travaux portant sur le chantier de guichet d'accès unique.

Volet non institutionnel (SAD, RPA et RI) :

- Participation de la DPSAPA au Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile du MSSS en mai 2017;
- Investissement SAD intensifié annoncé par le MSSS en date du 26 juillet 2017 ayant permis à la DPSAPA d'afficher des postes d'infirmières et infirmiers, d'infirmières et infirmiers auxiliaires, de techniciens en éducation spécialisée et d'intervenants sociaux pour bonifier l'offre de service en offrant les services les week-ends;
- Réalisation d'ententes de collaboration avec chacune des RPA au Bas-Saint-Laurent;
- Intensification de l'offre de service en RPA pour les volets aide à domicile, hébergement temporaire et hébergement de transition dans tous les RLS;
- Lancement du projet pilote pour le repérage intensifié dans les RPA pour les clients non connus du SAD;
- Rehaussement des services en RI pour une clientèle à prédominance physique ou cognitive;
- Réalisation de trois appels d'offres en RI pour les régions suivantes : Témiscouata, Rivière-du-Loup et Les Basques;
- Quatre nouveaux projets de construction de nouvelles RI en cours dans les régions de La Matapédia, de La Matanie, du Témiscouata et de Rivière-du-Loup, qui nous amèneront à quatre nouvelles ententes en respect des critères ministériels, d'ici quelques mois;
- Travaux effectués pour la mise en place de services externes de réadaptation en lien avec les groupes de médecine de famille (GMF);
- Mise en place d'une couverture de travail les fins de semaine pour les professionnels en travail social;
- Formations régionales dans le cadre du projet Alzheimer à toutes les infirmières et tous les infirmiers de première ligne au SAD et au GMF;

- Journée régionale sur le projet Alzheimer du MSSS, lors de la tournée provinciale de M. Philippe Voyer le 15 mars, préparée et coordonnée en collaboration avec la Direction des soins infirmiers et la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques;
- Phase 2 du projet d'implantation de la coordination des services (intervenants pivots) pour tout épisode de service dans le volet non institutionnel débuté à Rimouski et qui se poursuivra dans les autres installations en 2018.

Volet institutionnel (centres d'hébergement) :

- Poursuite des travaux des divers comités en CHSLD à la suite du Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD;
- Ouverture de postes de techniciens en éducation spécialisée (TES) pour tous les CHSLD à la suite de l'investissement n° 1 annoncé en CHSLD;
- Ouverture de postes de préposés aux bénéficiaires (PAB) pour tous les CHSLD à la suite de l'investissement n° 2 annoncé en CHSLD pour un deuxième bain;
- Deux journées régionales pour les techniciens en loisirs (TL) et les TES en CHSLD;
- Instauration de l'utilisation par les résidents de mécanismes de surveillance dans tous les CHSLD à la suite de l'adoption du règlement en vigueur à compter du 7 mars 2018 en vertu de la LSSSS;
- Création du guide d'accueil, le déploiement du guide du PAB accompagnateur au résident et le déploiement du guide des milieux de vie.



Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD)

Mandat

Le mandat de la Direction des programmes santé mentale et dépendance est d'offrir un ensemble de soins, de services et d'activités qui répondent aux besoins de la population ou d'un groupe de personnes qui présentent certaines problématiques spécifiques (services sociaux généraux, santé mentale et dépendance).

La direction a notamment le devoir d'offrir une réponse adaptée aux besoins et une attention appropriée aux situations cliniques que peut présenter la population. On parle notamment de la clientèle ayant une problématique sociale (deuil, agression sexuelle, violence conjugale, itinérance, etc.), une santé mentale perturbée et des problèmes en lien avec une consommation de substances, des habitudes de jeux de hasard et d'argent et de jeux par Internet.

Faits saillants

- Réalisation de deux tournées de l'ensemble des équipes de travail afin de partager la vision de la direction, les orientations du MSSS, mais surtout d'échanger directement avec le personnel sur les impacts des mesures budgétaires et les solutions à mettre en place pour les atténuer;
- Consolidation et bonification du comité aviseur composé d'utilisateurs des services et de proches de personnes ayant reçu des services en santé mentale et en dépendance pour que les usagers aient une occasion de participer activement à l'organisation des services et de partager leur vision à ce sujet;
- Mise en place d'un comité des meilleures pratiques qui est composé de différents types d'intervenants provenant de tous les milieux cliniques de la direction ainsi que de spécialistes en activités cliniques, de gestionnaires et de médecins. Ce comité a comme mandat principal d'identifier les pratiques cliniques à améliorer en lien avec la sécurité et la qualité des soins et services;
- Poursuite de l'implantation, avec le soutien de la DQEPE, d'une approche de gestion intégrée de la performance. Les gestionnaires ont poursuivi le développement des caucus opérationnels avec leurs équipes;
- Consolidation de la cogestion clinico-administrative avec le Département de psychiatrie. Sur la base des opérations régulières, un jumelage est effectué entre les chefs administratifs et les leaders médicaux;
- Poursuite des travaux visant à revoir l'offre de service de crise 24 heures par jour et 7 jours sur 7 avec les partenaires communautaires en intervention de crise afin d'assurer, au cours de la prochaine année, la disponibilité de ce service;
- Continuité de l'intégration des travailleurs sociaux en GMF. Au 31 mars 2018, 11,5 ETC de travailleurs sociaux ont été délocalisés en GMF. Une appréciation du fonctionnement du travail en interdisciplinarité en GMF a été effectuée dans chacun de ceux-ci;



**Nombre de personnes en attente et nombre de personnes en attente
depuis plus de 30 jours au 31 mars 2018 - TS en GMF**

Installation	Nombre de personnes en attente dans la période	Nombre de personnes en attente depuis plus de 30 jours
Kamouraska	16	20
Témiscouata	10	1
Rivière-du-Loup	13	0
Les Basques	4	1
Rimouski-Neigette	34	8
La Mitis	8	0
La Matapédia	17	4
La Matanie	12	5

- Mise en place d'un projet pilote pour implanter une équipe *Flexible Assertive Community Treatment* (FACT) dans la MRC du Témiscouata. Ce type d'intervention est offert par une équipe interdisciplinaire intégrée qui intervient auprès de la clientèle en santé mentale. Nous soulignons l'implication d'un psychiatre associé à chacune des équipes. Étant donné les retombées positives, nous poursuivons le déploiement dans d'autres MRC du Bas-Saint-Laurent;
- Mise en place d'une nouvelle structure de concertation régionale priorisant quatre volets, soit la santé mentale/prévention du suicide, la dépendance, la violence conjugale et les agressions sexuelles ainsi que l'insertion socioprofessionnelle. Avec l'aide de chargés de projet et l'implication des partenaires, un plan d'action a été élaboré pour chacune des tables;
- Un nouveau mandat a été octroyé à notre direction, soit l'implantation de la clinique des réfugiés. Celle-ci a pour mandat d'offrir des consultations professionnelles afin de procéder à l'évaluation du bien-être et de la santé physique de la clientèle, tout en assurant la référence et l'orientation des réfugiés vers les services appropriés au CISSS du Bas-Saint-Laurent (mécanisme d'accès à un médecin de famille, à la vaccination, aux services psychosociaux, aux médecins spécialistes, etc.). Nous avons procédé à l'évaluation de 76 personnes réfugiées depuis janvier 2017;

	Nombre de réfugiés arrivés au Bas-Saint-Laurent entre le 1 ^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018	Pourcentage des réfugiés ayant reçu l'évaluation dans un délai de 30 jours suivant leur arrivée
Accueil des réfugiés	65	98,46 %

- Poursuite des travaux en lien avec le plan directeur clinique immobilier des services de santé mentale spécialisés de Rimouski;
- Chantier régional sur la sécurité des soins et des services sur les unités de psychiatrie;
- Révision du mécanisme d'accès en dépendance – volet spécialisé, ce qui a engendré une importante diminution des délais. Depuis l'année dernière, nous sommes passés de 62 % à 82 % des usagers qui sont vus pour une première évaluation dans un délai de quinze jours;

	Nombre d'évaluations effectuées au Bas-Saint-Laurent en 2017-2018	Nombre d'évaluations réalisées dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	% d'évaluations réalisées
Dépendance	648	536	82,71 %



- Début des travaux actifs du guichet d'accès en santé mentale et dépendance (GASMD). Le service du GASMD constitue la principale voie d'accès du CISSS du Bas-Saint-Laurent quant aux programmes et services relevant de la DPSMD. Il fait partie intégrante de l'offre de service et il s'inscrit en terme hiérarchique au niveau des services de première ligne;
- Mise en place d'un mécanisme d'orientation systématique à l'intention des membres de l'entourage

vers les associations de familles et amis de la personne atteinte d'une maladie mentale, lorsqu'un besoin en ce sens est déterminé. Nous avons donc fait un protocole d'entente avec La lueur de l'espoir du Bas-Saint-Laurent;

- Nouveau plateau de travail pour la clientèle en santé mentale suite à une entente signée avec Canboard, une entreprise de La Mitis.

Un enjeu important a été identifié en ce qui a trait à l'harmonisation des statistiques en services sociaux généraux et santé mentale ambulatoire pour les adultes. Présentement, beaucoup de personnes sont en attente dans ces secteurs. Toutefois, les données statistiques n'étant pas inscrites uniformément partout au Bas-Saint-Laurent, cela occasionne des difficultés notables sur le calcul du nombre réel de personnes en attente. Un chantier est donc mis en place afin d'harmoniser la saisie des statistiques dans chacune des MRC pour s'assurer d'obtenir un portrait réel du nombre de personnes en attente pour ces deux services.

Direction des soins infirmiers (DSI)

Mandat

La Direction des soins infirmiers a la responsabilité d'organiser et d'offrir les soins et les services requis par la clientèle dans certaines unités d'hospitalisation de courte durée et de soins courants. Elle est responsable du programme de soins de fin de vie et de l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée. De plus, elle exerce des fonctions transversales auprès des autres directions cliniques, en conformité avec les responsabilités légales qui lui sont dévolues par la LSSSS. Le secteur de la prévention et du contrôle des infections relève également de cette direction.

La direction concentre ses activités sur :

- la qualité des soins;
- les compétences cliniques;
- l'organisation des soins et des effectifs en soins infirmiers;
- les règles de soins;
- le soutien au conseil des infirmières et infirmiers et au comité des infirmières et infirmiers auxiliaires;
- l'enseignement et la recherche.



Faits saillants

- Gouverne de la Direction des soins infirmiers :
 - o la Direction des soins infirmiers a travaillé de façon continue à pourvoir les postes de gestionnaires. Certains postes de conseillères cadres sont toujours vacants à ce jour, mais les démarches se poursuivent;
 - o il y a eu l'ajout d'un poste cadre d'adjointe à la direction des soins infirmiers;
 - o chaque installation a maintenant au moins une conseillère en soins infirmiers;
- Soins de fin de vie :
 - o les détails se retrouvent au chapitre 7 du présent rapport annuel, soit le chapitre portant sur l'application de la Politique relative aux soins de fin de vie;
- Prestation de soins et de services de qualité, sécuritaires et à la fine pointe des connaissances et des données probantes :
 - o la poursuite des réorganisations des unités de soins sur le territoire du Bas-Saint-Laurent selon les standards de qualité et de pratique;
 - o la continuation du déploiement de nouvelles pratiques faisant suite à la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, particulièrement en lien avec le partage des activités de soins dans l'équipe soignante :
 - la poursuite du déploiement de la prescription infirmière dans certains secteurs d'activité. À ce jour, 90 infirmières et infirmiers ont le droit de prescrire;
 - o la continuation du déploiement du Plan d'action de la qualité des soins infirmiers dans deux installations de l'établissement;
 - o la poursuite du déploiement du plan national d'amélioration de la qualité pour le triage aux urgences;
 - o l'évaluation de la qualité des soins et des services dans une nouvelle installation de l'établissement;
 - o l'amorce des travaux pour assurer l'accès à des soins obstétricaux sécuritaires et de qualité dans les unités multicientèles;
 - o l'harmonisation du Programme de prévention des chutes et interventions à la suite d'une chute et du Programme de prévention des lésions de pression et soins de la peau et des plaies ainsi que la poursuite du travail sur le protocole sur les mesures de contrôle;
 - o l'harmonisation de la procédure sur l'identification de l'utilisateur;
- Développement et maintien des compétences du personnel en soins infirmiers de façon transversale :
 - o le déploiement des politiques sur la gestion des opiacés et des médicaments d'alerte élevée;
 - o l'élaboration du Plan d'action sur la gestion de la médication : de l'ordonnance à l'administration - Octobre 2017 à mars 2020;
 - o la mise en place de stratégies d'actions pour diminuer les erreurs de médicaments dans trois installations sur le territoire bas-laurentien;
 - o le déploiement de la règle de soins sur les activités cliniques d'exception confiées aux aides-soignants (non professionnels);
 - o la consolidation de l'approche adaptée à la personne âgée;
 - o le déploiement de l'unité d'AVC à l'installation de Rimouski-Neigette;
- Mise en place de certaines conditions pour permettre le recrutement et l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées et infirmiers praticiens spécialisés de première ligne (IPSPL) :
 - o l'élaboration d'un plan de déploiement d'IPS en collaboration avec la Direction des services professionnels;
 - o l'embauche de trois nouvelles IPSPL pour les secteurs des Basques, de Rivière-du-Loup et de Rimouski-Neigette;



- Prévention et contrôle des infections (PCI) :
 - o la mise en place d'une structure de gouvernance fonctionnelle en prévention et contrôle des infections au sein de l'établissement :
 - le comité directeur de PCI s'est réuni cinq fois durant l'année;
 - la table régionale en PCI s'est réunie cinq fois durant l'année;
 - l'unité opérationnelle locale de PCI est fonctionnelle dans les huit territoires du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - o l'actualisation du Plan d'action régional 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales;
 - o la poursuite des travaux pour l'élaboration du Programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales;
 - o la détermination des indicateurs de gestion sur la PCI nosocomiales;
 - o l'élaboration et le déploiement du Plan d'action stratégique sur les pratiques exemplaires d'hygiène des mains au CISSS du Bas-Saint-Laurent 2017-2020.

Le tableau suivant présente quelques données statistiques sur les taux d'incidence pathogènes à surveillance obligatoire.

**Taux d'incidence des pathogènes à surveillance obligatoire
dans les hôpitaux du CISSS du Bas-Saint-Laurent 2017-2018**

Hôpital	Diarrhées associées au <i>C. difficile</i> (DACD)	ERV colonisation	ERV infection	BGNPC colonisation	BGNPC infection	Bactériémie à <i>S. aureus</i>	Bactériémie à SARM	Bactériémie panhospitalière	Bactériémies sur cathéters centraux soins intensifs	Bactériémies en hémodialyse
Hôpital régional de Rimouski	6,9	2,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	3,3	0,0	0,1
Centre hospitalier régional de Rivière-du-Loup	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,6	0,0	--
Hôpital Notre-Dame-de-Fatima	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	2,6	--	--
Hôpital de Matane	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	--	--
Hôpital d'Amqui	7,2	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	--	--
Hôpital Notre-Dame-du-Lac	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	--	--
Bas-Saint-Laurent	4,7	1,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	3,1	0,0	0,1
Québec	4,4	5,3	0,1	0,4	0,3	0,9	0,1	6,3	1,0	0,2

Source : Fichier provincial SI-SPIN et Infocentre, 15 mai 2016

Taux d'incidence pour DACD, ERV, BGNPC, Bactériémies à *S. aureus*, à SARM et panhospitalières : nouveaux cas/10 000 jours-présence

Taux bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs : nouveaux cas/1 000 jours-cathéters

Taux bactériémies en hémodialyse : nouveaux cas/100 patients-période

Note : Cible DACD Hôpital régional de Rimouski et CHRGP 2017-2018 : 7,6

Cible DACD hôpital Notre-Dame-de-Fatima, de Matane, d'Amqui et Notre-dame-du-Lac 2017-2018 : 5,0

Cible bactériémie à SARM Hôpital régional de Rimouski et CHRGP 2017-2018 : 5,1

Cible bactériémie à SARM hôpital Notre-Dame-de-Fatima, de Matane, d'Amqui et Notre-dame-du-Lac 2017-2018 : 0,36

Cible bactériémie associée aux cathéters centraux aux soins intensifs Hôpital régional de Rimouski : 2,02

Cible bactériémie associée aux accès vasculaires en hémodialyse : 0,64

La Direction des soins infirmiers travaille quotidiennement à assurer une prestation de soins et de services de qualité et sécuritaires à la population bas-laurentienne.



Direction des services professionnels (DSP)

Mandat

La Direction des services professionnels est responsable, outre des chefs de département, des cadres hiérarchiques des services suivants : blocs opératoires, endoscopie, urgences, soins critiques, centre de cancérologie et gestion des lits. Elle assume la responsabilité de services transversaux. Elle veille sur l'évolution des pratiques cliniques transversales, soit la qualité et l'évolution de la pratique, le processus d'agrément, l'interdisciplinarité et l'expérience patient en collaboration avec la DQEPE.

La DSP dirige également la création de corridors de services ainsi que la mise en œuvre de différents programmes et stratégies essentiels à l'organisation. Elle s'assure de l'efficacité de ces processus et de leur amélioration constante par une implication active en ce qui a trait à la révision des processus de travail, à la détermination des profils de compétences adaptés aux clientèles desservies ainsi qu'à l'application et au respect des normes professionnelles. Elle veille au bon fonctionnement du CMDP et des comités gérés par ce conseil.

Faits saillants

- Création d'un 12^e GMF;
 - Délocalisation des ressources en GMF terminée. Application du nouveau cadre de référence;
 - Poursuite des travaux pour améliorer les taux d'assiduité (amélioration de 3 % par rapport à l'an passé);
 - GAMF : amélioration du taux d'inscription de clientèle à environ 90 % et diminution du nombre de patients en attente d'un médecin;
 - Mise en place d'une équipe de gestion du changement pour aider les GMF et leurs médecins à développer davantage l'accès adapté;
 - Mise en place d'équipes de cogestion en SAPA dans chaque RLS afin d'actualiser les orientations ministérielles en CHSLD, en SAD et en soins de fin de vie;
 - Ajout d'un questionnaire pour les deux GMF-U ainsi qu'une agente d'amélioration continue de la qualité. Mise à niveau réalisée sur le cadre de référence des GMF-U;
 - Poursuite des travaux de concertation et de développement dans chaque territoire de RLS par l'entremise d'une table territoriale locale;
 - Réorientation des clients de priorité P-4 et P-5 des urgences étendue vers d'autres GMF;
 - Mise en place d'un comité de triage pour atteindre les cibles du MSSS;
- 
- Amélioration de la durée moyenne de séjour à l'urgence (7,1 h vs 13,6 h pour l'ensemble du Québec);
 - Diminution de 40 % du nombre de 24 heures à l'urgence;
 - Diminution de 11 % du délai moyen de consultation avec un médecin spécialiste à l'urgence;
 - Suivi du plan d'action ministériel dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs majeurs;
 - Poursuite du Plan d'action 2016-2018 en AVC. Unité AVC mise en place;
 - Organisation de la 10^e édition de la Journée de formation annuelle en maladies chroniques;



- Plan d'action en maladies chroniques mis en place suite aux ateliers COMPAS dans quatre RLS;
- Déploiement du Plan d'action d'amélioration de la prise en charge de la clientèle MPOC;
- Poursuite des travaux, avec la Direction des services techniques, de l'aménagement des unités d'endoscopie;
- Suivi du Plan d'action de développement du continuum de services en maladie rénale. Support suprarégional pour l'ouverture et le maintien de quatre centres satellites en Gaspésie;
- Plan d'action mis en place pour améliorer les délais en chirurgie. Aucun cas en attente de plus d'un an et diminution de 43 % du nombre de chirurgies en attente depuis plus de six mois;
- Réalisation de 96 % des chirurgies à l'intérieur de six mois et 93 % des chirurgies oncologiques à l'intérieur de 56 jours;
- Travaux d'optimisation de fonctionnement des blocs opératoires;
- Diminution du coût par chirurgie, nous plaçant au premier rang de productivité chirurgicale par rapport aux autres CISSS et CIUSSS de la province;
- Mise en œuvre des exigences de la loi 130;
- Régionalisation de la gestion des plans d'effectifs médicaux (PEM) et du dépannage en cours;
- Début des travaux du comité des ordonnances collectives et protocoles avec le CMDP;
- Déploiement du nouveau formulaire des niveaux de soins de l'INESSS;
- Mise en place du comité régional de sécurité civile – volet santé physique;
- Nomination de coordonnateurs médicaux en gestion des lits, pôle est;
- Travaux continus afin d'assurer une couverture médicale dans toute la région;
- Élaboration de la Politique régionale de gestion des niveaux de soins alternatifs (NSA) et recherche d'un chargé de projet pour l'implantation;
- Mise en place de la procédure Orientation de la clientèle obstétricale du CISSS du Bas-Saint-Laurent lors de rupture de service en anesthésiologie, en chirurgie ou en ressources nécessaires pour procéder à un accouchement sur place;
- Organisation de la 11^e édition de la Journée scientifique en oncologie;
- Travaux sur la trajectoire de cancer pulmonaire Bas-Saint-Laurent–Gaspésie;
- Actualisation du Plan d'action en cancérologie;
- Actualisation du Plan d'action en radio-oncologie;
- Amélioration de l'offre de service en radio-oncologie;
- Dépôt du projet de curiethérapie;
- Projet de télémédecine en oncologie;
- Travaux de la mise en place d'un plan d'action et d'un programme de cancérologie unifié avec le CISSS de la Gaspésie;
- Intégration du Réseau Rose;
- Amorçage des travaux pour le dépistage de la détresse psychologique en oncologie;
- Prise en charge de la pharmacothérapie de chaque usager en CHSLD;
- Centre d'hébergement de Rimouski : participation au projet provincial OPUS-AP visant la réduction de l'usage des antipsychotiques chez les personnes âgées.

Enseignement :

- Accueil de 11 externes juniors et poursuite de la formation de 12 externes seniors au programme d'externat longitudinal intégré (ELI);
- Accueil de 7 nouveaux résidents juniors, pour un total de 16 résidents juniors et seniors, et une stagiaire IPSPL au GMF-U de Rimouski;
- Accueil de 4 nouveaux résidents juniors, pour un total de 11 résidents juniors et seniors, et accueil d'une IPSPL au GMF-U des Basques;
- Accueil de 27 étudiants en médecine dans le cadre des stages d'été SARROS dans les diverses installations de l'établissement;
- Visite annuelle du Dr Rénaud Bergeron, doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval, et de son équipe, le 12 mai 2017, à Rimouski. Cette journée a notamment été l'occasion de partager le

bilan et les réalisations en enseignement dans le CISSS du Bas-Saint-Laurent, de déterminer les priorités en enseignement pour l'année 2017-2018 et d'échanger sur la gouvernance médicale et les défis à relever en lien avec les GMFU, l'ELI de Rimouski et le secteur de la réadaptation;

- Journée professorale tenue le 2 juin à Rimouski, dont les thèmes étaient « Le professionnalisme » et « Intervenir auprès de l'externe/résident en difficulté », animée par la Dre Johanne Théorêt et la Dre Norma Bélanger de l'Université Laval;
- Remise de prix en enseignement, le 14 juin 2017, par la coordination de l'enseignement des installations de Rimouski-Neigette. Les lauréats, désignés par les externes et les résidents, sont la Dre Natalia Vo, enseignante de l'année en médecine familiale, la Dre Marie-Ève Blanchet, enseignante de l'année en spécialité, et le
- Département de médecine d'urgence, à titre d'équipe de l'année en enseignement;
- Visite du Dr Robert Blackburn, directeur de l'externat à la Faculté de médecine de l'Université Laval, et de son équipe, le 9 novembre 2017, pour faire le point sur l'externat longitudinal intégré à l'Hôpital régional de Rimouski avec les responsables de stage. Cette visite a également été l'occasion de rencontrer les nouveaux externes, de valider leur intégration et de répondre à leurs questions;
- Implication du CISSS du Bas-Saint-Laurent comme partenaire de l'UQAR dans les Conférences populaires en santé de l'Est du Québec (CPSEQ) : membre du comité organisateur et du comité scientifique et participation à trois des quatre conférences dont le thème général en 2017 était « Est-ce l'Alzheimer? Comprendre et gérer les troubles cognitifs chez les personnes âgées ».

Enseignement médical : Nombre de mois-stage¹ en externat et résidence par installation, année 2017-2018

Installation	Nombre de mois-stage			
	Externat	Résidence		Total
		Médecine familiale ²	Médecine spécialisée	
Les Basques	17,00	44,25	--	61,25
Kamouraska	22,50	2,50	6,00	31,00
La Matanie	16,00	12,00	--	28,00
La Matapédia	9,00	14,00	1,00	24,00
La Mitis	8,00	4,50	--	12,50
Rimouski-Neigette	145,75	99,00	112,25	357,00
Rivière-du-Loup	15,50	35,00	46,25	96,75
Témiscouata	16,00	11,00	1,50	28,50
Total	249,75	222,25	167,00	639,00

¹ Un mois-stage équivaut à 4 semaines. Une année scolaire comporte 13 mois/stage.

² Les stages en spécialité qu'effectuent les résidents en médecine familiale inscrits au GMF-U de Rimouski et au GMF-U de Trois-Pistoles ont été comptabilisés en médecine spécialisée. Les résidents du GMF-U de Trois-Pistoles ont effectué 49,25 mois-stage en spécialité, dont 35,25 à Rivière-du-Loup.

La Direction des services professionnels fait face à différents enjeux, dont celui de la disponibilité de ressources nécessitant l'utilisation de main-d'œuvre indépendante pour combler les besoins de quelques installations et d'autres enjeux qui ont nécessité certaines mesures d'optimisation pour des motifs qui sont hors de notre contrôle.



Direction des services multidisciplinaires (DSM)

Mandat

La Direction des services multidisciplinaires est responsable des secteurs de la radiologie, de la médecine nucléaire, de l'inhalothérapie, de la nutrition clinique, de la réadaptation hospitalière et externe, des archives et du retraitement ainsi que du centre de documentation et du Programme de soutien des organismes communautaires.

De plus, elle a des responsabilités dans certains services transversaux, dont les services spirituels et le bénévolat, et veille à l'évolution des pratiques cliniques transversales pour les secteurs relevant de ses responsabilités.

Faits saillants

Retraitement des dispositifs médicaux (RDM) :

- Poursuite du plan d'amélioration de chacune des installations afin d'optimiser les pratiques et atteindre les conformités requises selon les normes en vigueur;
- Participation aux comités locaux de prévention et contrôle des infections selon les besoins formulés;
- Participation aux rencontres du comité directeur en prévention et contrôle des infections;
- Mise en place du comité d'assurance qualité en retraitement des dispositifs médicaux;
- Uniformisation des fournitures médicales;
- Transfert des activités de retraitement de l'installation des Basques vers celle de Rivière-du-Loup.

Encadrement aux pratiques professionnelles :

- Participation au projet de recherche « Action de l'UQAM sur le codéveloppement »;
- Élaboration d'un processus d'intervention relatif aux problématiques de compétences;
- Diffusion de l'offre de service de l'encadrement aux pratiques professionnelles;
- Poursuite des travaux pour l'élaboration d'une trajectoire générique et harmonisée d'évaluation de la dysphagie pour la clientèle adulte et âgée;
- Élaboration de la grille d'audit concernant la qualité des plans d'intervention individualisés;
- Élaboration de la trajectoire générique harmonisée de services aux agresseurs et agressés sexuels;
- Mise en place de la nouvelle structure d'encadrement clinique.

Imagerie médicale :

- Début des travaux pour la mise en place d'une pratique autonome en échographie pour les installations de Rivière-du-Loup et de La Matanie;
- Rehaussement des serveurs PACS et mise à jour de l'application Impax dans l'ensemble des installations;
- Poursuite des travaux en dictée numérique avec mise en place des premiers utilisateurs avec reconnaissance de la parole (Rivière-du-Loup);
- Intégration des activités en échographie cardiaque de Kamouraska par l'équipe de médecine interne de Rivière-du-Loup;
- Renouvellement des agréments en mammographie pour les installations de Rivière-du-Loup et Rimouski-Neigette;
- Remplacement de la résonance magnétique à l'installation de Rimouski-Neigette.



Service des bénévoles et des intervenants en soins spirituels :

- Travaux d'élaboration du cadre de référence régional des services de bénévoles;
- Activités de reconnaissance pour les bénévoles;
- Élaboration et diffusion du formulaire de référence régional en soins spirituels;
- Élaboration et diffusion d'un dépliant régional des services en soins spirituels;
- Intégration de l'approche spirituelle dans toutes les installations;
- Implication des intervenants en soins spirituels au sein des équipes interdisciplinaires et des comités milieu de vie;
- Tenue d'une journée régionale pour les intervenants en soins spirituels.

Archives :

- Début des travaux d'élaboration du calendrier de conservation clinique en arrimage avec le projet DCI;
- Intégration du service de transcription en psychiatrie à Rivière-du-Loup;
- Actualisation du plan d'action portant sur les délais de transcription;
- Consolidation des postes de l'équipe en transcription à Rimouski;
- Consolidation du service des archives au CRDI;
- Mise en place d'une campagne de sensibilisation à la confidentialité;
- Début du chantier portant sur la normalisation des formulaires.

Inhalothérapie :

- Visite de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) dans les installations de Rivière-du-Loup et de Rimouski-Neigette;
- Diminution de la liste d'attente en physiologie respiratoire et au laboratoire du sommeil dans les installations de Rivière-du-Loup et de Rimouski-Neigette;

- Refonte des services en MPOC-inhalothérapie et dépistage populationnel structuré à Rivière-du-Loup.

Nutrition clinique :

- Participation à la révision des menus et de l'offre alimentaire en CHSLD;
- Participation aux travaux portant sur la dysphagie pour la clientèle adulte et aînée.

Réadaptation externe :

- Mise en place de la clinique de la main complexe à Rimouski;
- Responsabilité de la révision des offres de service régionales en ergothérapie;
- Révision en cours de l'offre de service régionale en physiothérapie externe;
- Travaux portant sur l'accessibilité aux services de réadaptation physique en heures défavorables;
- Collaboration au projet de l'unité AVC à l'Hôpital régional de Rimouski;
- Maintien de l'accessibilité augmentée en audiologie à Rimouski.

Organismes communautaires :

- Support-conseil en gestion auprès de deux organismes communautaires;
- Adoption du Cadre de référence pour l'application du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), incluant les seuils planchers régionaux attribués aux typologies;
- Répartition régionale du rehaussement de l'enveloppe du PSOC permettant à 38 organismes communautaires de recevoir le financement additionnel en mission globale.

Centre de documentation :

- Poursuite de la centralisation des services documentaires, incluant la mise en application de l'uniformisation des modalités d'achats de documents et des budgets documentaires;
- Début des démarches pour le développement d'un centre de formation pour les étudiants en médecine.



La recherche au CISSS du Bas-Saint-Laurent

La recherche est sous l'autorité du président-directeur général adjoint.

- Démarrage des travaux pour améliorer l'organisation et l'encadrement de la recherche au sein de l'établissement;
- Autorisation par le CISSS du Bas-Saint-Laurent de 36 nouveaux projets de recherche entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018. Au total, c'est quelque 89 projets de recherche en cours dans diverses disciplines;
- Évaluation de 8 nouveaux projets de recherche au cours de l'année 2017-2018 par le comité d'éthique de la recherche (CER) de l'établissement. Au total, le CER est responsable du suivi éthique continu de 23 projets, dont 5 sont multicentriques et se déroulent dans plusieurs établissements au Québec;
- Intensification de la recherche clinique thérapeutique dans plusieurs domaines médicaux, notamment en oncologie, en rhumatologie, en cardiologie, en néphrologie et en microbiologie-infectiologie.

Direction Optilab – Laboratoires de biologie médicale

Mandat

La Direction Optilab est responsable de la réorganisation des services diagnostiques pour les seize installations de laboratoire de la région du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie sous la forme d'un regroupement de laboratoires organisés hiérarchiquement sous une même gouverne administrative des deux régions. Ce regroupement se nomme grappe multiétablissement Bas-Saint-Laurent–Gaspésie. Le vaste territoire à desservir représente un défi de taille afin de maintenir et d'améliorer l'efficacité et la qualité des services diagnostiques.

Faits saillants

- Élaboration de la gouverne et de la structure de gestion de la grappe Bas-Saint-Laurent–Gaspésie;
- Création du département clinique de laboratoires et nomination des chefs de service;
- Recrutement d'un gestionnaire dédié au pôle Gaspésie pour les installations situées entre la Baie-des-Chaleurs et Gaspé (trois hôpitaux et trois CLSC avec laboratoires);
- Tournée de tous les laboratoires de la Gaspésie effectuée par les deux directeurs pour présenter le projet Optilab aux technologistes;
- Définition du modèle d'efficacité optimal pour notre grappe de service pour la portion du Bas-Saint-Laurent sous forme d'un pôle de service situé à Rivière-du-Loup;
- Début des travaux de révision des processus du laboratoire serveur de Rimouski afin de préparer les laboratoires de chaque discipline à accueillir les activités analytiques préalablement définies des autres laboratoires de la grappe;
- Mise sur pied de quatre comités de travail pour chacune des disciplines de laboratoires. Le mandat des comités est de proposer aux directeurs Optilab des mesures d'optimisation et d'efficacité des services diagnostiques dans leur discipline respective;



- Mise en place de sous-comités de travail dans chacune des installations de la grappe du Bas-Saint-Laurent–Gaspésie afin de proposer des mesures d'amélioration des processus et ainsi actualiser les solutions retenues;
- Organisation d'un processus Lean dans le projet réorganisation physique des laboratoires de pathologie du serveur de Rimouski;
- Démarrage d'un appareil de spectrométrie de masse (MALDI-TOF) pour l'identification des bactéries en microbiologie. Cet équipement nous permet maintenant de faire l'identification rapidement (en cinq minutes et pour un coût d'environ 0,25 \$ au lieu de 5 \$) des bactéries isolées dans les cultures des prélèvements cliniques;
- Démarrage en novembre 2017 du système d'information de laboratoire (SIL) régional;
- Préparation de l'appel d'offres pour l'achat d'appareils PCR pour la détection (en moins d'une heure et avec une très grande précision) des virus de l'influenza, du RSV et de la bactérie *Clostridium difficile* dans tous les laboratoires associés pour l'automne 2018; ces appareils permettront d'éliminer des milliers d'isolements préventifs dans les hôpitaux en attendant le résultat qui auparavant prenait de 24 à 48 heures.

Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique (DQEPE)

Mandat

La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique a pour responsabilité de soutenir les directions et les gestionnaires dans la création de corridors de services pour la clientèle et de mettre en œuvre différents programmes et stratégies essentiels à l'organisation en matière d'évaluation, de qualité, de gestion de risques, de performance et d'éthique clinique. Elle veille également à la préparation, au bon déroulement et au suivi des différents audits de qualité de l'organisation, dont la démarche d'agrément, les visites ministérielles en CHSLD et RI-RTF ainsi que la certification des RPA et des ressources d'hébergement en dépendance. Par ailleurs, elle s'assure du bon fonctionnement du comité d'éthique clinique et organisationnelle.

Faits saillants

Service d'amélioration continue de la qualité :

- Adoption d'une procédure de suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité et mise en place d'un tableau de bord;
- Coordination de visites ministérielles d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD :
 - o La Mitis : Centre d'hébergement de La Mitis;
 - o Rimouski-Neigette : Centre d'hébergement de Rimouski;
- Coordination des suivis de dix visites de vérification du MSSS dans le cadre de la démarche d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD et des redditions de comptes de neuf centres d'hébergement;
- Coordination du projet d'implantation du cadre de référence Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial et actualisation du plan d'action;
- Organisation des formations sur le cadre de référence sur les RI-RTF et sur le règlement sur la classification des services;
- Visite du Conseil québécois d'agrément dans vingt RPA en processus de renouvellement de leur certification;
- Inspection réalisée dans trois RPA;
- Parution, en collaboration avec la DPSAPA, de trois numéros du bulletin d'information *Le Repère* s'adressant aux exploitants de RPA et réalisation de deux tournées d'information;
- Élaboration d'un processus de contrôle des éléments de non-conformité aux critères et aux normes du *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*;
- Coordination du comité d'implantation de l'approche de gestion des risques en sécurité incendie



dans les résidences privées pour aînés et des activités de formation;

- Coordination du comité de travail sur les régimes de protection afin de procéder à :
 - o l'implantation de la nouvelle orientation, soit la migration vers une structure avec des répondants cliniques par programme;
 - o la mise à jour des rôles et responsabilités des répondants cliniques et des différents acteurs ou instances impliqués dans le dossier du Curateur public du Québec;
 - o la révision de l'ensemble des processus;
 - o l'organisation de formations s'adressant aux intervenants sociaux;
- Élaboration et adoption de la Procédure de suivi des recommandations externes;
- Élaboration et adoption de la Procédure de suivi des rapports d'investigation du bureau du coroner;
- Recensement des meilleures pratiques en regard :
 - o des sondages sur l'expérience patient;
 - o de l'approche de partenariat avec l'utilisateur et ses proches;
- Participation au projet de recherche « Construire un système de santé sécuritaire : les stratégies utilisées dans l'institutionnalisation de la participation des patients dans la gestion des risques ».

Service de la performance organisationnelle :

- Avancement de la mise en place du système intégré de gestion de la performance (SIGP) :
 - o la bonification de la salle de pilotage stratégique :
 - le déploiement de la gestion de projets stratégiques, dont l'utilisation d'un planigramme;
 - o le déploiement des salles de pilotage tactique et caucus opérationnels :
 - les 2 cellules modèles : DQEPE et DPSMD. Déploiement terminé et animation débutée pour leur salle de pilotage tactique respective. Déploiement terminé et animation débutée pour 18 caucus opérationnels;
 - les 5 directions pilotes : DRHCAJ, DSPu, DPJe, DPJ et DPSAPA. Déploiement terminé et animation débutée pour leur salle de pilotage tactique respective. Déploiement terminé et animation débutée pour 12 caucus opérationnels;
 - les autres directions : DSP, Direction Optilab et DPDI-TSA-DP. Déploiement en cours depuis janvier 2018;

- o la bonification du coffre à outils (matrice de cohérence, fiches A3, cartographie, etc.) pour la résolution de problème et la gestion de projet;
- o la complétion de la redéfinition du nouveau service de gestion des données (CLSC, autres missions, GESTRED et TBIG);
- o le projet en cours de rehaussement de la qualité des données dans un contexte de financement axé sur le patient (FAP) et de coût par parcours de soins et services (CPSS);
- o la conception de tableaux de bord intelligents en RH (temps supplémentaire) et en SAD LD (heures et usagers) permettant l'utilisation de plusieurs options, dont celle de forer les données afin d'améliorer la prise de décision.

Gestion des risques et de l'éthique clinique :

- Démarche effectuée afin de s'assurer d'une saisie complète des formulaires AH-223 dans les registres locaux ainsi qu'en temps opportun;
- Décentralisation de la déclaration des incidents/accidents dans les secteurs suivants :
 - o La Matapédia (imagerie médicale, GMF, maladies chroniques, hémato-oncologie, bloc opératoire et urgence);
 - o La Matanie (imagerie médicale, laboratoire, GMF, maladies chroniques et hémato-oncologie);
 - o La Mitis (imagerie médicale, laboratoire, GMF et maladies chroniques);
 - o Rimouski-Neigette (GMF, maladies chroniques, obstétrique, unité néonatale, bloc opératoire et chirurgie d'un jour);
 - o Les Basques (urgence, GMF et maladies chroniques);



- o Rivière-du-Loup (GMF, maladies chroniques, hémato-oncologie, médecine de jour et Centre d'hébergement de Saint-Cyprien);
- o Kamouraska (GMF, maladies chroniques, hémato-oncologie et médecine de jour);
- o Témiscouata (GMF, maladies chroniques, hémato-oncologie et médecine de jour);
- Élaboration et diffusion du code d'éthique de l'établissement;
- Participation au comité local de soins palliatifs dans le cadre de la mise en place des groupes d'intervention et de soutien (GIS);
- Tenue de six rencontres du comité d'éthique clinique et organisationnelle (CECO) au cours de l'année :
 - o trois avis éthiques ont été émis par le comité :
 - les formations payées par les pharmaceutiques et les fournisseurs et leurs interventions promotionnelles en milieu de soins;
 - la présence de signes religieux dans les unités de soins de fin de vie;
 - un avis consultatif : situation d'anorexie sévère;
 - o sept demandes en éthique ont été traitées en consultation sur des problèmes éthiques vécus.

Direction des services techniques (DST)

Mandat

La Direction des services techniques est responsable de mettre en œuvre de multiples actions pour fournir des services fonctionnels ainsi que des milieux de soins et des milieux de vie salubres, confortables et sécuritaires pour les usagers, les employés et les visiteurs.

La DST assure la gestion des ressources matérielles de l'établissement, notamment ses terrains, bâtiments et équipements. Elle veille aussi au fonctionnement des services alimentaires et des services de buanderie ainsi qu'à l'hygiène salubrité de l'établissement (mobiliers, fournitures, équipements et services).

De plus, elle assure, en collaboration avec les gestionnaires, la mise en œuvre de différents programmes et stratégies essentiels à l'organisation et s'assure de l'efficacité de ces processus et de leur amélioration constante.

Faits saillants

- Poursuite des travaux d'optimisation du parc immobilier du Bas-Saint-Laurent, notamment par le rapatriement des activités de sept baux (trois dans le Kamouraska et quatre dans La Mitis) dans des installations propriétaires de Rivière-Ouelle (le Centre d'hébergement Thérèse-Martin, inutilisé depuis 2012), Saint-Pascal (CLSC) et Mont-Joli (Centre de santé et de services sociaux de La Mitis);
- Mise en place d'un outil de gestion du risque immobilier visant à consolider la mission de maintien des actifs de la direction;
- Réfection des façades d'un pavillon de l'Hôpital régional de Rimouski (coût de projet estimé de 3,3 millions de dollars), incluant l'amélioration de la performance énergétique et le remplacement du parement extérieur;
- Amorçage d'un plan directeur en services alimentaires et d'un plan directeur en buanderie, lesquels visent à actualiser l'offre de service à l'échelle du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Poursuite du dossier d'opportunité du projet de complexe chirurgical et de mise aux normes des services en psychiatrie de l'Hôpital régional de Rimouski en collaboration avec la SQI et, plus particulièrement, réalisation du programme fonctionnel;
- Début des travaux de mise aux normes visant l'entrée d'eau et la sécurité incendie à l'Hôpital d'Amqui (coût de projet estimé de 2 millions de dollars);





- Mise en place d'une offre alimentaire révisée dans les centres d'hébergement du Bas-Saint-Laurent, conformément aux orientations formulées par le MSSS;
- Poursuite du déploiement du Cadre de gestion des immobilisations et, plus particulièrement, du processus permettant la priorisation des projets de rénovation fonctionnelle;
- Poursuite des travaux de construction d'un nouveau centre d'hébergement de 72 lits à Rivière-du-Loup (coût estimé du projet de 25 millions de dollars);
- Poursuite des travaux d'un projet d'économie d'énergie de 3,4 millions de dollars dans les installations du Témiscouata, avec des économies annuelles estimées à 225 000 \$;
- Réalisation de travaux de transformation de locaux d'anciens réservoirs de combustible en locaux d'archives permettant l'entreposage d'environ 4 500 boîtes en gestion privée dans une installation de La Mitis;
- Réalisation des plans et devis et sélection d'un entrepreneur pour la mise en œuvre du projet d'unité satellite d'hémodialyse au Centre hospitalier régional du Grand-Portage (coût de projet estimé de 4 millions de dollars);
- Mise aux normes des entrées d'eau de l'Hôpital régional de Rimouski, du Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Rimouski-Neigette et du centre de services externes de Rimouski en réadaptation DI;
- Finalisation des audits exigés par le Secrétariat du Conseil du trésor pour les installations propriétaires du territoire, plus particulièrement la réalisation du lot 3 de 3;
- Élaboration d'un plan de main-d'œuvre adapté au besoin futur en entretien préventif des bâtiments propriétaires (GMAO) du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Direction des ressources informationnelles (DRI)

Mandat

La Direction des ressources informationnelles a pour responsabilité la collecte, l'archivage et l'accessibilité à tous les documents cliniques et administratifs et à leurs données. Elle s'assure que tous les employés ou prestataires de soins ou de services ayant les privilèges d'accès requis peuvent consulter, rédiger et diffuser, lorsque c'est permis et nécessaire, toute information de nature clinique ou administrative.

La direction s'assure également de la disponibilité et de la performance des équipements informatiques et de télécommunication, en plus de veiller à leur maintien et leur pérennité.

Faits saillants

- Mise à niveau du cadre global de la sécurité, avec la préparation et la mise en œuvre de quatorze politiques et procédures de sécurité de l'information;
- Normalisation et documentation des interfaces gérant les échanges de données entre les différents systèmes d'information, pour un total de 356, soit 52 de plus cette année;
- Projet d'unification du système d'information de laboratoire complété en novembre 2017;
- Mise en place du nouveau logiciel de système de messagerie électronique Outlook et déstassement des applicatifs de Lotus Notes;
- La pénurie de main-d'œuvre dans le domaine des technologies de l'information occasionne plusieurs difficultés en ce qui concerne le recrutement et les délais de service. Néanmoins, cette année, la DRI a accueilli quatre étudiants du programme de DEC en informatique, dans le cadre des stages de fin d'études;
- Soutien à l'unification des bases de données de gestion de la paie, des ressources humaines, des finances, des budgets et des approvisionnements;
- Début des travaux du projet d'arborescence pour la migration des données bureautiques de l'ensemble de l'organisation;
- Mise en œuvre de la Politique d'attribution et d'utilisation d'outils de communication mobiles, impliquant le transfert de 697 lignes (voix et données) vers le nouveau fournisseur;
- Le centre de services à l'utilisateur (CSU) a réalisé :
 - o la réception de 38 491 incidents et 31 642 requêtes de service, dont 24 419 par téléphone, ce qui représente une augmentation de 25 % des demandes globales;
 - o la prise en charge de plus de 80 % des incidents en moins de 30 minutes, avec temps moyen conforme de résolution pour chacune des priorités d'incidents;
 - o la résolution des incidents à distance dans plus de 85 % des cas;
- Amélioration des infrastructures technologiques locales dans les installations de La Matapédia et des Basques;
- Déploiement d'une fibre noire entre les centres de traitement informatique principaux et secondaires en vue d'offrir la haute disponibilité pour les actifs informationnels critiques à la continuité des affaires du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Déploiement de liens redondants vers le réseau public Internet;
- Rehaussement de l'infrastructure technologique et du système d'information de l'imagerie médicale;
- Dépôt au MSSS, pour autorisation finale, du dossier d'affaires pour le déploiement d'une technologie sans fil dans les installations;
- Implantation d'une plateforme de gestion unique des salles et des équipements de visioconférence clinique (Télésanté) et administrative.



Direction de la logistique (DL)

Mandat

La Direction de la logistique a la responsabilité de l'acquisition des biens, de la gestion du matériel (réception, entreposage, réapprovisionnement et distribution), du génie biomédical, de la messagerie, du volet contractuel RI-RTF, du service des aides techniques et du transport. Elle assure aussi le service d'accueil et de réception de la clientèle, de la gestion documentaire et du Programme d'identification visuelle (PIV) du Gouvernement du Québec. Elle veille au développement constant de la chaîne logistique de l'établissement, c'est-à-dire à la gestion des flux d'informations et de marchandises.

Par ailleurs, la direction joue un rôle de service-conseil, de soutien et d'expertise fonctionnelle auprès des gestionnaires pour offrir une compétence solide en matière de planification logistique dans le cadre de projets organisationnels et de revue des processus de gestion de la chaîne logistique interne et externe. Elle assure également la mise en œuvre de stratégies et de programmes essentiels à l'organisation, dont les mesures d'urgence et la sécurité civile.

Faits saillants

- Élaboration d'un cadre de gestion des équipements médicaux;
- Planification et mise en place d'un plan d'action des travaux à réaliser pour se conformer aux dispositions de l'article 16 de la circulaire 2016-023 – Politique concernant l'exploitation des activités accessoires de type commercial et mise à niveau du parc de stationnement de l'établissement;
- Finalisation de la fusion des bases de données de gestion des ressources matérielles (GRM);
- Révision et optimisation du fonctionnement du transport des usagers;
- Révision de la gestion des prêts d'équipements;
- Continuité dans la réalisation des objectifs d'économie en approvisionnement;
- Poursuite de l'harmonisation du fonctionnement des secteurs d'activité de la DL;
- Mise en place d'une directive sur les contrats de service non soumis à l'autorisation du dirigeant selon 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);
- Rédaction d'une politique et d'une procédure d'accompagnement et mode de transport lors d'un transfert/transport interétablissements;
- Planification, priorisation et acquisition des équipements médicaux et non médicaux selon les enveloppes budgétaires;
- Révision de la politique et de la procédure générique concernant le code blanc;
- Révision du processus achat-décaissement dans l'objectif de transformer et d'améliorer le processus (activité faite en collaboration avec la Direction des ressources financières);
- Élaboration de la politique d'utilisation des contributions partenariales;
- Poursuite de la mise à jour des plans de mesures d'urgence.



Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ)

Mandat

La Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques oriente, développe et coordonne les activités de service-conseil et opérationnelles concernant la prestation de services reliés à la gestion des ressources humaines, des communications internes et des affaires juridiques. Elle donne des conseils stratégiques en développement organisationnel, communication, planification de main-d'œuvre, relations de travail, santé et sécurité au travail, affaires juridiques, rémunération et avantages sociaux.

Faits saillants

- Adoption de nouvelles politiques locales de gestion concernant les conditions de travail applicables aux cadres :
 - o la Politique visant la gestion des congés sans solde, des congés pour charges publiques, des congés pour affaires professionnelles et des prêts de service pour les gestionnaires;
 - o la Politique visant la gestion des modalités de récupération et de remboursement des sommes au personnel cadre;
 - o la Politique visant la dotation des postes d'encadrement;
- Mise en place du Plan d'action à l'égard des personnes handicapées pour 2016-2018 et adoption du plan d'action pour 2018-2020;
- Adoption du Programme d'accès à l'égalité à l'emploi;
- Adoption de la Politique portant sur le maintien des services lors de tempêtes majeures. La procédure qui en découle est en cours d'approbation;
- Participation à la campagne Centraide qui a permis d'amasser 45 200 \$;
- Mise en place des journées d'accueil et d'intégration des nouveaux gestionnaires;
- Nomination par processus de sélection de 67 gestionnaires à des fonctions d'encadrement permanentes ou intérimaires;
- Adoption des politiques pour le personnel non cadre :
 - o la Politique d'identification des intervenants;
 - o la Directive sur le temps supplémentaire;
 - o la Politique de gestion du dossier d'employé;
 - o la Politique de dotation des ressources humaines;
 - o la Politique visant la vérification des antécédents judiciaires des intervenants et la procédure qui en découle;
- Gestion médico-administrative des dossiers d'invalidité :
 - o le nouveau modèle d'organisation régional en matière de gestion de la présence intégrée au travail occasionne de grands défis d'harmonisation;
 - o la stabilité des équipes de gestion, de prévention et le maintien de l'expertise demeurent des enjeux importants;
 - o la stabilité de l'équipe de médecins-conseils/experts est un défi de taille en raison de la difficulté à recruter un médecin qui accepte de couvrir notre territoire;
 - o le portrait de l'assurance salaire à la période 12 (3 mars 2018) :
 - 612 dossiers en gestion médico-administrative;
 - 77 dossiers d'accident de travail;
 - 42 % des invalidités pour des conditions psychologiques;
 - o le taux régional d'invalidité pour 2017-2018 est de 6,52 % (comparativement au taux provincial de 7,42 %);
- Gestion de la présence intégrée au travail – volet prévention :
 - o le dépôt du plan pluriannuel de la CNESST 2017-2019 témoigne que le réseau de la santé est maintenant un secteur priorisé par l'équipe de prévention de la CNESST. La présence de la CNESST est ressentie depuis la fin de l'année 2016;



- Portrait de la CNESST pour l'année 2017 (1^{er} janvier au 31 décembre) :
 - o 23 interventions d'inspection de la CNESST :
 - 28 dérogations (corrections de non-conformité avec la LSST);
 - 1 constat d'infraction signifié;
 - o 316 demandes d'indemnisation au programme Pour une maternité sans danger;
 - o 300 demandes d'indemnisation pour accident ou maladie professionnelle;
 - o 113 contestations (décision d'admissibilité) :
 - 52 contestations de l'employeur;
 - 61 contestations du travailleur;
 - o 66 demandes d'évaluation au BEM (bureau d'évaluation médicale) :
 - 64 demandes de l'employeur;
 - 2 demandes par la CNESST;
 - o la mise en place d'un comité d'orientation paritaire pour définir les grands enjeux du CISSS du Bas-Saint-Laurent en matière de prévention;
 - o l'obtention d'un 4^e poste d'agent de prévention visant à augmenter notre offre de service en prévention et développer le volet de réadaptation au travail. La dotation du poste s'effectuera en 2018-2019;
- Accès à l'information :
 - o le traitement de 69 demandes d'accès à l'information en 2017-2018 comparativement à 85 en 2016-2017;
 - o l'adoption de la Politique sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels;
 - o l'adoption de la Procédure sur l'accès aux documents administratifs;
 - o la participation à l'élaboration de la politique sur la sécurité de l'information de la DRI;
 - o la poursuite de la consolidation du service-conseil auprès des services des archives en partenariat avec la DSM;
- Services juridiques et relations de travail :
 - o la participation à l'implication des projets de lois n° 99 et n° 113;
 - o la formation du personnel en protection de la jeunesse;
 - o la réalisation de nombreux mandats concernant l'adoption, les jeunes contrevenants et la protection de la jeunesse;
 - o le support-conseil aux gestionnaires en lien avec l'interprétation et l'application des différentes conventions collectives, lois et règlements;



- o la préparation des mandats pour la négociation locale;
- o la coordination de la négociation locale;
- o la représentation de l'établissement devant les différents tribunaux administratifs;
- o la réorganisation du travail et la réattribution des effectifs en fonction de la nouvelle carte syndicale (loi 30);
- o l'intégration du volet relations de travail pour la nouvelle accréditation de la Gaspésie dans le cadre du dossier Optilab;
- Recrutement et dotation :
 - o l'adoption du Programme de recommandation d'un candidat par le personnel du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - o la mise en place d'un comité proactivité en embauche;
 - o 961 embauches dans différents titres d'emploi;
 - o l'embauche d'une ressource dédiée à la recherche de talents dans les emplois vulnérables;
- Formation et gestion des stages :
 - o le nombre de stagiaires : 1 082 pour 31 680 jours-stage. De ce nombre :
 - 166 stagiaires universitaires en provenance de plusieurs universités dont l'Université Laval et l'UQAR, pour un total de 6 154 jours-stage dans les installations et les diverses disciplines, dont la réadaptation, la pharmacie et les soins infirmiers;
 - 916 stages autres qu'universitaires, comprenant les journées d'observation (138), pour 25 526 jours-stage;



- Développement organisationnel (DO) :

- o l'adoption par le conseil d'administration, le 20 septembre 2017, de la politique, de la procédure et du formulaire en matière d'appréciation de la contribution individuelle et du rendement général du personnel non cadre ainsi que la réalisation des guides pour soutenir les gestionnaires et les employés;
- o la réalisation de neuf capsules DO par le Service en développement organisationnel et gestion du changement et différents collaborateurs. Ces capsules sur différents sujets liés à la fonction de gestion sont d'une durée de 30 minutes et présentées en ligne toutes les trois semaines;
- o la réalisation d'un sondage sur la mobilisation et de 9 groupes de discussion avec 92 employés et 3 groupes avec 30 gestionnaires ainsi que l'élaboration d'un plan d'action avec les directions;
- o l'adoption et la mise en œuvre du programme Relève des cadres intermédiaires;
- o la réalisation d'une campagne sur la civilité à l'automne 2017;
- o le traitement de 22 plaintes en vertu de la Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail;
- o l'élaboration de deux formations sur la gestion des conflits pour les gestionnaires auxquelles 136 participants ont assisté : Gestion des conflits et Gestion des conflits et des personnalités difficiles;
- o la réalisation de 21 médiations et la conception d'un dépliant explicatif sur la médiation;
- o la réalisation de 13 démarches d'amélioration du climat de travail;
- o le déploiement de la politique et du programme sur la reconnaissance : réalisation de la 1^{re} édition des prix Distinction avec soirée de dévoilement des gagnants et de deux Soupers reconnaissance pour les employés ayant 25 ans de service et les retraités;
- o l'adoption du programme Actualisation des compétences d'encadrement;



- Communications :

- o le soutien-conseil et la structure fonctionnelle :
 - l'élaboration de plus de 100 plans de communication en 2017 pour accompagner les directions dans leurs projets et dossiers;
 - la définition des rôles et responsabilités des communications pour les dossiers comprenant des enjeux internes et externes;
 - l'adoption de la Politique de communication;
 - la réalisation d'un outil de préparation à l'élaboration d'un plan de communication pour aider les gestionnaires dans une première réflexion préalablement à la rencontre avec le Service des communications;
 - l'élaboration d'un plan de communication organisationnel 2018-2020;
- o le développement de l'identification visuelle du CISSS du Bas-Saint-Laurent :
 - en partenariat, les équipes de communications internes et externes développent l'image de l'organisation qui deviendra sa marque autant auprès des employés que des usagers, partenaires, collaborateurs et de la population en général;
 - des rencontres de type « remue-méninge » ont été réalisées en janvier et février 2018 sur le territoire avec des gestionnaires, employés et membres du CUCI afin de recueillir les idées;
- o la réalisation de publications :
 - la publication de 25 bulletins *En mouvement*;
 - la publication de quatre numéros de la revue *En mouvement*;
 - l'élaboration d'une charte éditoriale et rédactionnelle des publications *En mouvement* du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - la diffusion de 38 capsules linguistiques sur l'intranet rappelant différentes règles d'orthographe au personnel;
 - la conception de différents outils tels que dépliant, affiches, etc.;
- o la gestion et développement de l'intranet :
 - la finalisation de l'intégration des dix sites intranet des CSSS à l'intranet du CISSS du Bas-Saint-Laurent et de l'adaptation au cas par cas;
 - la réalisation d'une phase 2 de développement de l'intranet permettant notamment la participation des employés;
 - l'élaboration et l'adoption d'une procédure sur l'utilisation de l'intranet;



- le soutien et la formation aux responsables de pages;
- o la gestion et le développement du Web :
 - la finalisation de l'intégration des dix sites Web des CSSS sur le site Web du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - l'optimisation de la section « Recrutement » afin de faciliter la mise en ligne des offres d'emploi et la réception des candidatures;
 - la présentation d'une phase 2 de développement au comité d'arrimage régional (CAR) en février 2018. La réalisation est débutée et se poursuivra dans les prochains mois;
- o l'amorce d'une réflexion en lien avec les médias sociaux :
 - la contribution à l'amélioration des publications des offres d'emploi du CISSS du Bas-Saint-Laurent sur la page Facebook ainsi qu'à l'ajout de contenu pertinent pour diversifier les publications;
 - le début d'une démarche de *benchmarking* sur l'utilisation des médias sociaux auprès de d'autres CISSS et CIUSSS afin de répertorier les meilleures pratiques;
- Divulgence des actes répréhensibles :
 - o l'adoption de la Procédure visant la divulgation d'actes répréhensibles par les membres du personnel à l'égard du CISSS du Bas-Saint-Laurent le 29 novembre 2017;
 - o en date du 27 mars 2018, le CISSS du Bas-Saint-Laurent n'a reçu aucune divulgation depuis la mise en place de la procédure.

Direction des ressources financières (DRF)

Mandat

La Direction des ressources financières a pour responsabilité d'assurer et de promouvoir une saine gestion financière en exerçant le contrôle du respect des lois, règlements, normes et pratiques de gestion dans les matières relatives aux activités de la direction et en assumant le leadership de l'amélioration continue de la performance financière. Plus spécifiquement, elle soutient les gestionnaires dans l'élaboration de leur budget, le suivi financier et les opérations comptables, conformément aux objectifs poursuivis par l'établissement et aux normes et pratiques de gestion généralement reconnues dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Elle effectue également la reddition de comptes aux différents paliers externes et internes de l'organisation et s'assure d'offrir les services financiers et les programmes en gestion financière. Elle joue également un rôle de contrôle interne en définissant les bonnes pratiques de gestion financière en proposant des recommandations aux gestionnaires dans le but d'augmenter la rentabilité et d'optimiser l'efficacité et l'efficience des opérations.

De plus, elle a le mandat de veiller à l'application des règles contractuelles prévues par la *Loi sur les contrats des organismes publics* (LCOP).

Faits saillants

- Poursuite des travaux en regard de la fusion des bases de données au niveau du système financier;
- Participation au comité provincial pour l'implantation d'un système d'information intégré et unique pour tous les établissements pour la gestion financière et de l'approvisionnement (projet SI-GFA);
- Fusion et fermeture des dix bases de données des comptes à payer;
- Poursuite des travaux concernant le transfert et le regroupement des comptes bancaires vers notre nouvelle institution financière;
- Révision et harmonisation du processus de facturation des usagers dans l'ensemble de nos installations;
- Poursuite des travaux concernant la révision des processus achat-décaissement en collaboration avec la Direction de la logistique;



- Suivi des plans de mesures d'optimisation en collaboration avec l'ensemble des directions et identification des autres chantiers d'optimisation;
- Développement de tableaux de bord périodiques, pour les secteurs visés par le financement à l'activité;
- Développement de rapports de performance financière et production de rapports d'analyse financière;
- Élaboration d'une capsule DO (développement organisationnel) ayant pour thème « La performance financière, c'est quoi? »;
- Développement d'un fichier maître de référence afin d'améliorer le processus de collecte et de compilation des unités de mesure statistiques;
- Révision de la procédure concernant le processus budgétaire;
- Consolidation des outils de gestion permettant aux gestionnaires d'assurer le contrôle de l'ensemble des dépenses de leurs secteurs d'activité respectifs;
- Début des formations offertes aux gestionnaires sur les outils de gestion;
- Participation aux différents travaux en cours pour améliorer la performance des services, notamment dans les secteurs des blocs opératoires, des laboratoires, de l'imagerie médicale, des transports et de la radio-oncologie;
- Poursuite de l'application et de l'actualisation des processus en respect des règles contractuelles prévues par la LCOP, de ses règlements, de ses politiques et de ses directives;
- Support aux gestionnaires quant à l'interprétation et l'application des règles contractuelles;
- Révision et diffusion du règlement sur la délégation de signatures engageant la responsabilité de l'établissement;
- Élaboration en cours d'une politique concernant la gestion des placements;
- Journée annuelle des employés de la DRF dont le thème était l'amélioration de la reconnaissance et de la communication. De ces travaux, des actions ont été mises en place;
- Suivi du plan d'autofinancement du dossier Optilab;
- Début de la mise en place de travaux préparatoires à l'implantation de la Charte comptable du Québec et du coût par parcours de soins et services;
- Participation aux comités de travail de la table nationale DRF.





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



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

Chapitre III – Fiches de reddition de comptes des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Santé publique		
Bilan des activités réalisées	Un bilan faisant état des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
Comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN)	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et le comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, Santé et Services sociaux, Québec 2006 ».	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
Services sociaux		
Implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance et plan de travail	L'établissement devra transmettre au MSSS une liste des installations de son territoire devant implanter le protocole, un plan de travail détaillant les activités prévues ainsi que l'échéancier de l'implantation du protocole. Un gabarit permettant l'identification des installations pertinentes sera fourni. Ces livrables permettront de déterminer la cible associée à l'indicateur « pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance », par établissement et nationalement.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable



Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Poursuivre la mise en œuvre des composantes des programmes d'intervention en négligence (PIN)	Assurer la mise en œuvre de toutes les composantes obligatoires des PIN avant le 31 mars 2018. Un formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'utilisateurs ayant participé au programme.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
Commentaires : Un comité régional et un comité local du PIN ont été mis en place. Un guide de pratique en négligence a été produit. Celui-ci reprend les modalités du PAPFC2. Des activités d'appropriation du guide ont eu lieu dans les 8 territoires. Afin de soutenir les intervenants dans leur pratique, des activités de codéveloppement ont été mises en place. Les multiplicatrices AIDES sont présentes lors de ces activités de même que les spécialistes en activité clinique. Actuellement, nous avons deux agentes de codéveloppement en négligence qui sont formées. Il est prévu de former 6 autres agentes de codéveloppement en négligence en septembre prochain. Ainsi, chaque territoire aura une agente en codéveloppement.		
Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	☐ Réalisé à 100 % ☒ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
Raisons de la non-réalisation complète : Notons que le 5 % de non-atteinte représente les dernières admissions en CHSLD qui datent de moins de 4 semaines et pour lesquelles l'évaluation et le PII n'ont pas été encore complétés. Au SAD, cette clientèle avait une évaluation et un PI à jour, mais nous éprouvons actuellement des difficultés de synchronisation entre les systèmes. Le dossier est souvent fermé par l'équipe du SAD avant qu'il soit mis à jour par l'équipe du CHSLD. Par ailleurs, parmi les 13 centres, 2 CHSLD présentent des écarts importants. Notons dans les derniers 6 mois un changement de gestionnaire, plusieurs difficultés de remplacement de la main-d'œuvre et le recours à de la MOI. Le tout se traduit par un glissement au niveau des évaluations et PI à jour. Des mesures de redressement sont en cours. Pourcentage de réalisation : 95 % Date prévue de réalisation à 100 % : 1^{er} septembre 2018 Les mesures entreprises par l'établissement pour assurer la réalisation à 100 % : Coordination avec l'équipe du SAD pour laisser les dossiers ouverts jusqu'à la mise à jour par l'équipe CHSLD. Mise en place d'une gestion de proximité et implantation d'outils de suivi mensuel pour les deux centres qui présentent des écarts significatifs.		

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
Plan d'action 2017-2022 sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA)	À la suite de la publication du Plan d'action et du plan de déploiement ministériel, l'établissement devra compléter et transmettre le bilan de l'implantation des mesures identifiées.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
ADDENDA – Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA	Les établissements, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
ADDENDA – Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements. De plus, il est aussi prévu que des audits aléatoires seront menés par le MSSS dans les établissements.	☐ Réalisé à 100 % ☒ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
Raison de la non-réalisation complète : L'explication réside dans la difficulté d'avoir de la main-d'œuvre pour donner le 2^e bain. Cependant, plusieurs actions ont été réalisées telles que la mise en place du PAB accompagnateur, la mise à jour des TAI, la complé- tion de l'histoire de vie et le rehaussement en TES pour la personnalisation des routines de soins. Pourcentage de réalisation : 90 % Date prévue de réalisation à 100 % : 1^{er} septembre 2018 Les mesures entreprises par l'établissement pour assurer la réalisation à 100 % : Travail pour stabiliser la main-d'œuvre et analyse des RH en cours.		



Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Services de santé et de médecine universitaire		
État d'avancement de l'implantation du Plan d'action par établissement déposé le 31 mars 2016 et réalisé sur la base des orientations ministérielles 2006 – Douleur chronique	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016. Le plan doit préciser : Action – Objectif – Stratégie/Moyens – Responsable – Résultats/ Livrables – Échéancier – Indicateur – Cible atteinte. De plus, les obstacles liés à la non-réalisation du plan devront être notés.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
État d'avancement du plan d'action triennal 2016-2019 – Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1 ^{er} juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS-CIUSSS devra être produit.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
État d'avancement sur le plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018 – AVC	Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
État d'avancement de l'implantation du Plan d'action déposé le 31 mars 2016 par établissement réalisé sur la base des orientations ministérielles 2015 – Maladie rénale	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016 composé à partir des actions et des objectifs, incluant l'état d'avancement des travaux au 31 mars 2018. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
Effectifs dans les équipes de soutien dans la communauté	Fournir les informations requises quant aux effectifs en services dans la communauté : suivi intensif dans le milieu (SIM), soutien d'intensité variable (SIV), Flexible Assertive Community Treatment (FACT) et premier épisode psychotique (PEP). Contrairement au suivi des EGI associés aux SIM et SIV, ce suivi comprend également les services qui ne sont pas homologués.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable



Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Financement, infrastructures et budget		
Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années	L'établissement a pour objectif de finaliser l'inspection technique de son parc immobilier. À la suite de l'inspection des bâtiments, il doit élaborer la liste des correctifs devant être réalisés dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs+ Réseau.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	L'établissement participe à la réalisation du Plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
Coordination réseau et ministérielle		
Sécurité civile	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure d'assumer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer : - de veiller à l'élaboration ou à la révision d'un plan de sécurité civile; - du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au sujet de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile; - de raffermir les liens de partenariats en sécurité civile.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
Gestion des risques en sécurité civile – Santé et services sociaux	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en arrimage avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit : - maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation; - compléter la phase d'établissement du contexte du processus; - compléter la phase d'appréciation des risques du processus.	☐ Réalisé à 100 % ☒ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable



Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Raison de la non-réalisation complète : L'équipe de travail en sécurité civile et mesures d'urgence a dû concentrer son temps cette année sur la sécurité des lieux physiques et les mesures d'urgence, dont le code rouge et le code blanc. Pourcentage de réalisation : 10 % Date prévue de réalisation à 100 % : 31 mars 2019 Les mesures entreprises par l'établissement pour assurer la réalisation à 100 % : Suite au départ à la retraite du coordonnateur de la sécurité civile, mesure d'urgence et de la sécurité, une formation sera donnée à son successeur. Afin de rattraper le retard accumulé, le CISSS du Bas-Saint-Laurent engagera un chargé de projet pour s'assurer de la poursuite de l'implantation du processus de gestion des risques ainsi que pour compléter la phase de contexte du processus et la phase d'appréciation.		
Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	La mise sur pied d'un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise doit être réalisée. La composition de celui-ci sera entérinée par le CA de l'établissement.	Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique.
Révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	Les établissements recevront à l'automne 2017 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le CA.	Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique.
État de situation sur le degré de maturité d'une salle de pilotage stratégique	Un bilan faisant état du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'établissement est demandé. Ce bilan vise à documenter la maturité de la salle de pilotage déployée selon les différentes dimensions abordées, soit la planification, le déploiement, le contrôle/suivi et la réponse-action. Aussi, des questions d'ordre général sont prévues.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable



Chapitre IV – Les engagements de l'établissement en fonction, notamment, du Plan stratégique du MSSS 2015-2020

Indicateurs	Engagement 2017-2018	Résultats au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019
Santé publique			
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	86,0 %	92,6 %	86,0 %
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	92,0 %	93,7 %	94,4 %
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais	90,0 %	81,2 %	90,0 %
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	80,0 %	70,4 %	80,0 %
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez des jeunes de 15 à 24 ans	1 982	2 364	2 005
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) 1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec lesquelles le CISSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire L'engagement convenu dans l'EGI 2017-2018 est atteint et même dépassé (92,6 % vs engagement de 86 %). À l'instar de l'année 2016-2017, nous avons travaillé avec l'ensemble des répondants locaux de l'approche École en santé (AES) ainsi qu'avec les pilotes I-CLSC afin de s'assurer de la qualité des données et de la saisie, lorsque les interventions réalisées répondaient à l'indicateur. Dans le cadre du déploiement de la salle de pilotage de la DSPu, nous avons mis en œuvre une fiche de projet (A3) sur les données recueillies pour la collaboration avec le milieu scolaire, ce qui a pu augmenter l'importance mise par les professionnels à la qualité de la saisie des données. Ce travail est réalisé en collaboration avec tous les professionnels régionaux coordonnant des dossiers impliquant le milieu scolaire, de même qu'avec des professionnels locaux, et non uniquement le volet « Écoles en santé ». 1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais (anciennement 1.01.14) L'engagement est atteint. Plusieurs facteurs contribuent à rencontrer l'engagement : il s'agit du premier vaccin donné à l'enfant et il n'a pas encore d'histoire de manifestations cliniques inhabituelles vis-à-vis la vaccination. La mère est à la maison, ainsi que le père parfois, facilitant l'adhésion à l'horaire du vaccinateur et à l'organisation des services proposés. Finalement, à 2 mois d'âge, les enfants sont rarement malades, ceci favorisant une vaccination non reportée et conforme aux délais établis. Le service de vaccination est étroitement lié avec le service de périnatalité. La promotion de la vaccination et la prise de rendez-vous pour la vaccination à cet âge se font lors de la visite postnatale.			



L'atteinte de l'engagement 2016-2017 avec un résultat de 90,9 % a permis de viser un engagement plus élevé, c'est-à-dire de 92 % pour 2017-2018. Cet engagement a encore une fois été atteint avec un résultat de 93,7 %.

1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais (anciennement 1.01.15)

L'engagement n'est pas atteint, mais nous remarquons une tendance positive vers l'atteinte de notre engagement.

Contrairement au contexte qui prévaut lors de la première dose de vaccin à 2 mois, la situation à 12 mois est moins favorable à l'atteinte de l'engagement de 90 % à l'intérieur du délai de 2 semaines de la date d'anniversaire. Ainsi, les mères ont repris le marché du travail. De plus, il s'est déjà écoulé 6 mois depuis la dernière dose de vaccin sans que les parents aient entendu parler de vaccination. Les expériences vécues au cours des 3 séances de vaccination antérieures à celle de 12 mois ont parfois engendré des inquiétudes, plus ou moins grandes, en lien avec des réactions aux vaccins, même bénignes. Plusieurs facteurs surviennent à 12 mois et, sans être des motifs sérieux et valables, peuvent servir de prétexte pour reporter la vaccination : par exemple, les parents ne veulent pas que leur enfant souffre d'une réaction secondaire au vaccin au moment où l'on va souligner son premier anniversaire de naissance. De plus, l'enfant étant souvent en milieu de garde est plus susceptible d'être malade, de sorte que les parents préfèrent remettre la vaccination à plus tard; les parents ne comprennent pas toujours l'importance de respecter les délais. Une démarche conjointe entre la DSPu et la DPJe pour l'élaboration d'un modèle optimal en vaccination 0-5 ans est en cours, et ce, avec le soutien de l'INSPQ comme espéré en 2016-2017. Cette démarche a débuté à la fin de 2017 et se poursuivra jusqu'en 2018-2019.

Le résultat de 2017-2018 de 81,2 % est inférieur à l'engagement de 90 %. Par contre, nous voyons une tendance positive par rapport aux années passées : 76,1 % en 2016-2017 et 80,1 % en 2015-2016.

1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1^{re} dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais

L'engagement n'est pas atteint.

En juin 2013, une modification au calendrier de vaccination contre la varicelle a été apportée. Le vaccin, jusqu'alors administré à l'âge de 12 mois en combinaison avec le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RROVar), a été déplacé à l'âge de 18 mois. L'année 2017-2018 est la première année de cet indicateur dans l'entente de gestion. Comme pour l'indicateur 1.01.28-EG2, plusieurs facteurs populationnels influent sur l'atteinte de l'engagement tels que la disponibilité des parents, les fausses croyances liées à ce vaccin et l'incompréhension des parents sur l'importance de respecter les délais. Par sa nouveauté, le personnel en vaccination n'a pas encore intégré complètement l'importance du respect des délais pour cet indicateur.

Nous n'avons pas de comparaison pour l'année antérieure puisque 2017-2018 est la première année de mesure de cet indicateur. Le résultat de 70,4 % est inférieur à notre engagement de 80 %. Par contre, l'influence des interventions mises en place cette année sera visible lors de la prochaine année.

1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez des jeunes de 15 à 24 ans

L'engagement est atteint.

Nous avons poursuivi la formation des infirmières afin qu'elles inscrivent correctement leurs statistiques dans I-CLSC et qu'elles utilisent le guide de codes à cet effet instauré l'an dernier. De plus, le personnel de la clinique ITSS de l'installation de Rimouski-Neigette, qui a maintenant accès à I-CLSC, inscrit ses statistiques dans I-CLSC, augmentant ainsi notre résultat annuel. De plus, les infirmières ont été avisées en début d'année de notre engagement 2017-2018. Nous les tenons régulièrement à jour. Nous avons dépassé notre performance par rapport à 2016-2017. Il n'y a eu aucun problème sur la qualité des données et la méthodologie depuis la formation des infirmières et l'implantation du guide de codes. Toutefois, nous devons nous assurer que les nouvelles infirmières soient formées pour bien inscrire les statistiques à venir.



Indicateurs	Engagement 2017-2018	Résultats au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019
Santé publique - Infections nosocomiales			
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	70,0 %	36,0 %	75,0 %
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i> (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100,0 %	100,0 %	100,0 %
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100,0 %	83,3 %	100,0 %
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100,0 %	100,0 %	100,0 %
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100,0 %	100,0 %	N/A

Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)

La surveillance de l'incidence des diarrhées associées au *Clostridium difficile*, des bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), des bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs et des bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse est obligatoire pour les hôpitaux du Québec ayant un nombre minimum d'admissions ou d'activités. Au Bas-Saint-Laurent, les infirmières en PCI et les médecins microbiologistes-infectiologues collaborent aux différentes activités de surveillance et appliquent les règles et procédures standards afin d'assurer la fiabilité des mesures. Les résultats 2017-2018 sont validés au 30 avril 2018 et les cibles proviennent du document intitulé *Indicateurs de la planification stratégique 2015-2020* (INSPQ, mai 2017).

Les audits sur l'hygiène des mains sont basés sur l'application rigoureuse d'un protocole provincial tiré du *Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux* (MSSS, 26 janvier 2017). Les observations trimestrielles sont faites dans tous les hôpitaux (6) du CISSS du Bas-Saint-Laurent et les centres d'hébergement ayant 100 lits ou plus (3). Les résultats 2017-2018 sont validés au 24 avril 2018 par les infirmières en PCI des installations.

1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements

Le taux de conformité des soignants à l'hygiène des mains des hôpitaux (6) et des centres d'hébergement ayant au moins 100 lits d'hébergement (3) du CISSS du Bas-Saint-Laurent est de 36 % à la période 13 de 2017-2018 (figure 3). L'augmentation de 5 % par rapport à l'année 2016-2017 n'est pas suffisante et l'engagement de l'entente de gestion de 70 % n'est pas respecté. Les résultats globaux sont comparables pour le regroupement des hôpitaux (36,1 %) et des centres d'hébergement (35,0 %). Toutefois, les taux sont plus élevés pour les installations du pôle ouest (50,7 %) que celles du pôle est (23,9 %). Les écarts sont significatifs entre les installations de même mission du CISSS du Bas-Saint-Laurent : le taux des centres d'hébergement varie entre 18,8 % (Rimouski) et 64,6 % (Rivière-du-Loup) et ceux des hôpitaux varient entre 22,8 % (Matane) et 50,6 % (La Pocatière).



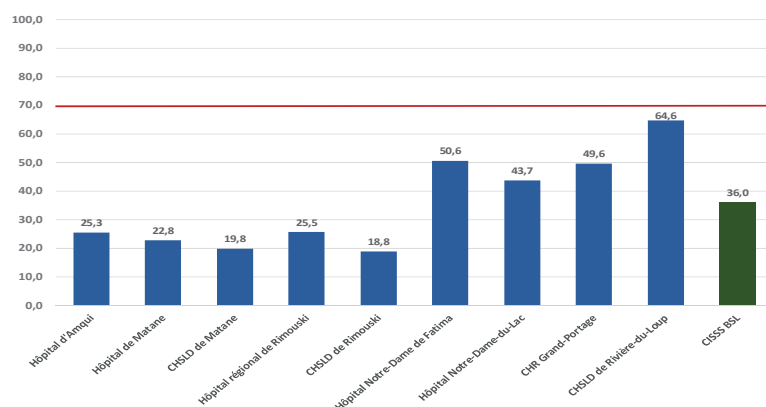
Pour l'ensemble des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent, des écarts de conformité sont observés entre les taux de conformité des différentes catégories de soignants audités, soit les médecins (50,6 %), les infirmières et infirmières auxiliaires (36,3 %) et les préposés aux soins (30,4 %). Des différences sont aussi significatives pour les taux avant un contact avec un patient ou son environnement (22,6 %) et après (47,1 %).

Un plan d'action stratégique intitulé *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains au CISSS du Bas-Saint-Laurent 2017-2018* a été instauré en janvier 2018 afin d'améliorer les taux de conformité des soignants et de développer une culture en hygiène des mains. Son application découle des résultats de conformité. Les objectifs sont les suivants :

1. Obtenir la priorisation organisationnelle de la pratique exemplaire de l'hygiène des mains, une priorité au sein de l'établissement;
2. Élaborer et diffuser un programme incluant la politique et la procédure sur les pratiques exemplaires d'hygiène des mains;
3. Implanter un programme incluant la politique et la procédure sur les pratiques exemplaires d'hygiène des mains;
4. Transmettre les connaissances et enseigner les bonnes pratiques d'hygiène des mains aux usagers et à leur famille;
5. Sensibiliser les usagers et les employés aux normes comportementales attendues lors de l'administration des soins et développer une culture d'autoévaluation constructive sur l'adhésion à l'hygiène des mains;
6. Rendre accessibles les solutions pour l'hygiène des mains et éviers dédiés dans les milieux de soins, les cliniques externes et en communautaire pour les équipes de soins et les usagers;
7. Mesurer les taux de conformité d'hygiène des mains par des audits, communiquer les résultats et faire une rétroaction globale ou individuelle aux personnes auditées dans un but d'amélioration continue;
8. Effectuer la surveillance des taux d'infections nosocomiales (SARM, ERV, DACD) et des éclosions et diffuser les résultats.

Une mobilisation générale des services du CISSS du Bas-Saint-Laurent est sollicitée pour atteindre la cible de 80 % devant être atteinte en 2019-2020.

Figure 3 – Taux de conformité à l'hygiène des mains par le personnel soignant des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent, 2017-2018



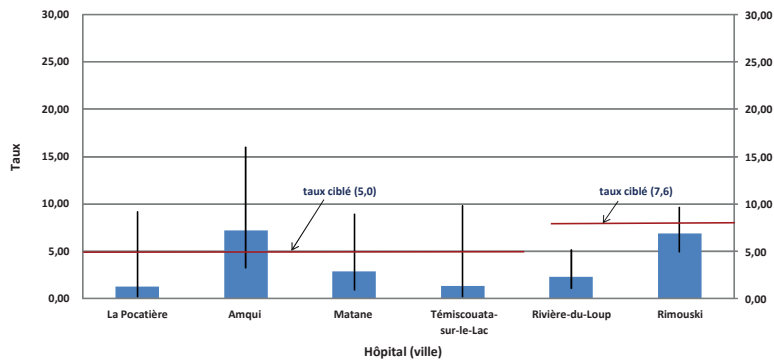
Source : GESTRED n° 10901, 30 avril 2018

Taux de conformité : nombre d'indications conformes divisé par le nombre total d'indications observées pour effectuer l'hygiène des mains pendant la période.

1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – diarrhées associées au *Clostridium difficile*

L'engagement concernant les diarrhées associées au *C. difficile* est respecté dans toutes les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent offrant des soins de courte durée (6/6) en 2017-2018. Les taux d'incidence observés dans les hôpitaux sont inférieurs ou ne dépassent pas significativement les taux ciblés selon la catégorie d'installation (figure 1).

Figure 1 – Taux d'incidence (cas/10 000 j.p.) observés et ciblés des diarrhées associées au *C. difficile* d'origine nosocomiale des hôpitaux du Bas-Saint-Laurent en 2017-2018



Source : Infocentre INSPQ, 30 avril 2018

L'Hôpital régional de Rimouski et le Centre hospitalier régional du Grand-Portage font partie de la catégorie « non universitaire de 110 lits et plus ayant une clientèle âgée de 65 ans et plus inférieure à 45 % » dont le taux cible est de 7,6 cas par 10 000 jours-présence; leurs taux sont respectivement de 6,9 et de 2,3. Les 4 autres hôpitaux font partie de la catégorie « non universitaire de moins de 110 lits » dont le taux cible est de 5,0 cas par 10 000 jours-présence. Les taux observés respectent la cible dans chacune de ces installations, soit Matane (2,9), Amqui (7,2), Notre-Dame-du-Lac (1,4) et La Pocatière (1,3). Ces taux sont semblables à ceux de 2016-2017, à l'exception de celui de l'Hôpital d'Amqui qui a augmenté de 4,7 cas par 10 000 jours-présence (non statistiquement significatif) en raison d'une éclosion (terminée en décembre 2017).

Différents facteurs expliquent les bonnes performances des hôpitaux du CISSS du Bas-Saint-Laurent en 2017-2018, notamment :

1. La détection rapide des cas et l'application rigoureuse des pratiques de base et des précautions additionnelles permettant d'enrayer la transmission;
2. Une utilisation plus judicieuse des antibiotiques pouvant favoriser le développement du *C. difficile*;
3. Une surveillance active des infections nosocomiales basée sur l'utilisation d'un logiciel (Nosokos) permettant des suivis diligents, notamment par la prise en charge des contacts étroits;
4. Une gestion des lits priorisant le confinement ou le regroupement des patients contagieux;
5. La collaboration des services d'hygiène et salubrité pour appliquer les mesures de prévention, notamment lors d'éclosion;
6. Le déploiement d'un programme de suivi posthospitalisation (en cours);
7. Le respect des ratios pour les infirmières dédiées en PCI dans la plupart des installations afin de répondre aux besoins croissants, plus particulièrement lors d'éclosion;
8. La structure organisationnelle favorisant l'harmonisation des pratiques de prévention dont le comité stratégique en PCI et la table clinique en PCI priorisent ou coordonnent les activités.

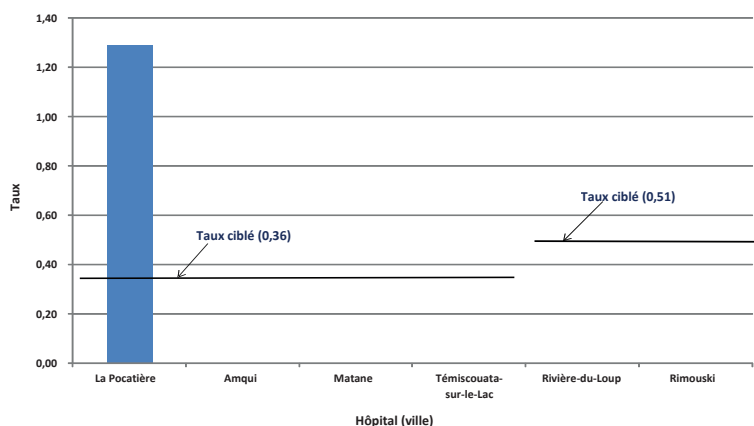
La surveillance des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) est régie par le protocole provincial intitulé Surveillance des bactériémies nosocomiales dans les centres hospitaliers du Québec (INSPQ, 2014).



1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline

Cinq des six hôpitaux (83 %) ont des taux d'incidence bactériémies à SARM respectant les cibles de l'entente de gestion 2017-2018 (figure 2). Conséquemment, la cible de 100 % n'est pas respectée. Un cas de bactériémie à SARM est survenu à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima de La Pocatière, occasionnant un taux de 1,29 cas pour 10 000 jours-présence; le taux cible établi à 0,31 pour sa catégorie « non universitaire ayant moins de 110 lits » est donc dépassé. Cet événement survient pour une 3^e année consécutive à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima. Les pratiques de soins seront révisées dans le cadre du programme de soins de santé sécuritaires afin de prévenir la survenue de nouveaux cas.

Figure 2 – Taux d'incidence (cas/10 000 j.p.) observés et ciblés des bactériémies à SARM d'origine nosocomiale dans les hôpitaux du Bas-Saint-Laurent en 2017-2018



Source : Infocentre INSPQ, 30 avril 2018

La surveillance des bactériémies à SARM (BAC-SARM) est régie par le protocole provincial intitulé *Surveillance provinciale du SARM au Québec* (INSPQ, 2017).

1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse

L'engagement concernant les bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse est respecté au CISSS du Bas-Saint-Laurent en 2017-2018. Une bactériémie associée aux accès veineux en hémodialyse a été observée au centre d'hémodialyse de l'Hôpital régional de Rimouski en fonction dans la région, occasionnant un taux de 0,12 cas par 100 patients-période. Cette mesure respecte le taux ciblé (basé sur le 90^e percentile des résultats des 40 installations participantes) qui est de 0,64 cas pour 100 patients-période. Aucun cas n'avait été observé en 2016-2017 et un seul en 2015-2016.

La surveillance des bactériémies associées aux accès veineux en hémodialyse est régie par le protocole provincial intitulé *Surveillance des bactériémies nosocomiales dans les centres hospitaliers de soins aigus du Québec* (INSPQ, 2014).

1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs

L'engagement pour les bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs est respecté au CISSS du Bas-Saint-Laurent en 2017-2018 (100 %). Cette situation est identique à celle observée en 2016-2017 où aucun cas n'a été observé dans les 2 installations participantes. L'Hôpital régional de Rimouski (surveillance obligatoire pour 10 lits et plus) et le Centre hospitalier régional du Grand-Portage (surveillance optionnelle pour 6 à 10 lits) font partie de la catégorie « adulte non universitaire » dont le taux cible est de 2,02 par 1 000 jours-cathéters.

La surveillance des bactériémies associées aux cathéters centraux aux soins intensifs (BACC-USI) est régie par le protocole provincial intitulé *Surveillance des bactériémies nosocomiales dans les centres hospitaliers de soins aigus du Québec* (INSPQ, 2014).



Indicateurs	Engagement 2017-2018	Résultats au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019
Services généraux			
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	90,0 %	88,1 %	90,0 %
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) L'engagement de cet indicateur est presque atteint, mais nous observons une légère diminution de 1,3 % par rapport au résultat 2016-2017. Pour l'année 2018-2019, nous regarderons la possibilité de rapatrier le personnel de nuit en l'affectant à des quarts de travail de jour pour maximiser la réponse téléphonique. On pourrait, dans cette hypothèse, basculer les appels de nuit du 811-2 vers une autre centrale considérant que les appels de nuit sont très peu nombreux dans notre région. Une autre possibilité à analyser serait de consolider une liste de rappel mieux nantie qui nous permettrait de toujours remplacer les absences à 100 % et maximiser la réponse en temps réel. C'est un bon défi étant donné le manque de main-d'œuvre dans les différents secteurs de l'établissement pour ce type d'emploi. L'écart manquant de 1,9 % pour atteindre notre engagement 2017-2018 est directement relié à l'augmentation du nombre d'appels traités au service Info-Social. Voici quelques données extraites de l'application Info-Santé Web : En 2015-2016, le personnel avait rédigé 3 169 fiches d'appel. En 2016-2017, ce nombre est passé à 3 537 fiches d'appel et en 2017-2018, le personnel a rédigé un total de 4 301 fiches d'appel. Considérant l'augmentation de 1 132 fiches d'appel (plus de 35 %) par rapport aux données de 2015-2016 et avec le même ratio de personnel, il devient difficile d'atteindre la cible, plus spécifiquement sur le quart de jour en avant-midi.			

Indicateurs	Engagement 2017-2018	Résultats au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019
Soutien à l'autonomie des personnes âgées			
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	85,7 %	100,0 %	85,7 %
1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	71,4 %	85,7 %	71,4 %
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	87,5 %	62,5 %	87,5 %
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	98,1 %	99,1 %	98,8 %



Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)

1.03.07.01-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée

1.03.07.02-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée

Nous avons dépassé notre engagement concernant les indicateurs de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) 1.03.07.01-PS en lien avec les composantes 1, 2 et 6, et 1.03.07.02-PS qui aborde pour sa part les composantes 3, 4 et 5. Pour ces deux indicateurs, nous observons une nette croissance de nos résultats par rapport à l'année dernière pour l'ensemble des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Mis à part l'installation de Rivière-du-Loup qui n'a pas atteint la cible pour l'indicateur 1.03.07.02-PS (composantes 3, 4 et 5), l'ensemble des autres installations a atteint les cibles prescrites par le MSSS, soit d'avoir plus de 95 % d'implantation des sous-composantes 1, 2 et 6, et 65 % des sous-composantes 3, 4 et 5.

Au cours de l'année 2017-2018, le plan d'action régional a été révisé et déployé pour atteindre les cibles demandées. Des rencontres statutaires avec le comité régional ont permis d'harmoniser les actions entre les différentes installations. Le contexte organisationnel a été plus favorable et la formation régionale ainsi que le soutien clinique associé ont été déployés. Des rencontres régulières des comités locaux et une révision des rôles et responsabilités ont été faites afin de soutenir le déploiement de l'approche avec plus de pertinence et d'efficacité. Un plan de communication est en déploiement et permet de promouvoir l'approche et l'application des interventions cliniques préventives auprès de l'ensemble des intervenants et médecins de l'établissement.

Les audits cliniques du MSSS ont également été un levier pour nous permettre de mobiliser les équipes dans ce dossier. Comme en témoignent les résultats des audits du MSSS réalisés en novembre 2017, les interventions cliniques préventives auprès des personnes âgées semblent être bien intégrées dans les unités de soins. Les 117 dossiers audités nous ont permis de constater que nous assurons de manière satisfaisante l'application d'interventions préventives chez nos personnes âgées hospitalisées.

Pour l'année 2018-2019, nous souhaitons poursuivre le déploiement des stratégies d'actions prévues au plan d'action. Une deuxième série d'audits cliniques du MSSS est prévue à l'automne 2018 et nous permettra de suivre également le niveau d'intégration des pratiques cliniques associées à l'AAPA.

1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale

L'engagement n'est pas atteint pour l'année 2017-2018.

Nous comptons recevoir la visite du Centre d'expertise de santé de Sherbrooke (CESS) et du MSSS autour de septembre 2018 pour éviter un autre recul dans les années futures, car les questions 16 à 27 de la grille OSIRSIPA 2017-2018 portant sur la gestion de cas ne peuvent être répondues dans l'affirmative complète que si nous recevons l'atelier des administrateurs et la formation des formateurs en gestion de cas que le MSSS préconise. La DPSAPA a demandé de suivre ce cheminement. Le planigramme et l'argumentaire explicatif ont été complétés et acheminés au MSSS.

La diminution de notre résultat en 2017-2018, comparativement à celui de 2016-2017, s'explique plus particulièrement par le fait que nous avons une différence au niveau de l'implantation de la fonction de gestion de cas. Pour le CISSS du Bas-Saint-Laurent, le vocable d'intervenant pivot est utilisé pour tout épisode de coordination de services, qu'elle soit simple ou complexe. De plus, le suivi de la charge de cas des intervenants se fait à partir de l'outil de charge de travail s'ajustant ainsi au niveau de complexité des usagers. Nous favorisons donc une mixité de fonction dans notre établissement pour justement prévenir les situations complexes. Seuls les réseaux locaux de services de Rimouski et de Rivière-du-Loup pourraient permettre le modèle préconisé par le MSSS, mais nous tenons à un langage uniforme non seulement à travers la DPSAPA, mais aussi à travers le CISSS du Bas-Saint-Laurent. Nous bonifierons donc notre façon de faire une fois que les personnes mandatées par le CESS et le MSSS nous auront visités.



1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14

L'engagement de cet indicateur est atteint.

Nous observons même un dépassement de notre engagement de 1 % et notre résultat de 99,1 % se situe nettement au-dessus de la moyenne au Québec qui est de 80,4 %. Ce résultat est le fruit de la rigueur accordée pour chaque admission potentielle en CHSLD en ayant un mécanisme d'accès régional avec des orientations uniformes à travers le Bas-Saint-Laurent. Nous appliquons les meilleures pratiques de processus de hiérarchisation des services qui tiennent compte aussi du souhait de la population de demeurer le plus longtemps possible dans son milieu de vie. Ceci implique que du travail se fasse en amont pour favoriser le maintien à domicile en collaboration avec les ressources de la communauté, tout en soutenant nos partenaires des RPA et des RI. De plus, pour nous assurer d'orienter les usagers au bon endroit, sans augmenter le nombre de personnes nécessitant des NSA en milieux hospitaliers (car nous avons un taux de 1 % seulement de NSA), nous procédons, lorsque nécessaire, à des hébergements transitoires en attente d'évaluation ou en attente d'hébergement en CHSLD, le temps de confirmer ou de constater que le profil de la personne correspond bel et bien à une organisation de services de type CHSLD.

Nous avons constaté un problème de saisie de données dans notre système SIGCH que nous sommes à réévaluer en vue d'une utilisation plus efficiente du logiciel et d'assurer la fiabilité des données.

Indicateurs	Engagement 2017-2018	Résultats au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019
Soutien à domicile de longue durée			
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	358 116	383 010	358 116
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	5 523	5 358	5 523
1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	90,0 %	93,1 %	90,0 %
1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	342 706	353 947	342 706
1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	3 582	3 678	3 582
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)			
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services			
1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14			
1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14			
Considérant le lien étroit qui unit ces trois indicateurs, nous avons convenu de les traiter dans un tout et non individuellement.			
Les engagements prévus pour ces indicateurs sont tous atteints en 2017-2018.			



Un suivi rigoureux à des fréquences régulières, autant au niveau tactique qu'opérationnel, a été essentiel pour arriver à atteindre nos objectifs annuels. Nous avons réalisé ce travail en partenariat avec les autres directions concernées : DQEPE, DPDI-TSA-DP, DSI, DL et DRF pour ne nommer que celles-là. Aussi, nous avons commencé une intensification des services en RPA et auprès des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EESAD), démarches que nous poursuivrons pour l'année 2018-2019. Une agente de planification, de programmation et de recherche se concentrera en grande majorité pour travailler ce projet. Deux fiches de projet (A3) portant sur l'intensification des services en SAD élargie et sur l'intensification des services en RPA-RI ont été élaborées à la fin de l'année 2017-2018. L'implantation débutera au printemps 2018 dans 3 RPA du Bas-Saint-Laurent à titre de projet pilote puis s'étendra progressivement pour les autres RPA des réseaux locaux de services.

Nous avons constaté une augmentation majeure du résultat des indicateurs 1.03.05.01-EG2 et 1.03.14-EG2 par rapport au résultat 2016-2017 et à notre engagement 2017-2018, pour chacun d'eux. Cette croissance est particulièrement due à :

- La saisie des heures en achat de services pour l'îlot en déficience physique (DP) à Saint-Cyprien;
- Les heures dispensées par l'entreprise d'économie sociale au Témiscouata pour les usagers en DP;
- Les heures de services achetés en DP dans La Matapédia et celles en services achetés à Rimouski et RDL en SAPA.

Au cours de l'année 2017-2018, nous avons connu des problèmes de saisie de données, notamment dans La Matanie et La Matapédia suite à des départs d'agentes administratives. Nous demandons maintenant aux intervenants de consigner les statistiques quotidiennement ou aux semaines. Nous avons engagé en fin d'année financière 2017-2018 une spécialiste en procédés administratifs qui nous outille pour assurer la qualité des données en collaboration avec la DQEPE.

1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)

L'engagement de cet indicateur est presque atteint, avec un écart de 165 usagers.

Bien que nous ayons une amélioration du nombre d'usagers par rapport à l'année dernière (202), nous poursuivons les suivis réguliers avec les gestionnaires et les intervenants pour s'assurer de la prise en charge des clientèles vulnérables. Le repérage de la clientèle, l'achat de services s'intensifiant chez nos partenaires ainsi que les suivis périodiques de la qualité des données nous permettront d'atteindre notre engagement en 2018-2019.

Le manque de main-d'œuvre, malgré l'ajout de postes, nous a occasionné un manque d'environ 35 000 heures travaillées au volet non institutionnel. Cette situation a eu des impacts sur le nombre d'usagers total. Par contre, pour ce qui est du nombre d'usagers ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14, nous avons atteint notre engagement, ce qui témoigne d'une prise en charge accrue pour la clientèle vulnérable (voir indicateur 1.03.15-EG2).

1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)

L'engagement de cet indicateur est atteint, voire dépassé de 3,1 %.

Nous observons une augmentation nette de 13,4 % par rapport à 2016-2017. Ce résultat est le fruit de suivis rigoureux de tous les gestionnaires et intervenants concernés. Les rapports individualisés pour chaque intervenant pivot, les outils de charge de cas ainsi que les tableaux de bord à la salle de pilotage tactique ont permis de suivre l'évolution. Le travail de pérennité reste un défi en soi pour les années à venir.

En ce qui concerne ces deux indicateurs, nous avons constaté des problèmes liés à la qualité des données. Ces problèmes se situent à différents niveaux dans notre CISSS, passant de l'entrée des statistiques jusqu'au suivi des indicateurs. Des risques d'erreurs lors de la production des rapports ont aussi été notés. Ceci nous a amenés à travailler de concert avec la DQEPE pour suivre les données périodiques et faire les ajustements nécessaires. À la DPSAPA, nous avons créé aussi un poste de spécialiste en procédés administratifs qui nous assurera les suivis rigoureux de ces données, mais aussi de la salle de pilotage DPSAPA au complet.

Indicateurs	Engagement 2017-2018	Résultats au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019
Déficiences			
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90,0 %	88,8 %	90,0 %
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90,0 %	83,0 %	90,0 %
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90,0 %	91,1 %	94,0 %
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90,0 %	79,1 %	90,0 %
1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	80,0 %	100,0 %	100,0 %
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant TSA	70 jours	81 jours	70 jours
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) 1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS L'engagement est presque atteint. Plusieurs mesures seront entreprises pour corriger la situation : • Actuellement, il y a un partage des ressources en DP spécifiques avec la DPSAPA (programme de soutien à domicile) et la DPDI-TSA-DP. Cette situation induit un flou sur les orientations, les suivis et la gestion des ressources, ce qui nuit à l'efficacité. À l'automne 2018, la DPSAPA assurera le leadership pour l'ensemble de la clientèle DP spécifique (programme de soutien à domicile), ce qui facilitera le suivi des dossiers quant à l'accès aux services; • Réalisation d'un projet pilote concernant la mise en place d'un guichet unique pour le CISSS du Bas-Saint-Laurent. Selon les résultats, ce projet, qui se tiendra dans 3 des 8 MRC du Bas-Saint-Laurent, sera étendu dans l'ensemble du territoire. Le guichet unique favorisera l'harmonisation des processus quant au délai de priorités à accorder pour chacune des situations concernées. Actuellement, nous avons 8 guichets de première ligne, ce qui peut occasionner des disparités dans le traitement des demandes;			



- Révision au 1^{er} avril 2018 de notre rapport de gestion de suivi des listes d'attente en temps réel, qui avait été mis en place au cours de l'année 2017-2018;
- Nouvelle procédure de contrôle de la liste d'attente pour définir les rôles, les responsabilités et les standards attendus;
- Supervision individuelle statutaire des employés et rencontres d'équipe qui abordent le suivi des données de performance;
- Mise en place de la salle de pilotage tactique (animation pendant les comités de gestion – aux 3 semaines) à compter de septembre 2018. Elle implique un suivi de nos indicateurs critiques et l'identification de moyens pour le retour aux standards.

Dans certains secteurs de la région, une pénurie de main-d'œuvre est observée et plus spécifiquement en travail social, ce qui a occasionné des délais dans la prise en charge. Un plan d'action conjoint avec la DRHCAJ est en place pour favoriser la dotation de certains postes et la rétention des ressources.

Notre résultat est sensiblement le même que l'an dernier et légèrement supérieur à la moyenne provinciale.

1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS

L'engagement n'est pas atteint.

Plusieurs mesures seront entreprises pour corriger la situation :

- Poursuite des travaux du comité de travail avec la DRHCAJ afin d'analyser des pistes de solution pour la sélection de main-d'œuvre dans les territoires vulnérables, car il y a plusieurs affectations non comblées. Cela entraîne des difficultés sur la prise en charge de nouveaux dossiers, particulièrement en orthophonie pour le programme en déficience du langage (DL) et en audiologie pour le programme en déficience auditive (DA);
- Ajout de ressources temporaires en orthophonie et ajout d'éducateurs dans le secteur ouest du territoire dans le but de diminuer la liste d'attente en DL et en déficience motrice enfant (DME). Nous ne pourrions toutefois éliminer tous les dossiers en dépassement des délais;
- Travaux en DL jeunesse pour revoir la programmation clinique et l'efficacité clinique;
- Mise en place d'un comité de travail avec la DPJe afin de revoir la trajectoire de services pour les usagers ayant une problématique du langage et un retard de développement;
- De plus, à cette liste s'ajoutent les quatre dernières mesures énumérées à l'indicateur 1.45.04.01 portant sur la révision de notre rapport de gestion, la nouvelle procédure de contrôle de la liste d'attente, la supervision des employés et la salle de pilotage.

Il faut souligner que les dossiers en DL et en DME occupent une grande place dans la liste d'attente et les dépassements des délais d'accès. Nous observons une augmentation de nouveaux dossiers au niveau du trouble du langage (27) et de la déficience motrice (156), soit 183 dossiers de plus par rapport à l'année 2016-2017. Cette augmentation est importante pour le CISSS du Bas-Saint-Laurent. De plus, l'absence d'un audiologiste et notre impossibilité de procéder à son remplacement, malgré la volonté de recrutement sur une période de plus de 10 mois, ont également entraîné de longs délais en DA. Ces différents facteurs expliquent facilement cette légère diminution de notre résultat de 1,9 % par rapport au résultat de l'année précédente.

1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS

L'engagement est atteint, voire dépassé de 1,1 %.

L'intégration des équipes spécifiques de la mission CLSC avec celles du CRDI a permis d'assurer une meilleure continuité des services et un plus grand contrôle des délais d'attente. Étant sous la même gouverne, cette nouvelle structure nous permet d'avoir une vision transversale.

Notre avons une amélioration de notre résultat par rapport à l'an dernier de 3,8 %.



1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS

L'engagement n'est pas atteint.

Plusieurs mesures seront entreprises pour corriger la situation :

- En lien avec le cadre de référence ministériel en DI-TSA-DP, il y aura poursuite de la révision de l'offre de service spécifique/spécialisé ainsi que le transfert au niveau des charges de cas des services spécialisés vers des services spécifiques, et ce, au cours de l'année 2018-2019. La première phase se réalisera à l'automne 2018 pour la clientèle DI-TSA (21 ans et plus), ce qui amènera une diminution des délais au niveau des services spécialisés pour cette clientèle. Nous travaillerons davantage en épisode de services comme le prescrit le cadre de référence. Le tout n'a pu s'actualiser l'an dernier, selon les échéanciers fixés, étant donné la difficulté de recruter des ressources pour venir supporter la démarche de changement qui est de grande envergure au plan clinique et au niveau des ressources humaines;
- Poursuite des travaux du comité de travail avec la DRHCAJ afin d'analyser des pistes de solution pour la sélection de main-d'œuvre dans les territoires vulnérables, car il y a plusieurs affectations non comblées, ce qui amène parfois des bris de services sur certaines périodes en cours d'année;
- Ajout de ressources temporaires pour la clientèle 0-17 ans en DI-TSA afin de diminuer le temps d'attente pour ces enfants et les familles;
- De plus, à cette liste s'ajoutent les quatre dernières mesures énumérées à l'indicateur 1.45.04.01 portant sur la révision de notre rapport de gestion, la nouvelle procédure de contrôle de la liste d'attente, la supervision des employés et la salle de pilotage.

Il faut souligner que la situation de masse critique faible influence le pourcentage du résultat, même s'il s'agit de quelques dossiers qui ne respectent pas les délais d'accès. Situation entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018 :

- 134 nouvelles demandes;
- 28 demandes sur 134 ont dépassé les délais d'accès; toutefois, 8 de ces demandes avaient un délai de dépassement de moins de 30 jours.

Notre retard est attribuable davantage à la période de l'été 2017 puisqu'il y avait une pénurie de personnel et que nous avons de la difficulté à procéder à l'attribution des nouvelles demandes. De plus, il y a eu une absence d'assignation de dossiers de la part de certains gestionnaires avant leur période de vacances. Nous avons rectifié le tout afin d'éviter que la situation se reproduise lors d'absences prolongées.

Nous observons une diminution de notre résultat de 5,6 % par rapport à celui de l'an passé. Toutefois, ce résultat est supérieur de 9,3 % par rapport à la moyenne pour l'ensemble du Québec qui se situe à 69,8 %.

Pour l'ensemble des indicateurs de cette section, il est difficile ou même impossible de se rattraper lorsque les résultats pour les périodes 1 à 5 sont sous le seuil de l'engagement annuel à atteindre. Les résultats de ces périodes ont des impacts pour les périodes subséquentes.



1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail

L'engagement est atteint.

Nous travaillons en étroite collaboration avec les partenaires scolaires. La révision en cours de notre trajectoire de services, avec chacune des commissions scolaires, permettra d'uniformiser le tout au plan régional. Notre priorité est de permettre un accès rapide à nos services afin d'éviter des listes d'attente pour ces usagers. Dès l'âge de 20 ans, nous travaillons déjà sur un projet d'intégration et l'insérons dans le PI des usagers concernés.

Cet indicateur était nouveau dans l'EGI 2017-2018 et il n'y avait pas de données comparables à la période 13 l'an passé.

1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA

L'engagement n'est pas atteint. Toutefois, plusieurs mesures sont entreprises pour corriger la situation :

- Révision au 1^{er} avril 2018 de notre rapport de gestion de suivi des listes d'attente en temps réel, qui avait été mis en place au cours de l'année 2017-2018;
- Nouvelle procédure de contrôle de la liste d'attente pour définir les rôles, les responsabilités et les standards attendus;
- Supervision individuelle statutaire des employés et rencontres d'équipe qui abordent le suivi des données de performance;
- Mise en place de la salle de pilotage tactique (animation pendant les comités de gestion – aux 3 semaines) à compter de septembre 2018. Elle implique un suivi de nos indicateurs critiques et l'identification de moyens pour le retour aux standards.

Nous constatons une augmentation en moyenne de 11 jours des délais d'accès par rapport à notre résultat de l'année précédente, et ce, même si notre priorité est de nous assurer qu'aucun usager ne dépasse les délais d'attente prévus. On note également que les demandes sont à la hausse comparativement à l'an passé, avec une légère augmentation de 6 dossiers. Malgré le fait que nous n'avons pu atteindre l'engagement escompté en 2017-2018, il est important de spécifier que notre résultat se situe sous la cible nationale attendue pour 2020, soit de 90 jours.

Indicateurs	Engagement 2017-2018	Résultats au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019
Jeunes en difficulté			
1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	12,25 %	15,33 %	11,75 %

Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)

L'engagement n'est pas atteint.

Les composantes du programme en négligence ont été déployées sur tout le territoire le 31 mars 2018. Un guide de pratique a été élaboré et animé auprès du personnel concerné. Des agentes de codéveloppement en négligence sont associées pour chaque MRC et leur formation sera complétée en septembre 2018. Comme prévu dans la fiche de projet (A3) de la Direction de la santé et des services sociaux du MSSS, la trajectoire de services pour la clientèle en négligence sera documentée.

Il y a beaucoup de roulement au niveau du personnel (congés de maternité et de maladie) et nous avons de la difficulté à trouver des remplaçants. Les listes de rappel sont souvent épuisées. L'investissement « jeunes en difficulté » nous a permis d'ajouter une journée dans 6 des 8 MRC et a été difficile à actualiser.

Le taux de prise en charge en négligence est en augmentation par rapport à notre résultat 2016-2017.

Un guide de saisie du programme en négligence a été élaboré et animé avec le personnel.



Indicateurs	Engagement 2017-2018	Résultats au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019
Dépendance			
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	80,0 %	82,7 %	81,6 %
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	84,8 %	84,8 %	87,0 %
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) 1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées L'engagement est atteint, voire dépassé de 2,7 %. Une analyse globale a mené à une réorganisation complète du mécanisme d'accès au centre de réadaptation en dépendance (CRD), ce qui a entraîné cette augmentation importante de 19 % par rapport à l'an dernier. Nous avons tenté l'expérience en projet pilote dans toute la partie est du territoire et cela nous a permis d'apprécier les retombées positives. Nous avons donc pu exporter le modèle sur l'ouest du territoire par la suite. Tous les employés du CRD ont été impliqués à chacune des étapes du changement. Les intervenants ont travaillé très fort et sont totalement contributifs de l'amélioration actuelle. Nous poursuivrons donc nos efforts en ce sens dans la prochaine année. 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance L'engagement est atteint et nous obtenons le même résultat que l'an dernier. Nous avons pu maintenir ce résultat grâce à un message soutenu de la part des chefs auprès des équipes terrain en lien avec l'importance de la détection d'intervention précoce en dépendance. Nous nous assurons également d'offrir la formation et l'accompagnement nécessaires pour maintenir les acquis. Il reste par contre du travail à faire quant à la détection et à l'intervention précoces en dépendance dans les programmes-services autres que santé mentale-dépendance. Un travail de collaboration est à prévoir pour consolider et bonifier l'offre existante.			



Indicateurs	Engagement 2017-2018	Résultats au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019
Santé mentale			
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	310,0	316,8	310,0
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	N/A	189,0	N/A
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)			
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère (SIV)			
L'engagement est atteint, voire dépassé de 6,8 places.			
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère (SIM)			
En 2017-2018, il n'y a pas eu d'engagement établi pour cet indicateur. Notre résultat est toutefois supérieur de 10,8 places par rapport au résultat de l'année précédente.			
Pour ces deux indicateurs, la DPSMD est à revoir le fonctionnement régional de l'offre de service en SIV et SIM. Considérant que certains territoires bas-laurentiens n'ont pas la densité populationnelle (entre 20 000 et 50 000) pour permettre le déploiement optimal des services SIV et SIM séparément, un modèle hybride de services est en déploiement actuellement avec l'appui du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM). Ce nouveau modèle est appelé FACT et nous entraîne à optimiser le nombre de places ainsi que les structures de postes. Cela vient nous aider dans l'atteinte de nos engagements.			

Indicateurs	Engagement 2017-2018	Résultats au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019
Santé physique – Urgence			
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	7,00 h	7,19 h	7,00 h
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	75,0 %	71,9 %	90,0 %
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	85,0 %	76,0 %	95,0 %
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)			
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence			
Nous sommes très près de l'engagement visé pour 2017-2018 et celui-ci devrait être atteint en 2018-2019. Nous observons une légère amélioration au cours de la dernière année. Les actions mises en place qui aideront à atteindre notre engagement sont expliquées aux points 1.09.43 et 1.09.44.			
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures			
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures			
Nous constatons une légère progression depuis l'an dernier, mais ces deux indicateurs ne sont pas atteints. La réorientation des patients de priorité P-4 et P-5 de l'urgence se fait présentement dans tous les territoires, mais n'a pas permis d'atteindre nos objectifs. Une augmentation des cas réorientés est visée pour l'année 2018-2019 en ajoutant des ordonnances collectives pour certains patients de priorité P-4. Le projet de support au développement de l'accès adapté dans les GMF vient de débiter. L'objectif est de diminuer le nombre de patients de priorité P-4 et P-5 à l'urgence si possible de plus de 15 %. L'atteinte de cet objectif permettrait aussi d'atteindre nos cibles à l'urgence en diminuant l'achalandage et donc le délai de prise en charge et la durée de séjour. L'atteinte des engagements 2018-2019 de 90 % et 95 % sera très difficile en raison des variations quotidiennes et saisonnières de l'achalandage qui sont imprévisibles alors que les ressources en place demeurent les mêmes.			



Indicateurs	Engagement 2017-2018	Résultats au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019
Santé physique – Soins palliatifs et de fin de vie			
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	870	652	870
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	31	34	34
1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	3,0 %	3,4 %	3,3 %

Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)

1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile

Pour l'année 2017-2018, le CISSS du Bas-Saint-Laurent n'a pas atteint son engagement. Nous répondons toutefois à la demande en soins palliatifs et de fin de vie.

La baisse du nombre d'usagers associés à ce programme s'explique par des travaux en cours par la DPSAPA et la pilote régionale I-CLSC pour assurer une meilleure saisie des données I-CLSC par les professionnels au soutien à domicile. Certaines irrégularités ont été adressées et des interventions ont été faites au cours de l'année afin d'assurer le respect du cadre de gestion I-CLSC. Nous croyons que la prochaine année nous permettra d'avoir une donnée plus fiable et à laquelle nous pourrions nous référer pour ce programme. La collaboration avec la DPSAPA est essentielle dans ce dossier puisque les soins palliatifs et de fin de vie à domicile sont dispensés par cette équipe, à l'exception de l'équipe dédiée à Rivière-du-Loup.

Afin d'améliorer la qualité des soins et services offerts à la population, la formation générale portant sur l'approche en soins palliatifs ainsi que les formations spécifiques aux intervenants prescrites par le MSSS sont déployées.

1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie

Notre engagement est atteint, voire dépassé en 2017-2018.

Nous avons constaté que nous avons un total de 34 lits dédiés aux soins palliatifs dans nos différentes installations au lieu de 31 lits. La vocation de ces 3 lits additionnels n'était pas répertoriée au bon endroit. Le comité stratégique a décidé de maintenir le nombre actuel de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie et de mettre en place des critères d'admissibilité pour améliorer l'accès.

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

L'engagement pour cet indicateur est atteint.

Un algorithme décisionnel a été mis en place pour l'admission des personnes en fin de vie dans les lits réservés de l'établissement. L'intensification des soins palliatifs à domicile est faite (lorsque possible) avant d'admettre une personne en fin de vie dans l'établissement. Cette intensification permet également le décès à domicile pour les personnes qui le désirent. Des actions sont à poursuivre à ce niveau, notamment par l'amélioration de la coordination des services de soins palliatifs au soutien à domicile pour augmenter annuellement la réponse aux besoins.



Indicateurs	Engagement 2017-2018	Résultats au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019
Santé physique – Services de première ligne			
1.09.25-PS Nombre total de GMF	11	12	12
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	89,00 %	90,04 %	92,50 %
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) 1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF) L'engagement de cet indicateur est atteint, voire dépassé. Au 1^{er} avril 2017, le GMF de l'Estuaire (niveau 1) a adhéré au Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF. Le GMF de l'Estuaire est composé des médecins du CLSC et de l'ancien UMF de Rimouski. Il permet donc au GMF-U de Rimouski de recevoir le financement approprié en lien avec le cadre de gestion des GMF-U. La création de ce GMF porte le total à 12 pour le Bas-Saint-Laurent. 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille L'engagement de 89 % est atteint, voire dépassé de 1,04 % en raison d'une mobilisation médicale afin d'augmenter l'accès aux clientèles orphelines : • La poursuite du déploiement de l'accès adapté dans les groupes de médecine de famille augmente la disponibilité pour l'inscription de nouveaux patients; • La diminution des activités hospitalières dans certains réseaux locaux de services permet une augmentation de la disponibilité médicale pour des activités de première ligne; • L'application des exigences liées aux activités médicales particulières de prise en charge chez les nouveaux médecins favorise l'inscription de patients orphelins; • Malgré les départs de plusieurs médecins avec des clientèles importantes, l'application des lettres d'entente permettant une inscription en lot a été facilitante pour maintenir le taux d'inscription. Le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille est supérieur de 2,03 % par rapport au résultat de l'année précédente.			

Indicateurs	Engagement 2017-2018	Résultats au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019
Santé physique – Chirurgie			
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	1	0
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	90,0 %	66,7 %	90,0 %
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100,0 %	92,5 %	100,0 %

Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)

1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies

L'engagement est presque atteint. En 2017-2018, 11 975 chirurgies ont été réalisées dans les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent et 96 % l'ont été à l'intérieur des délais ciblés, et ce, avec un délai moyen d'attente de moins de 9 semaines. Plus précisément :

- 96,2 % des patients ont été opérés à l'intérieur de 6 mois;
- La durée moyenne d'attente pour une chirurgie est de 8,7 semaines;
- Un patient disponible en attente de plus d'un an pour une chirurgie.

En comparaison de 2016-2017, on observe une constante à titre de production chirurgicale du CISSS du Bas-Saint-Laurent. On note une diminution du nombre de patients en attente de plus d'un an. Afin de respecter la cible, il faut maintenir une saine gestion des listes d'attente et une vigie constante des délais.

1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)

L'engagement n'est pas atteint. Pour l'année 2017-2018, le CISSS du Bas-Saint-Laurent a traité par chirurgie oncologique 816 patients dont le délai d'attente moyen a été de 27 jours. De ce nombre, 544 patients, soit 66,7 %, ont été opérés à l'intérieur de 28 jours. Cette performance est sensiblement la même que celle de l'année 2016-2017.

L'implantation des modifications dans la gestion de blocs opératoires devrait aider à l'atteinte de l'engagement pour 2018-2019.

Le comité de coordination interrégional en cancérologie du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie exerce une surveillance des délais d'attente en chirurgie oncologique.

Aux fins de la reddition de comptes, la donnée de SIMASS a été utilisée.

1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)

L'engagement n'est pas atteint. Pour l'année 2017-2018, le CISSS du Bas-Saint-Laurent a traité par chirurgie oncologique 816 patients, dont 92,5 % qui ont été traités à l'intérieur de 56 jours. Toutefois, 61 patients, soit 7,5 %, ont dû attendre plus de 56 jours. Cette performance est sensiblement la même que celle de l'année 2016-2017.

L'implantation des modifications dans la gestion de blocs opératoires devrait aider à l'atteinte de l'engagement pour 2018-2019.

Le comité de coordination interrégional en cancérologie du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie exerce une surveillance des délais d'attente en chirurgie oncologique.

Aux fins de la reddition de comptes, la donnée de SIMASS a été utilisée.



Indicateurs	Engagement 2017-2018	Résultats au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019
Santé physique – Imagerie médicale			
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	100,0 %	94,9 %	100,0 %
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	100,0 %	99,6 %	100,0 %
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100,0 %	100,0 %	100,0 %
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	80,0 %	90,7 %	95,0 %
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	100,0 %	97,4 %	100,0 %
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	100,0 %	98,2 %	100,0 %
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodesitométries	100,0 %	99,6 %	100,0 %
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	100,0 %	99,3 %	100,0 %
1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)

1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies

L'engagement n'est pas atteint.

Une augmentation appréciable des demandes pour ce secteur est notée depuis la mise en place des nouveaux formulaires de demande de consultation en orthopédie (CRDS). Malgré l'augmentation de la volumétrie, nous avons été en mesure de maintenir l'accès à un niveau très élevé. Lorsque nécessaire, une deuxième offre de service était offerte à la clientèle. Un travail de coordination est en cours entre les directions (DSM et DSP) afin de trouver des pistes de solutions et mieux répartir la clientèle entre les professionnels.



1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques

L'engagement est presque atteint.

Nous observons un équilibre entre l'offre et la demande et, dans l'ensemble, les taux se sont maintenus. Un travail de collaboration entre la DSPu et la DSM a entre autres été réalisé auprès des cliniciens. Le but était de ramener les demandes d'examen de dépistage à une périodicité de 2 ans pour la clientèle sans signe clinique. De cette façon, les plages libérées permettent un meilleur accès pour la clientèle diagnostique. Cette collaboration permet certainement d'expliquer l'amélioration de nos résultats de la dernière année et permet de croire à un maintien pour la prochaine période.

1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales

L'engagement est atteint.

Nous observons un équilibre entre l'offre et la demande; il y a un maintien des résultats.

1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques

L'engagement est atteint.

Il y a une nette amélioration des résultats par rapport à l'année dernière. Pour les secteurs de Rivière-du-Loup, Rimouski et Kamouraska, il y a eu l'ajout d'heures et une augmentation de l'offre. Pour le secteur d'Amqui, un corridor de services a été mis en place vers Matane. Il faut noter un travail de collaboration entre les secteurs de Rivière-du-Loup, Rimouski et Kamouraska afin de mettre en place une pratique autonome. De plus, l'établissement a su innover en investissant dans une technologie permettant la mise en réseau des examens. De cette façon, les cliniciens sont en mesure de supporter les équipes autonomes en télétravail.

1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires

L'engagement est presque atteint.

Nous observons cependant un équilibre entre l'offre et la demande ainsi que le maintien des résultats. Il n'y a pas de pratique autonome dans ce secteur et la mise en place serait difficile en raison de la volumétrie peu élevée dans certaines installations. Nous travaillons en étroite collaboration avec les spécialistes afin d'optimiser les plages de disponibilité.

1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies

L'engagement est presque atteint.

Les efforts sont maintenus afin de mettre en place une pratique autonome pour les secteurs de Matane et de Rivière-du-Loup. Du travail reste à faire afin de déployer pleinement la pratique des technologues autonomes. De plus, nous dirigeons la clientèle vers une seconde offre de service lorsque possible. Finalement, des technologues autonomes sont partagés entre les installations en besoin afin de favoriser l'accès à la clientèle dans leur milieu.

1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries

L'engagement est presque atteint.

Nous observons également un équilibre entre l'offre et la demande; il y a un maintien des résultats. Les efforts constants déployés par les équipes ont permis d'atteindre de très bons résultats. La portion résiduelle de la cible non atteinte demeure un défi quotidien. À noter la très bonne collaboration entre les installations dans la gestion de l'offre (corridors de services lors de bris, seconde offre de service, collaboration clinique des spécialistes pour la couverture des gardes multi-installation, etc.).



1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques

L'engagement est presque atteint.

Dans les secteurs de Rimouski et de Rivière-du-Loup, il y a eu un ajout d'heures par le MSSS et par l'organisation afin de maintenir l'équilibre entre l'offre et la demande. Nous constatons un maintien de nos résultats. À noter qu'un travail est en cours afin de cibler des éléments de pertinence dans ce secteur.

1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons

L'engagement est atteint.

L'équipe procède de façon hebdomadaire à une révision et une priorisation des demandes. Un travail étroit de collaboration a lieu entre le responsable clinique et le responsable administratif du secteur. Finalement, une gestion étroite des produits injectables est faite afin d'utiliser l'ensemble des doses disponibles pour la clientèle.

Indicateurs	Engagement 2017-2018	Résultats au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019
Ressources matérielles			
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)			
L'engagement est atteint. L'embauche de chargées de projet a contribué grandement à l'atteinte de l'engagement.			
En cours d'année, nous avons élaboré un registre individualisé pour chacun des secteurs et des audits ont été effectués dans l'ensemble des secteurs visés.			
Depuis plusieurs années, nous avons déjà 3 des 4 critères de cet indicateur qui étaient réalisés dans les différentes installations, soit :			
• La désignation d'un responsable de la gestion des zones grises; • La réalisation et la mise à jour d'un relevé de tous les équipements et du matériel destinés aux soins, ainsi que de toutes les surfaces avec lesquelles un usager peut entrer en contact direct ou indirect, pour lesquels les activités de nettoyage et de désinfection ne sont pas prises en charge; • La désignation du service responsable de l'intégrité sanitaire de chaque item du relevé.			
Toutefois, étant donné que le registre n'était pas en place, le calcul de l'indicateur faisait en sorte que nous étions demeurés avec un résultat de 0 % l'an dernier. Le fait que nous ayons mis en place le registre dans les secteurs visés nous a permis d'atteindre le niveau de réalisation de 100 %, c'est-à-dire le respect des 4 critères de cet indicateur.			

Indicateurs	Engagement 2017-2018	Résultats au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019
Ressources humaines			
3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	5,70	6,52	5,70
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3,55 %	4,48 %	3,55 %
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,38 %	0,41 %	0,38 %



Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)

3.01-PS Ration d'heures d'assurance salaire

L'engagement convenu dans l'EGI 2017-2018 n'est pas atteint. Nous avons, par contre, un ratio en dessous de la moyenne du Québec. Les actions entreprises sont :

- Création de tandems (agente administrative – agente de gestion) dans l'ouest du territoire. Nous avons vu une amélioration en efficience et, malgré notre volonté de l'instaurer dans les deux autres secteurs du CISSS du Bas-Saint-Laurent, l'instauration n'a pu se faire en raison des congés de maternité et des départs. Nous poursuivrons la mise en place en 2018-2019;
- Formation sur la prévention-gestion des invalidités pour tous les gestionnaires et mise en place d'un projet-pilote avec une direction clinique (en cours);
- Mise en place d'une fiche de projet (A3) concernant l'assurance salaire;
- Ajout d'un agent de prévention (poste à temps complet) à l'équipe pour accentuer la prévention et travailler en amont.

Les facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement sont :

- Équipe avec perte d'expertise (départs et congés de maternité);
- Nombre important de dossiers complexes entraînant des démarches multiples et demandes d'expertise.

Notre taux d'assurance est, par contre, en diminution depuis la période 1 (6,93 % – P1 à 6,52 % – P13).

3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires

L'engagement de 3,55 % n'est pas atteint et cette situation est similaire à celle de l'an dernier où notre engagement de 3,58 % n'avait pas été atteint. Nous faisons le même constat que l'an dernier où des économies en heures travaillées en régulier sont constatées, en partie, par un manque de personnel disponible pour effectuer les remplacements à taux régulier et un lien avec la main-d'œuvre indépendante de 0,41 % comparativement à un taux supérieur à 2 % pour l'ensemble du Québec. L'utilisation de nos ressources à taux supplémentaire avant l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante a un impact.

Un chantier sur la proactivité à l'emploi a été mis en place et des rencontres de planification pour la période estivale ont été faites à compter de janvier dernier. Un comité de coordination sera mis en place à l'automne pour la répartition des nouvelles ressources embauchées en collaboration avec les directions cliniques principalement.

Une analyse des directions (dont la situation est plus critique pour le taux de temps supplémentaire) sera à faire et l'intégration du nouvel agent de gestion en ressources humaines et marketing se poursuivra. Un plan stratégique 2018-2020 sur le recrutement ainsi qu'un plan d'action et de communication intégrée ont été présentés au comité de direction pour l'attraction – proactivité – rétention à l'emploi.

Un projet-pilote avec la commission scolaire et les centres professionnels de notre région est en analyse afin de permettre d'augmenter notre capacité d'accueil et de rétention de nos préposés aux bénéficiaires. Plusieurs démarches avec les partenaires de l'intersectoriel sont en cours.

3.06.00-PS Taux de main-d'œuvre indépendante

L'engagement convenu est presque atteint. Notre taux (0,41 %) est très bas comparé à l'ensemble des établissements du Québec (2,17 %) et à 0,03 % de l'atteinte de la cible (0,38 %).

L'utilisation de la main-d'œuvre indépendante se fait en dernier recours pour le maintien des services.

Nous avons maintenu nos résultats, sous ou égaux, à notre engagement de la période 1 à la période 12. Si nous comparons nos données à l'année 2015-2016, nous sommes sous les heures de main-d'œuvre indépendante de cette année de référence. L'engagement de 0,49 % a été révisé à la baisse à 0,38 % l'an dernier considérant notre résultat de 0,38 % à la période 13. Nous poursuivons les efforts de recrutement et les stratégies de notre plan de recrutement.



Indicateurs	Engagement 2017-2018	Résultats au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019
Ressources technologiques			
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	98,0 %	98,8 %	N/A
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) L'engagement est atteint pour l'année 2017-2018. Nous constatons une légère augmentation pour l'atteinte de l'objectif de 97,9 % à 98,8 %. La stabilité des pilotes locaux ainsi qu'une rigueur dans le suivi expliquent ce résultat.			

Indicateurs	Engagement 2017-2018	Résultats au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019
Multiprogrammes			
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui se sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	70,0 %	58,1 %	72,0 %
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) L'engagement n'est pas atteint. Différentes mesures seront entreprises pour corriger la situation : • Révision globale des mécanismes d'accès afin de mettre en place un guichet d'accès aux différents programmes cliniques (automne 2018); • Suivi régulier de la charge de travail des intervenants par le chef de service; • Accompagnement soutenu des spécialistes en activités cliniques pour améliorer la qualité des PI et le respect de ceux-ci; • Modification du processus d'assignation des dossiers; • Travailler davantage en collaboration avec les partenaires externes (réseaux locaux de services). Le transfert des travailleurs sociaux en GMF a entraîné une pression sur les intervenants du CLSC. Le nombre de nouvelles demandes en GMF a augmenté considérablement et les listes d'attente ont gonflé. Les mécanismes d'accès sont différents d'un territoire à l'autre ainsi que les types de suivis effectués, cette situation rend plus difficile l'atteinte de l'engagement. De plus, il y a plusieurs enjeux au niveau des ressources humaines : absences et mobilité du personnel et absence de ressources sur la liste de rappel. Le résultat est similaire par rapport à l'année précédente. Cette situation est contextuelle et des travaux sont en cours afin de corriger la situation. Ces travaux effectués en collaboration avec la DQEPE permettront d'assurer une saisie statistique fiable et démontrant la juste réalité. Nous notons des variations importantes entre le réel et la saisie au moment actuel et nous devons regarder nos inscriptions une à une dans chacun des territoires afin d'identifier les lacunes. Suite au diagnostic que nous ferons, les corrections seront effectuées.			

Légende

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





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



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

L'agrément

Faits saillants

- Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a maintenu son statut d'agréé pour l'année 2017-2018;
- Soutien et accompagnement des différentes directions dans le déploiement de la démarche d'agrément, dans l'actualisation des plans d'amélioration et dans le déploiement des pratiques organisationnelles requises;
- Dispensation de formations sur la démarche d'agrément et la réalisation d'audits.

Les installations de La Mitis

Des preuves supplémentaires furent déposées le 8 mars 2017.

Critères	Normes
Gestion des médicaments	15.2
Normes sur le leadership	10.7
Normes sur les analyses de biologie délocalisées	5.5, 6.4, 6.5, 10.1, 10.8
Services d'imagerie diagnostique	4.4
Services transfusionnels	2.1
Services de laboratoires biomédicaux	2.3, 10.5, 18.5, 20.2, 20.5, 26.5, 27.2, 27.6, 29.1

À la suite de l'analyse des preuves déposées, les installations de La Mitis ont respecté la majorité des exigences en matière de suivi d'Agrément Canada.

- L'exigence suivante demeure non conforme : *Services de laboratoire biomédical – 29.1*. L'équipe dispose d'un système complet de gestion de la qualité. Considérant la mise en place d'Optilab et les travaux d'harmonisation amorcés, des preuves supplémentaires n'ont pas été exigées par Agrément Canada. Ce critère sera évalué lors de la prochaine visite;
- L'accompagnement de la Direction des services professionnels dans le suivi du plan d'action lié à la démarche d'agrément réalisée en mai 2016 par l'Ordre des dentistes du Québec au sein des installations de La Mitis. Suite aux dépôts des preuves, nous avons reçu la confirmation que le statut d'agréé est maintenu avec l'obligation de produire un prochain rapport de suivi au plus tard le 31 juillet 2018.



La sécurité des soins et des services

Comité stratégique sur la sécurité des soins et des services

Composition

Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale

M. Daniel Côté, président-directeur général adjoint

M. Gino Beaudoin, directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique

Mme Brigitte Lavoie, directrice adjointe de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique

Mme Danielle Savard, directrice adjointe des soins infirmiers

Mme Claudie Deschênes, directrice adjointe des programmes santé mentale et dépendance par intérim

M. Michel Simard, directeur des services multidisciplinaires

Dr Jean-Christophe Carvalho, directeur des services professionnels

M. Mikaël Gauvin, directeur adjoint des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

Mme Nadia Marmen, coordonnatrice de la santé des femmes, des enfants et des adolescents

Le comité s'est réuni à deux reprises. Voici ses réalisations :

- Clarifier et s'assurer que les attentes envers les gestionnaires en matière de sécurité soient appliquées;
- Vérifier quels sont les secteurs à risque et prioriser afin d'implanter le suivi des indicateurs et les caucus opérationnels;
- Mettre en place certaines recommandations du groupe vigilance relevant du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Donner la formation sur les analyses des accidents;
- Élaborer un plan de communication sur la sécurité des soins;
- Élaborer l'affiche intitulée « Au CISSS du Bas-Saint-Laurent, la sécurité, c'est l'affaire de tous! » qui précise les attentes envers les employés, les gestionnaires et les médecins.

Suivi des indicateurs du comité :

Indicateurs de suivi	Résultats départ 2015-2016	Résultats 2016-2017	Résultats 2017-2018	Cibles 31 mars 2018	Atteinte de la cible
Nombre d'années d'accidents ayant contribué au décès	22	21	23	18	Non atteinte
Nombre d'événements sentinelles avec recommandations suite à un décès	10	11	11	5	Non atteinte
Nombre d'années d'accidents à conséquence grave	82	86	77	66	Non atteinte
Nombre de chutes par année	5 469	5 064	4 817	4 649	Non atteinte
Nombre d'erreurs de médicament	5 188	4 725	4 632	4 410	Non atteinte

Actions réalisées afin de promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents :

- Élaboration d'un dépliant sur la divulgation des incidents/accidents à l'intention des employés;
- Formation des gestionnaires nouvellement nommés ainsi que ceux effectuant des intérim;
- Formation aux employés sur la déclaration et la complétion du formulaire des incidents et accidents (plus de 250 personnes);
- Mise en place de sous-comités de gestion des risques dans onze directions.

Principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance

Types d'incidents	Nombre	Pourcentage (par rapport à l'ensemble des événements)
Test de laboratoire	948	30,5 %
Erreurs de médicaments	671	21,7 %
Retraitement des dispositifs médicaux	365	10,8 %

Principaux types d'incidents (indices de gravité C à I) mis en évidence au moyen du système local de surveillance

Types d'incidents	Nombre	Pourcentage (par rapport à l'ensemble des événements)
Chutes	4 752	33,6 %
Erreurs de médicaments	3 961	28,0 %
Test de laboratoire	1 681	11,9 %

Comité de gestion des risques

Le comité de gestion des risques s'est rencontré à cinq reprises en 2017-2018 et a assuré le suivi des dossiers suivants :

- Statistiques et enjeux en gestion des risques;
- Statistiques et enjeux en prévention et contrôle des infections;
- Recommandations des conseillers cadres en gestion des risques;
- Aucune recommandation spécifique n'a été acheminée au comité de vigilance et de la qualité ainsi qu'au conseil d'administration de l'établissement par le comité de gestion des risques.

Le nombre total de déclarations d'incidents et d'accidents :

- 2017-2018 : 16 814
- 2016-2017 : 17 963
- Variation : - 6 %

Les principaux risques identifiés au cours de la dernière année :

- Chutes : 4 817 (28,9 %)
- Médicaments : 4 632 (27,5 %)
- Tests de laboratoire : 2 567 (15,3 %)



Les conseillers cadres en gestion des risques ont :

- Procédé à l'enquête et à l'élaboration de rapports de 86 événements sentinelles, dont 57 % ont nécessité des recommandations;
- Soumis 135 recommandations au comité de gestion des risques.

Les actions entreprises par le comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec :

- Les principaux risques d'incidents/accidents identifiés précédemment :
 - o Suivi des statistiques à chacune des rencontres du comité de gestion des risques;
 - o Identification des secteurs à risque;

- o Implantation d'indicateurs pour les unités ciblées;
- o Plans d'action élaborés;
- La surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales :
 - o Suivi des statistiques et des actions entreprises par le service de prévention des infections à chacune des rencontres du comité de gestion des risques.

En lien avec l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 de la LSSSS), le programme est en cours d'élaboration au CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Zones grises

- Réaliser des audits dans les secteurs d'activité des six installations visées afin de valider la prise en charge des zones grises;
- Élaborer un registre de suivi.

Rapports du coroner

Bilan :

- Adoption de la Procédure de suivi des rapports d'investigation du bureau du coroner par le comité de direction le 24 mai 2017;
- Tenue d'un tableau de suivi des recommandations issues des rapports d'investigation du Bureau du coroner. Celui-ci a été présenté aux membres du comité de la qualité et de la vigilance à deux reprises;
- Réception de 9 dossiers en 2017-2018, dont :
 - o 8 rapports et une recommandation du coroner. Parmi ces dossiers, 3 sont entrés en mars 2018;
 - o 7 dossiers présentaient des recommandations spécifiques à notre établissement et 2 dossiers sont des recommandations systémiques en provenance du MSSS;
 - o 5 dossiers ont été complétés et le suivi a été effectué auprès du Bureau du coroner en chef;
 - o 4 dossiers sont en cours de traitement par les directions concernées;
- Pour les 7 recommandations du coroner émises antérieurement à l'année 2017-2018 et qui sont toujours en cours :
 - o 2 recommandations concernent les installations de Rimouski-Neigette, 3 concernent l'ensemble du CISSS du Bas-Saint-Laurent et 2 recommandations sont des suivis systémiques;
 - o 4 dossiers ont été complétés en 2017-2018, et le suivi a été effectué auprès du Bureau du coroner en chef;
 - o 3 dossiers sont en cours de traitement par les directions concernées, dont 1 dossier pour lequel un suivi a été effectué auprès du Bureau du coroner en chef.



Actions mises en place pour appliquer les recommandations du coroner :

- Diffusion des plans de communication aux infirmières et infirmiers, infirmières et infirmiers auxiliaires et aux préposés aux bénéficiaires du Centre d'hébergement de Rimouski précisant les attentes de la direction ainsi que les outils appropriés à utiliser afin de réduire et de prévenir les conséquences graves reliées aux chutes;
- Expédition d'une note de service à tout le personnel et aux gestionnaires du Centre d'hébergement de Rimouski précisant les consignes d'utilisation et la tonalité des cloches d'appel, le verrouillage du système et les responsabilités du personnel;
- Expédition d'une note de service au personnel en soins infirmiers, au personnel du service de réadaptation ainsi qu'aux coordonnatrices des activités de soins du Centre d'hébergement de Rimouski clarifiant la procédure d'évaluation du risque de chute à l'admission d'un résident et durant son séjour ainsi que les responsabilités qui incombent au personnel;
- Formation sur les bonnes pratiques en matière de prévention du suicide débutée pour le personnel de la protection de la jeunesse. Cette formation a été donnée à tous leurs gestionnaires;
- Décision d'implanter un GASM-D sur une base régionale en se référant aux recommandations du MSSS. Un plan d'action a été rédigé et l'implantation se réalisera au cours de l'année 2018-2019;
- Deux projets de rénovation fonctionnelle concernant l'unité de psychiatrie de Rivière-du-Loup et l'unité 1C à Rimouski ont été acceptés et priorisés;
- Mise en place d'un comité de travail dans le but de revoir la gestion des épisodes de soins sur les unités de soins en santé mentale dans les deux centres hospitaliers offrant le service de psychiatrie;
- Diverses interventions ont été réalisées concernant les unités de soins en santé mentale, notamment la formation Oméga offerte à tout le personnel, la révision des méthodes de préparation, de distribution et de décompte de la médication, l'acquisition de contentions et la formation sur leur utilisation, la procédure sur les lignes de conduite à tenir face aux usagers placés en milieu sécuritaire et en « strict », etc.;
- Révision et mise en place de la nouvelle échelle de niveaux de soins de l'INESSS et harmonisation pour l'ensemble du CISSS du Bas-Saint-Laurent. Reconnaissance de la place prépondérante de l'utilisateur ou de son représentant dans la détermination des niveaux de soins. Description des rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués dans le processus. De plus, un guide d'utilisation est en place et une formation a été offerte;
- Formation donnée aux infirmières et infirmiers intervenant au Centre de détention de Rimouski permettant de rehausser leurs compétences en matière d'anaphylaxie et de pousser plus loin leur investigation des symptômes allergiques;
- Bonification des outils d'évaluation de l'infirmière et de l'infirmier afin de mieux dépister les personnes à potentiel allergique au Centre de détention de Rimouski;
- Mise en place d'un comité regroupant différents intervenants du Centre de détention de Rimouski et du CISSS du Bas-Saint-Laurent. Ce comité permet d'assurer une communication plus fluide, le transfert d'informations sur les allergies et les diètes des personnes incarcérées ainsi que l'identification des personnes à potentiel allergique;
- Lors des rencontres avec les exploitants des RPA-RI, tenues dans les huit MRC du Bas-Saint-Laurent, il y a eu la présentation d'un événement faisant l'objet d'un rapport d'investigation du coroner en lien avec un décès survenu à la suite d'une fugue d'un résident de RPA. Plusieurs sujets ont été abordés en lien avec ce rapport :
 - o certains articles du règlement;
 - o les causes identifiées et les recommandations du coroner au CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - o les recommandations du coroner à l'exploitant où vivait le résident;
 - o la procédure à suivre en cas d'absence inexploquée d'un résident et les recommandations de l'établissement;
- À la suite de la mise en place du comité de triage, un plan de travail a été rédigé et le comité travaille sur la standardisation du triage dans les urgences de notre établissement;
- Diffusion à l'interne du rapport d'investigation du coroner concernant le décès d'une personne ayant refusé de recevoir des transfusions sanguines. Il a été convenu, avec l'accord du CISSS de Chaudière-Appalaches, que la politique mise en place par cet établissement sera partagée à l'ensemble des autres établissements du RIUS UL. Dès sa disponibilité, la Direction des services professionnels du CISSS du Bas-Saint-Laurent s'engage à adapter cette politique à notre réalité.



Protecteur du citoyen

Le tableau ci-dessous présente la liste des recommandations du Protecteur du citoyen ayant été adressées à l'établissement ainsi que le résumé des mesures mises en place pour donner suite à ces recommandations.

Recommandations	Résumé des mesures mises en place
Prendre les mesures appropriées pour s'assurer que le personnel de la résidence X s'acquitte de ses obligations concernant la déclaration et la divulgation d'incident ou d'accident.	- Le 22 juin 2016, la chef de service RPA-RI, pôle centre, a rencontré l'équipe des ressources intermédiaires du CISSS du Bas-Saint-Laurent. - Au mois d'août, des interventions ont été réalisées auprès de la directrice et du personnel de la résidence par l'infirmière responsable désignée par le CISSS du Bas-Saint-Laurent, soit des rappels concernant : - l'importance de remplir le formulaire AH-223 lors du constat d'un incident ou d'un accident; - les délais de transmission à l'infirmière afin que cette dernière puisse réaliser rapidement son analyse et en informer le répondant de l'utilisateur. Une entente a été convenue concernant la responsabilité de la directrice de la résidence qui procédera à une première validation du rapport et des mesures de prévention à mettre en place avant de remettre le tout à l'infirmière; - l'importance d'informer l'infirmière par téléphone lors d'un incident ou d'un accident touchant un membre du personnel; - la première divulgation qui doit être effectuée au cours de la même journée auprès du premier répondant. - Le 17 octobre 2016, la chef de service RPA-RI a effectué un rappel lors d'une rencontre à l'effet qu'elle s'attendait à ce que les infirmières réalisent de l'accompagnement ainsi qu'un rappel auprès du personnel et des personnes responsables des ressources intermédiaires.
- Évaluer en ergothérapie, avec l'accord de l'utilisateur, ses capacités à utiliser adéquatement sa cuisinière et celles de préparer et de se servir un repas simple et un repas complexe, et ce, d'ici le 26 mai 2017; - Évaluer l'utilisateur en tenant compte de la disponibilité de la proche aidante; - Ajuster, d'ici le 2 juin 2017, le plan d'intervention de l'utilisateur, en tenant compte des résultats de l'évaluation en ergothérapie ainsi que de la disponibilité réelle de la proche aidante.	- Une évaluation complète de l'utilisateur a été faite en ergothérapie le 8 mai 2017 en considérant la disponibilité de la proche aidante; - L'utilisateur requiert de l'aide aux activités de vie domestique (AVD) et elle est incapable de préparer l'ensemble de ses repas, et ce, même si la cuisine est adaptée. L'utilisateur déménagera dans un appartement adapté et il lui sera alors possible de faire réchauffer ses repas sur la cuisinière;



Recommandations	Résumé des mesures mises en place
	• L'usagère désire obtenir des heures supplémentaires de service pour la préparation de ses repas (AVD). À cet effet, compte tenu que ces services sont alloués par le Fonds d'aide aux personnes handicapées relevant de la Direction des programmes DI-TSA-DP, l'intervenante sociale au dossier de l'usagère sera interpellée afin qu'elle assure une coordination de l'épisode de services, en considération des besoins réels de l'usagère et des possibles ajustements du programme concerné permettant l'ajustement du plan d'intervention au 2 juin 2017.
1. Élaborer une procédure de traitement des demandes de réouverture rapide de dossiers mis en suspens, précisant notamment les délais pour procéder à l'analyse de ces demandes et assurant une information adéquate aux usagers à propos de la réception, de la recevabilité et, le cas échéant, du moment probable pour le début des services. La date limite est le 30 septembre 2017. 2. Établir et faire connaître auprès de son personnel une norme attendue pour les suivis aux appels des usagers dans des délais raisonnables. La date limite est le 31 juillet 2017. 3. Procéder à la révision du plan d'intervention de l'usagère et définir, le cas échéant, les interventions nécessaires pour la réponse aux besoins identifiés et les modalités de suivi de la mise en œuvre de ce plan. La date limite est le 31 juillet 2017.	1. La procédure a été révisée en date du 13 juin 2017 et celle-ci sera adoptée lors du premier comité de gestion de la direction au retour des vacances, soit le 20 septembre 2017, et ce, étant donné que nous n'avons pas d'autre rencontre du comité avant cette date. Par la suite, nous diffuserons cette nouvelle procédure au personnel concerné lors des rencontres d'équipes locales animées par les gestionnaires de la DPDI-TSA- DP d'ici le 30 octobre 2017. 2. Une nouvelle directive a été élaborée en date du 8 juin 2017 pour l'ensemble du personnel de la direction afin d'établir des balises claires pour les suivis aux appels des usagers, de leurs familles et de leurs proches. Elle a été adoptée lors du premier comité de gestion de la direction au retour des vacances, soit le 20 septembre 2017, et ce, étant donné que nous n'avons pas d'autre rencontre du comité avant cette date. Par la suite, elle sera présentée au personnel concerné par les gestionnaires lors de leurs rencontres d'équipes respectives, et ce, d'ici le 31 octobre 2017. 3. Le plan d'intervention de l'usagère a été révisé en date du 18 avril 2017 et celui-ci sera révisé tous les trois mois par la suite, et ce, comme prévu dans nos orientations pour les usagers bénéficiant de services spécialisés. La gestionnaire et l'employée en question ont établi des objectifs individuels en lien avec la prestation de services de cette dernière dans une lettre qui lui a été remise. Elle reçoit des services de soutien tous les 15 jours de la part de la spécialiste en activités cliniques pour l'aider à développer de meilleures compétences en lien avec le PI quant à la qualité des objectifs à y inscrire et du contenu des notes évolutives à inscrire au dossier. De plus, la gestionnaire assure un encadrement soutenu à cette employée, soit une fois par mois afin de s'assurer du respect des objectifs émis à son égard.



Recommandations	Résumé des mesures mises en place
1. Maintenir l'usagère dans son milieu de vie actuel, compte tenu de la présence de facteurs biopsychosociaux, de son profil et des impacts sur sa santé. 2. S'assurer que toute décision finale d'orientation soit discutée avec l'équipe multidisciplinaire et découle d'un consensus entre les cliniciens professionnels impliqués incluant l'intervenant social, l'ergothérapeute, le personnel infirmier et le médecin. 3. Prendre en compte, au même titre que toute autre considération, l'impact humain des relocalisations sur les usagers lors de la prise de décision d'orientation vers une ressource d'hébergement particulière.	1. L'usagère a été admise en CHSLD en date du 19 avril 2017. Son statut est ainsi passé d'un hébergement de transition à un hébergement à long terme. 2-3. Le CISSS du Bas-Saint-Laurent convient de l'importance capitale que revêt, pour l'usager et sa famille, la décision déterminant le choix de l'orientation. De ce fait, la décision finale découle nécessairement d'un processus consensuel mené par une équipe interdisciplinaire et avec l'usager/famille au centre de cette démarche. Le CISSS du Bas-Saint-Laurent assure qu'il s'agit là de l'approche privilégiée par nos équipes. L'établissement est actuellement dans une importante démarche de revue de ses approches et pratiques cliniques dans ses milieux de CHSLD. Cette démarche, relevant de la direction générale, comprend six grands chantiers dont l'un concerne spécifiquement la consolidation de l'approche interdisciplinaire. Ces travaux permettront d'améliorer nos façons de faire à l'égard de la collaboration interdisciplinaire et, par la même occasion, de s'assurer des meilleurs pratiques à l'étape cruciale de la décision concernant l'orientation de l'usager. Une attention particulière sera portée à la considération de l'aspect humain dans l'ensemble du processus conduisant à la décision d'orienter une personne vers une ressource d'hébergement. Nous comprenons qu'il s'agit pour nous d'un élément d'amélioration continue devant faire l'objet d'actions spécifiques auprès de nos équipes de professionnels impliquées dans la démarche d'orientation d'un usager. Cet aspect du processus d'orientation des usagers fait l'objet de travaux d'un second comité d'amélioration continue en CHSLD touchant plus particulièrement l'accueil, la dignité, les soins de base et l'approche aux usagers. Le comité des usagers du CISSS du Bas-Saint-Laurent participe aux différents travaux en lien avec les chantiers d'amélioration des activités en CHSLD, dont les comités de travail suivants : accueil, dignité, soins de base et approches aux usagers - alimentation - milieu de vie.



Recommandations	Résumé des mesures mises en place
1. Rappeler aux membres du personnel et aux professionnels concernés de l'unité de chirurgie du CHRGP qu'une mesure de contrôle : - o ne doit pas être utilisée que pour empêcher les personnes de s'infliger de façon imminente des blessures ou d'en infliger à autrui; - o ne doit être envisagée qu'en dernier recours, lorsque tous les autres moyens ont échoué, et ce, conformément aux orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques. 2. Rappeler aux membres du personnel et aux professionnels concernés de l'unité de chirurgie du CHRGP que lorsqu'une mesure de contrôle est prise, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans le dossier de l'utilisateur et que doivent notamment y être consignées : - o une description des moyens utilisés; - o la période pendant laquelle ils ont été utilisés; - o la description du comportement motivant cette mesure de contrôle. 3. Rappeler aux membres du personnel et aux professionnels concernés de l'unité de chirurgie du CHRGP de remplir les divers formulaires prévus, conformément à son <i>Règlement relatif à l'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques</i>. 4. Rappeler au personnel infirmier de l'unité de chirurgie du CHRGP de documenter au dossier de l'utilisateur toute décision clinique, notamment quant au niveau de surveillance privilégié à la suite d'une évaluation du risque de chute. 5. Rappeler au personnel infirmier de l'unité de chirurgie du CHRGP l'importance d'évaluer régulièrement la douleur, de toujours vérifier le degré de soulagement de la douleur après l'administration d'un analgésique et de noter ces informations au dossier. 6. Rappeler au personnel infirmier de l'unité de chirurgie du CHRGP l'importance de s'assurer que la personne prend ses médicaments comme ils sont prescrits et de trouver des voies d'administration de rechange s'il y a lieu.	Le 30 août 2017, l'affichage d'un <i>Flash-Info</i> a été fait et prenait la forme d'une situation clinique sur l'unité de soins. D'autres documents ont été annexés pour consultation par le personnel. Un registre de signatures a d'ailleurs été mis en place afin d'attester de la lecture des documents. Par ailleurs, des capsules cliniques ont été dispensées au personnel de l'unité durant les trois quarts de travail. Les éléments abordés étaient : l'utilisation des mesures de contrôle, les formulaires requis, l'utilisation du PTI, les directives et les procédures concernant les niveaux de surveillance privilégiés à la suite d'une évaluation du risque de chute, l'évaluation juste et complète de la douleur, les voies d'administration de rechange et l'importance de documenter toutes les interventions. Enfin, des audits seront également faits au début du mois de décembre 2017 pour assurer la pérennité des interventions réalisées.



Recommandations	Résumé des mesures mises en place
Annuler tous les frais d'hôtellerie inhérents au séjour de l'utilisateur concerné aux installations X.	L'établissement a transmis une lettre à la sœur de l'utilisateur lui mentionnant que les frais de séjour de 70 \$ ont été annulés ainsi qu'une note de crédit numéro 77084 (annulation des frais). Une copie des documents a été transmise au Protecteur du citoyen.
5. S'assurer que la résidence X respecte l'ensemble des normes et critères du règlement sur la certification, en recevoir les preuves concrètes et faire un rapport au Protecteur du citoyen du suivi du dernier plan de collaboration établi par les intervenants du CISSS du Bas-Saint-Laurent; 6. Se doter d'une procédure assurant la pérennité du redressement visé à la recommandation n° 5 en supervisant la direction de la résidence; 7. Définir, par une procédure prévoyant une gradation des moyens en cas de non-respect répété, les moyens déployés par le CISSS du Bas-Saint-Laurent pour s'assurer du maintien de la conformité au règlement sur la certification et du suivi de l'application concrète des correctifs notifiés aux résidences privées pour aînés du Bas-Saint-Laurent.	Les recommandations ont été reçues à la suite d'une intervention, initiée par le Protecteur du citoyen, dans une RPA. Les quatre premières recommandations s'adressaient à la résidence. 5. Le plan d'encadrement étant terminé comme prévu en mai 2017, le CISSS du Bas-Saint-Laurent amorçait le processus d'accompagnement du renouvellement de la certification de la résidence. Cette démarche permet de passer en revue toutes les exigences liées au règlement de la certification et d'en valider le respect. En août 2017, de nouvelles problématiques de qualité ont été portées à l'attention du CISSS du Bas-Saint-Laurent et ont été documentées. Considérant ces nouveaux éléments, la récurrence des problématiques soulevées, la difficulté des exploitants à faire face à leurs obligations ainsi que les nombreuses interventions réalisées, il a été décidé de suspendre le processus de renouvellement et de procéder à une inspection. Celle-ci s'est déroulée du 12 au 29 septembre 2017 et le rapport a été déposé à la présidente-directrice générale le 4 octobre. Suite à cette inspection, il a été décidé d'amorcer le processus de non-renouvellement de la certification de la résidence. 6. Étant donné que la résidence cessera ses activités dans les prochaines semaines, nous n'avons pas eu à mettre en place une procédure de pérennisation des actions pour le redressement de cette résidence. La date de fermeture sera déterminée en fonction de la relocalisation de tous les résidents (52). Toutefois, l'objectif est de relocaliser l'ensemble de la clientèle dans un délai de 45 jours. 7. Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a adopté, en avril 2017, une politique et une procédure de vigie de la qualité dans les résidences privées pour aînés qui ont pour objectif que toute personne à l'emploi du CISSS du Bas-Saint-Laurent qui est témoin de problématiques de qualité ou de conduite inacceptable dans une résidence doit dénoncer cette situation auprès du gestionnaire concerné. Ces processus prévoient également les étapes d'intervention lors du constat de non-conformité ou d'écart de qualité. Dans le but de s'assurer du maintien de la conformité au règlement sur la certification, la DQEPE, en collaboration avec la DP-SAPA, a également mis en place un processus continu d'audits dans les RPA. Ce processus prévoit la tenue d'audits deux fois par année dans l'ensemble des résidences du territoire et un suivi des écarts identifiés.



Recommandations	Résumé des mesures mises en place
	En lien avec les recommandations, cette procédure a été bonifiée afin de formaliser les mesures utilisées en cas de non-respect de la réglementation sur la certification. Le processus de contrôle des non-conformités au règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité d'une RPA a aussi été transmis au Protecteur du citoyen.
1. Rappeler au personnel de l'unité multiclientèle de l'hôpital X l'importance de se présenter et d'expliquer les soins qu'il s'apprête à prodiguer aux usagers.	1. Une semaine nationale de la sécurité de l'utilisateur s'est tenue du 30 octobre au 2 novembre 2017 sous le thème « JE m'identifie et JE double identifie ». Différentes stratégies de communication ont été mises en place de façon uniforme sur l'ensemble du territoire du CISSS du Bas-Saint-Laurent telles qu'un message sur le site intranet, une affiche et un dépliant qui rappelaient l'importance de cette pratique lors de la prestation de soins ou de services. Par ailleurs, un rappel a été fait à toutes les ASI par le chef de service de l'unité multiclientèle, des soins courants et des soins de fin de vie lors de la rencontre des ASI du 28 septembre 2017 afin qu'elles sensibilisent le personnel à bien s'identifier et à donner des explications aux usagers sur les soins à prodiguer. Enfin, une note de service a été diffusée le 21 novembre 2017 par le chef de service de l'unité multiclientèle, des soins courants et des soins de fin de vie auprès du personnel de l'unité multiclientèle afin de le sensibiliser à l'importance de l'identification de l'utilisateur et de s'identifier comme intervenant. La Politique d'identification des intervenants (DRHCAJ-PO-017) y était jointe pour lecture.
1. Annuler la facture 74871 de 221,25 \$ transmise à l'usagère; 2. Rappeler aux agentes administratives de ne pas introduire le choix de chambre par une question relative aux assurances que pourraient détenir les usagers.	1. La facture numéro 74871 a été annulée. 2. Les agentes administratives ont été rencontrées et un rappel leur a été fait quant aux questions à poser aux usagers concernant leur choix de chambre en mentionnant aussi le fait de ne jamais faire référence aux assurances que pourraient (ou non) avoir les usagers.



Commissaire aux plaintes et à la qualité des service

Au 31 mars 2018, environ 70 % des 210 recommandations émises par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services ont été réalisées par les directions concernées. Quelques exemples de mesures ayant été mises en place sont présentées dans le tableau ci-après.

Thèmes et catégories de mesures	Exemples de mesures mises en place
Accessibilité Adaptation des soins et services	Transmission du plan d'action découlant des mesures retenues ainsi que des échéanciers de réalisation prévus et mise en place de moyens concrets pour diminuer les délais d'attente de façon significative en ce qui concerne le suivi par un orthophoniste (DPDI-TSA-DP). Rappel de l'importance de vérifier le bon fonctionnement des cloches d'appel et de l'importance de répondre à la cloche rapidement, du moins pour évaluer le besoin, et de s'assurer de la sécurité de l'utilisateur.
Aspect financier Ajustement financier	Annulation de la facture convenue avec la Direction des ressources financières. Une correction devra être apportée au formulaire afin d'éviter d'autres erreurs semblables. Rappel à tous de l'importance de bien expliquer le formulaire de choix de chambre à l'utilisateur et les implications liées à son choix.
Droits particuliers Droit à l'information	Rappel par la gestionnaire à toutes les infirmières de l'unité de leur rôle et de l'importance de bien se transmettre l'information entre elles. Rencontre interdisciplinaire à mieux orchestrer.
Droits particuliers Droit à la confidentialité	Démarche de sensibilisation des employés sur les règles de confidentialité.
Droits particuliers Participation de l'utilisateur aux décisions	Considération de l'impact humain des relocalisations sur les usagers lors de la prise de décision d'orientation vers une ressource d'hébergement et, particulièrement, lors d'une relocalisation transitoire.
Organisation du milieu et des ressources matérielles Confort et commodité	Ajout d'une affiche dans les salles de déshabillage.
Organisation du milieu et des ressources matérielles Compatibilité de clientèle	Ajustement de menu pour répondre aux besoins.



Thèmes et catégories de mesures	Exemples de mesures mises en place
Relations interpersonnelles Amélioration des communications	Envoi du résumé des objets de plaintes et d'interventions à la chef de service pour suivi aux ressources humaines.
Relations interpersonnelles Attitude et respect	Aide à cette infirmière pour parfaire ses connaissances en lien avec l'évaluation des usagers ayant été victimes de coup à la tête. Mise en place de mécanismes et d'outils permettant au personnel exposé à des situations stressantes ou à des comportements violents pour qu'il demeure empathique, courtois et aidant lors de toute évaluation au triage.
Soins et services dispensés Encadrement et formation du personnel	Surveillance du respect des protocoles et de la qualité. Rencontre du personnel avec la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et la conseillère cadre en gestion des risques et de l'éthique clinique, sur l'importance de remplir le rapport d'incident/accident et surtout de respecter les procédures afin d'assurer des services de qualité. Désignation d'une conseillère clinicienne du pôle ouest de l'établissement afin qu'elle assure une consolidation des meilleures pratiques en soins infirmiers.
Soins et services dispensés Continuité des services	Vérification que la fin de l'épisode de soins de courte durée fait consensus dans l'équipe interdisciplinaire pour tous les intervenants impliqués au dossier et non pas seulement sur la simple décision du congé médical. Rappel au personnel de l'urgence de trier toute la clientèle sans exception, de faire l'évaluation complète de la clientèle, de bien noter les informations recueillies au triage, de ne pas donner de délai d'attente à la clientèle (pour éviter de les dissuader) et de ne jamais nommer un diagnostic possible.



Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec a visité les installations de Rimouski les 5 et 6 février 2018 ainsi que celles de Rivière-du-Loup les 7 et 8 février 2018. Les tableaux ci-dessous présentent les recommandations qui ont été émises à la suite de ces visites ainsi que le plan d'action qui en découle.

Visite à Rimouski

Compétences	Exigences	Appréciation et recommandations	Plan d'action
Communiquer efficacement dans son contexte professionnel	Consulter et consigner au dossier du patient toutes les informations pertinentes.	Les inhalothérapeutes doivent en tout temps prendre connaissance du dossier médical des patients dont ils ont la charge et, à leur tour, y consigner toutes les informations nécessaires au suivi clinique. En tout temps, celles-ci doivent être lisibles, pertinentes, objectives et informatives.	• Sensibiliser les inhalothérapeutes concernant les normes de pratique en lien avec le dossier de l'utilisateur et les particularités à certains secteurs d'activité. Un registre sera à signer lorsque l'inhalothérapeute aura pris connaissance de ces normes de pratique; • Réaliser des audits deux fois par année afin de s'assurer que tous les inhalothérapeutes se conforment à cette mesure.
	Respecter les particularités relatives à certains secteurs d'activité lors de l'inscription des notes au dossier, selon les règles en vigueur.	Non seulement les inhalothérapeutes doivent-ils, en tout temps et avec rigueur, consigner aux dossiers toutes les informations pertinentes et les activités exercées, mais ils doivent aussi s'assurer de respecter les particularités relatives à certains secteurs d'activité. Par exemple, en assistance anesthésique : identifier clairement les intervenants ayant posé les activités professionnelles, le temps de présence en salle de l'inhalothérapeute et les ordonnances verbales ou téléphoniques.	• Sensibiliser les inhalothérapeutes concernant les normes de pratique en lien avec le dossier de l'utilisateur; • Réaliser des audits deux fois par année.



Compétences	Exigences	Appréciation et recommandations	Plan d'action
Communiquer efficacement dans son contexte professionnel (suite)	Tenir compte des aspects légaux de la tenue de dossier (papier et électronique) selon les normes en vigueur.	S'assurer que toute l'information pertinente concernant le patient est rigoureusement notée. Les ordonnances, l'intervention incluant la procédure avec la date et l'heure, la signature et les initiales professionnelles de l'inhalothérapeute constituent des éléments indispensables pour appuyer la chronologie des événements. Ces informations sont essentielles à tous les professionnels qui gravitent autour du patient afin d'assurer le suivi de son évolution clinique et la continuité des soins.	- Sensibiliser les inhalothérapeutes concernant les normes de pratique en lien avec le dossier de l'utilisateur; - Réaliser des audits deux fois par année.
Appliquer les modalités d'utilisation des dispositifs médicaux	Effectuer la vérification de l'équipement et du matériel selon les règles en vigueur et les recommandations écrites des fabricants.	Les inhalothérapeutes doivent s'assurer que tout équipement ou instrument qu'ils sont susceptibles d'utiliser est complet et fonctionnel. Par conséquent, il est de leur responsabilité de connaître et de respecter toutes les vérifications d'usage dictées par le fabricant afin d'en assurer une utilisation sécuritaire et optimale. S'assurer que la documentation relative au fonctionnement et à l'utilisation de l'instrumentation et de l'équipement est facilement accessible aux inhalothérapeutes.	- Améliorer les registres de vérification des appareils déjà existants et en faire part à l'équipe de travail; - Ajouter un registre de signatures à tous les cahiers techniques afin de vérifier que tous les inhalothérapeutes en prennent connaissance.
Appliquer les mesures préventives d'asepsie, de santé et de sécurité	Connaître ou utiliser adéquatement l'équipement de protection individuelle.	Dans leur pratique professionnelle quotidienne, les inhalothérapeutes doivent faire une utilisation adéquate de l'équipement de protection individuelle (EPI).	- S'assurer que le personnel prend les mesures adéquates pour l'EPI; - S'assurer que le personnel déclare tout incident/accident sur les lieux de travail; - Recommander au personnel de consulter le site de l'ASSTSAS; - Mettre en place un registre de signatures.



Compétences	Exigences	Appréciation et recommandations	Plan d'action
Appliquer les mesures préventives d'asepsie, de santé et de sécurité (suite)	Connaître et respecter toutes les étapes de nettoyage, de désinfection et de stérilisation.	Les professionnels de la santé doivent connaître les dispositifs médicaux semi-critiques et critiques qui requièrent un haut degré de désinfection ou de stérilisation. Afin d'atteindre ces critères en matière de prévention de la transmission des infections, les inhalothérapeutes doivent notamment : effectuer le nettoyage et la désinfection du matériel de soins et des équipements entre chaque patient; en présence de souillures visibles, réaliser l'étape de nettoyage qui précède la désinfection même si le désinfectant utilisé possède des propriétés détergentes; respecter les recommandations écrites du fabricant ou celle du comité de prévention des infections (dilution du produit, concentration, temps de contact, compatibilité avec le type de surface).	- Faire un rappel au personnel sur les systèmes de classification; - S'assurer que le matériel à nettoyer et à désinfecter soit fait en respectant les recommandations du fabricant en tout temps.
	Utiliser le matériel à usage ou patient unique en suivant les recommandations écrites du fabricant ou celles du comité de prévention des infections.	Les inhalothérapeutes doivent utiliser les dispositifs à usage ou à usager uniques selon les recommandations du fabricant puisque celles-ci correspondent aux conditions selon lesquelles l'intégrité et la performance du matériel sont préservées.	- Faire de la sensibilisation et du renforcement afin que tous les inhalothérapeutes puissent connaître et appliquer les normes des fabricants; - Rendre disponibles pour consultation les mises à jour des techniques.
	Se laver les mains ou utiliser du rince-mains systématiquement entre chaque patient et porter des gants lorsque requis.	Il est impératif que les inhalothérapeutes se lavent les mains ou utilisent du rince-mains systématiquement entre chaque patient et qu'ils portent des gants, lorsque requis.	- Faire de la sensibilisation sur les pratiques exemplaires d'hygiène des mains; - Rendre disponible pour consultation le document expliquant l'importance du lavage des mains; - Remplir un questionnaire permettant de tester leurs connaissances; - Faire des audits deux fois par année.



Visite à Rivière-du-Loup

Compétences	Exigences	Appréciation et recommandations	Plan d'action
Appliquer les mesures préventives d'asepsie, de santé et de sécurité	Connaître ou utiliser adéquatement l'équipement de protection individuelle.	Dans leur pratique professionnelle quotidienne, les inhalothérapeutes doivent faire une utilisation adéquate de l'équipement de protection individuelle (EPI).	• Sensibiliser le personnel à prendre des mesures adéquantes pour l'EPI; • Sensibiliser le personnel à déclarer les incidents/accidents pouvant survenir; • Demander une formation avec le service de prévention des infections en lien avec l'EPI.
	Connaître et respecter toutes les étapes de nettoyage, de désinfection et de stérilisation.	Les professionnels de la santé doivent connaître les dispositifs médicaux semi-critiques et critiques qui requièrent un haut degré de désinfection ou de stérilisation. Afin d'atteindre ces critères en matière de prévention de la transmission des infections, les inhalothérapeutes doivent notamment : effectuer le nettoyage et la désinfection du matériel de soins et des équipements entre chaque patient; en présence de souillures visibles, réaliser l'étape de nettoyage qui précède la désinfection même si le désinfectant utilisé possède des propriétés détergentes; respecter les recommandations écrites du fabricant ou celle du comité de prévention des infections (dilution du produit, concentration, temps de contact, compatibilité avec le type de surface).	• Faire un rappel au personnel sur les systèmes de classification; • S'assurer que le matériel à nettoyer et à désinfecter soit fait en respectant les recommandations du fabricant; • Faire les mises à jour au besoin.
	Se laver les mains ou utiliser du rince-mains systématiquement entre chaque patient et porter des gants lorsque requis.	Il est impératif que les inhalothérapeutes se lavent les mains ou utilisent du rince-mains systématiquement entre chaque patient et qu'ils portent des gants, lorsque requis.	• Sensibiliser les inhalothérapeutes sur les pratiques exemplaires d'hygiène des mains; • Rendre disponible le document expliquant l'importance du lavage des mains; • Remplir un questionnaire afin de tester les connaissances et les acquis; • Faire des audits deux fois par année.



Compétences	Exigences	Appréciation et recommandations	Plan d'action
Agir avec professionnalisme	Respecter le champ d'exercice professionnel.	Le respect de son champ d'exercice est essentiel à tout inhalothérapeute afin de cerner clairement les compétences requises à ses responsabilités professionnelles.	Mettre à la disposition des inhalothérapeutes un cartable contenant les documents suivants : règlement sur l'exercice de la profession d'inhalothérapeute, standards de pratiques et code de déontologie de l'inhalothérapeute.
	S'identifier auprès du patient, de sa famille et des autres professionnels.	Dans le cadre de l'exercice de sa profession, les inhalothérapeutes, incluant les stagiaires, doivent en tout temps se présenter et s'identifier (nom, prénom et titre professionnel). Il est également de mise de porter une carte ou un insigne d'identité de façon à ce que l'information soit lisible, sauf pour les unités de soins où les règles d'asepsie ou de sécurité ne le permettent pas.	- Rappeler aux inhalothérapeutes l'importance de s'identifier en tout temps; - Faire un rappel sur l'importance de se conformer à la politique de l'établissement en lien avec le port de la carte d'identité.
	Vérifier l'identité du patient.	Les inhalothérapeutes doivent uniformiser leur processus d'identification en utilisant deux indicateurs qui doivent correspondre aux types de services offerts (double identification). L'identification doit se rapporter spécifiquement au patient, par exemple : un numéro d'identification unique à la personne, la carte d'assurance maladie, le bracelet d'identification ou le code à barres selon le cas. Ce processus permet ainsi d'éviter et de réduire les risques d'incidents ou d'accidents reliés aux erreurs.	- Faire un rappel sur l'importance de la double identification auprès de l'utilisateur; - Se conformer à la politique de l'établissement en lien avec la double identification.
	Respecter la confidentialité des informations personnelles du patient.	Les inhalothérapeutes sont tenus au secret professionnel, défini comme l'obligation imposée à tout professionnel de garder secrètes les informations qu'il obtient sur son patient dans le cadre de l'exercice de sa profession.	- Se conformer aux politiques de confidentialité et d'accès à l'information; - Revoir les façons de travailler afin de s'assurer que la confidentialité est respectée.



Collège des médecins du Québec

Le Collège des médecins du Québec a rendu visite à l'établissement au printemps 2017. Le tableau ci-bas résume les demandes/recommandations qui ont été formulées dans son rapport.

Demandes/recommandations	Mesures mises en place
Clarifier les corridors de service et le plan de relève lors des découvertures en anesthésiologie, et ce, pour les cas d'obstétrique, de chirurgie ou de traumatologie.	Une procédure régionale a été adoptée concernant les corridors de service lors des ruptures d'obstétrique.
Que le CMDP continue à s'assurer du suivi de l'ensemble de ses comités notamment en prenant connaissance des procès-verbaux qui en émanent.	Les comités du CMDP font maintenant systématiquement partie de chacun des ordres du jour des comités exécutifs du CMDP, ce qui fait en sorte que leurs travaux sont suivis en continu.
S'assurer que la tenue de dossier respecte les balises en vigueur de la part du Collège des médecins du Québec.	La recommandation a été portée à l'attention de l'exécutif du CMDP qui doit en assurer le suivi par ses évaluations de la qualité de l'acte médical.

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST)

La CNESST a formulé des recommandations à la DPJ et à la DPJe qui sont présentées dans le tableau qui suit.

Sujet	Recommandations	Réalisations
Risque d'agression	1. Former le personnel sur l'intervention auprès des usagers agressifs; 2. Informer et outiller le nouveau personnel sur la prévention et le risque d'agression; 3. Émettre une directive claire quant à l'utilisation du bouton d'urgence; 4. Mettre en place des procédures d'intervention pour éliminer le risque d'agression.	Actualisation de toutes les demandes de correctif.

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

La CDPDJ a formulé des recommandations à la DPJ et à la DPJe qui sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Sujet	Recommandations	Réalisations
Contention-isolement	Plan d'action concernant les mesures d'isolement et de contention en lien avec les recommandations de la CDPDJ.	Plan d'action élaboré et mis en œuvre.



Commission canadienne de sûreté nucléaire (CCSN)

À la suite de la visite d'inspection de la CCSN au Département de radio-oncologie à l'Hôpital régional de Rimouski, dans le but de respecter les normes attendues en termes de radio-protection, il a été recommandé de :

- Procéder à certaines rénovations fonctionnelles mineures qui seront probablement réalisées dans la foulée des travaux reliés au projet de curiethérapie et qui devraient être terminées d'ici la fin de janvier 2019;
- Mettre à jour le manuel de radio-protection afin d'ajuster selon les normes en vigueur la pratique en matière de vérification des systèmes de sécurité, de pratiques des mesures d'urgence, de formation continue du personnel et de gouvernance en radio-protection. Cette mise à jour devrait être terminée d'ici l'été 2019.



Personnes mises sous garde et maintenues par l'établissement

Tableau des mises sous garde du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018

	Rimouski	Rivière-du-Loup	Kamouraska	Témiscouata	Les Basques	La Mitis	La Matapédia	La Matanie	Total Bas-Saint-Laurent
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	94	65	16	8	0	()	7	44	--
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	82	57	15	8	0	()	7	35	--
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	9	()	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	--
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	11	()	0	0	0	0	0	0	--
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	10	()	0	0	0	0	0	0	--
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	63	37	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	100
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	64	29	0	0	0	0	0	0	93
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	55	29	0	0	0	0	0	0	84
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1 ^{er} avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de gardes auxquels il a été soumis)	94	58	15	8	0	()	()	35	--

N. B. : Les données présentées cette année reflètent la réalité des mises sous garde au Bas-Saint-Laurent. Cependant, dans les années précédentes, en raison de la création du CISSS du Bas-Saint-Laurent, des données nous apparaissaient manquantes.

Légende : () signifie que le nombre de mises sous garde est de 5 ou moins dans l'installation.



L'examen des plaintes et la promotion des droits

On retrouve sur le site Web du CISSS du Bas-Saint-Laurent différents renseignements sur le régime d'examen des plaintes, entre autres :

- Le *Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers*;
- Le dépliant en français et en anglais;
- Deux capsules vidéo (processus de plainte et les droits);
- Le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits;
- Les coordonnées :
 - o de la commissaire et des commissaires adjoints aux plaintes et à la qualité des services;
 - o des comités des usagers de la région (CUCI et CUC);
 - o du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP Bas-Saint-Laurent);
 - o de PLAIDD-BF (Promotion, Lutte, Aide, Intervention, Défense, Droit – Bas du Fleuve);
 - o du Protecteur du citoyen.

Pour joindre le Service des plaintes et de la qualité du service :

- Par téléphone : 1 844 255-7568
- Par courriel : plaintes.ciassbsl@ssss.gouv.qc.ca

L'information et la consultation de la population

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a poursuivi sa participation à différents événements qui avaient pour but d'informer la population et de la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services.



L'établissement a participé à plusieurs tables régionales de concertation et à de nombreux échanges avec les élus. Ce sont là autant d'occasions pour interagir avec la population et différentes associations, dont celles regroupant les personnes âgées, ainsi qu'avec les secteurs municipaux, communautaires, de la santé et des services sociaux, de la recherche, de l'emploi et de l'éducation.

De plus, quelque 712 demandes d'entrevues ont été acheminées au CISSS du Bas-Saint-Laurent, provenant des médias du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie, de la Côte-Nord, de Québec et de Montréal. Plus de 20 communiqués de presse ont également été diffusés afin d'informer la population.

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent est soucieux de mettre à contribution la population de son territoire. Les différents moyens suivants ont été utilisés au cours de la dernière année :

- Élaboration d'un sondage générique sur l'évaluation de la satisfaction de la clientèle;
- Participation des usagers au comité aviseur en santé mentale;
- Témoignages d'usagers diffusés dans la revue *En mouvement* de la DRHCAJ, dans la section « La parole aux usagers »;
- Présence de patients partenaires au sein de différents programmes :
 - o Un patient au sein du programme de cancérologie;
 - o Trois patients pour le projet COMPAS en maladies chroniques;
 - o Deux patients de Rivière-du-Loup pour le suivi MPOC en maladies chroniques;
 - o Un patient au programme d'AVC;
- Participation de douze patients, atteints principalement de problèmes rhumatologiques, au premier projet d'Université des patients offert par l'UQAR en collaboration avec la Dre Isabelle Fortin, rhumatologue.

- Rencontre et consultation auprès des comités des usagers sur une base régulière pour l'implantation de différentes orientations cliniques dans la direction DI-TSA-DP;
- Consultation du comité des usagers pour le plan stratégique sur les pratiques exemplaires sur l'hygiène des mains.

Le CISSS informe par les moyens suivants :

- Rencontres avec des ressources privées pour aînés;
- Journal d'information acheminé aux usagers deux fois par année par la DPDI-TSA-DP;
- Présentation sur la *Loi sur la protection de la jeunesse* (CPE, milieu scolaire, terrain de jeux, organismes communautaires, etc.);
- Conférence et communiqué de presse de la DPJ pour la publication de son bilan annuel;
- Sensibilisation de la population par la DPJ en lien avec la Journée internationale des droits de l'enfant;
- Diffusion trois fois par année du bulletin *Le Repère* destiné aux RI et RPA du Bas-Saint-Laurent.

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a consulté les usagers sur les sujets suivants :

- Consultation du comité des usagers pour l'harmonisation du programme clinique sur la prévention des chutes et d'intervention lors d'une chute ainsi que pour le règlement et le protocole sur les mesures de contrôle;





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



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

La présidente-directrice générale doit, chaque année, faire rapport au conseil d'administration sur l'application de la politique de l'établissement portant sur les soins de fin de vie. Voici les principales actions réalisées en cours d'année, de même que des données statistiques qui témoignent des services offerts à la population :

- Tenue de trois rencontres du comité stratégique et de quatre rencontres du comité de coordination clinique régional pour soutenir l'organisation et la coordination des soins de fin de vie;
- Bonification du programme clinique régional sur les soins de fin de vie, notamment :
 - o Offre de services médicaux pour les soins de fin de vie;
 - o Offre de services des soins spirituels et des bénévoles;
- Déploiement de critères d'admission dans les lits réservés appuyé sur un algorithme décisionnel;
- Déploiement de la formation générale portant sur l'approche en soins palliatifs du MSSS auprès de certains intervenants et formation de mentors en CHSLD pour les soins de fin de vie auprès de douze infirmières auxiliaires;
- Déploiement d'audits cliniques pour l'évaluation de la pratique infirmière lors de l'aide médicale à mourir;
- Organisation de quatre midis-cliniques portant sur la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir.

Bilan des rapports statistiques couvrant les périodes du 10 décembre 2016 au 9 juin 2017 et du 10 juin 2017 au 9 décembre 2017

Activités	Informations	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs dans une des missions du CISSS du Bas-Saint-Laurent, incluant en maison de soins palliatifs	1 941
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives administrées	17
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	51
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	39
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	12*

*Les motifs sont les suivants : 1 personne ne répondait pas aux critères de la loi, 5 personnes étaient inaptes, 3 personnes ont changé d'avis et 3 personnes sont décédées avant le soin





Les ressources humaines



Les ressources humaines

La gestion et le contrôle des effectifs

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

		Comparaison sur 364 jours (avril 2017 À mars 2018)				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2017-04-02 au 2018-03-31		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nombre ETC	Nombre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	518 718	3 488	522 205	287	347
	2015-16	470 608	2 244	472 851	260	307
	2016-17	468 838	1 309	470 147	258	328
	2017-18	438 616	634	439 250	242	299
	Variation	(15,4 %)	(81,8 %)	(15,9 %)	(15,7 %)	(13,8 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	1 428 732	7 412	1 436 144	793	1 031
	2015-16	1 416 954	6 481	1 423 435	786	1 038
	2016-17	1 410 993	6 671	1 417 664	783	1 037
	2017-18	1 457 797	9 118	1 466 915	810	1 067
	Variation	2,0 %	23,0 %	2,1 %	2,1 %	3,5 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	3 223 305	122 067	3 345 373	1 733	2 298
	2015-16	3 195 525	115 549	3 311 074	1 718	2 267
	2016-17	3 126 281	116 932	3 243 213	1 677	2 203
	2017-18	3 095 768	146 839	3 242 607	1 660	2 162
	Variation	(4,0 %)	20,3 %	(3,1 %)	(4,2 %)	(5,9 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	5 278 764	97 194	5 375 958	2 912	4 116
	2015-16	5 134 363	95 270	5 229 632	2 834	3 990
	2016-17	5 063 137	102 344	5 165 481	2 798	3 955
	2017-18	5 201 689	135 666	5 337 355	2 879	4 062
	Variation	(1,5 %)	39,6 %	(0,7 %)	(1,2 %)	(1,3 %)



		Comparaison sur 364 jours (avril 2017 À mars 2018)				
		2014-04-06 au 2015-04-04			2017-04-02 au 2018-03-31	
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nombre ETC	Nombre individus
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1 135 206	16 340	1 151 546	578	944
	2015-16	1 109 438	18 008	1 127 446	566	878
	2016-17	1 083 508	19 856	1 103 364	553	884
	2017-18	1 082 086	18 175	1 100 261	552	856
	Variation	(4,7 %)	11,2 %	(4,5 %)	(4,6 %)	(9,3 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	16 057	172	16 229	9	62
	2015-16	9 588	52	9 640	5	46
	2016-17	8 711	16	8 727	5	38
	2017-18	10 892	106	10 998	6	59
	Variation	(32,2 %)	(38,6 %)	(32,2 %)	(32,0 %)	(4,8 %)
Total du personnel	2014-15	11 600 783	246 672	11 847 455	6 313	8 296
	2015-16	11 336 475	237 603	11 574 079	6 169	8 083
	2016-17	11 161 468	247 129	11 408 597	6 074	8 013
	2017-18	11 286 848	310 537	11 597 385	6 149	8 111
	Variation	(2,7 %)	25,9 %	(2,1 %)	(2,6 %)	(2,2 %)

Certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs allouées par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Nombre d'embauches en 2017-2018

961



Les ressources financières



Les ressources financières

L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Répartition des charges brutes par programmes

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent	
	Dépenses	%	Dépenses	%
Programmes-services				
Santé physique	256 353 167 \$	38 %	230 629 494 \$	38 %
Santé publique	8 660 820 \$	1 %	7 640 360 \$	1 %
Services généraux, activités cliniques et aides	35 691 899 \$	5 %	27 596 857 \$	5 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	100 422 687 \$	15 %	99 757 954 \$	16 %
Déficience physique	22 983 345 \$	3 %	20 269 638 \$	3 %
Déficience intellectuelle et TSA	33 813 234 \$	5 %	31 937 339 \$	5 %
Jeunes en difficulté	35 232 162 \$	5 %	32 031 628 \$	5 %
Dépendances	2 657 160 \$	0 %	1 647 302 \$	0,3 %
Santé mentale	34 217 766 \$	5 %	30 200 372 \$	5 %
Programme soutien				
Administration	44 599 434 \$	7 %	42 410 790 \$	7 %
Soutien aux services	47 661 782 \$	7 %	46 415 034 \$	8 %
Gestion des bâtiments et des équipements	43 628 822 \$	7 %	41 727 915 \$	7 %
Total	665 922 278 \$		612 264 683 \$	

Pour plus d'informations sur les ressources financières, vous pouvez consulter le rapport financier AS-471 publié sur le site Web de l'établissement.



L'équilibre budgétaire

L'établissement respecte l'équilibre budgétaire entre ses revenus et ses charges de façon globale ainsi que pour ses activités d'exploitation. Nous terminons l'année financière avec un surplus de 1 281 662 \$ au fonds d'exploitation et un déficit de 105 555 \$ pour le fonds d'immobilisations. L'écart déficitaire entre les revenus et les charges du fonds d'immobilisations découlent du respect des normes comptables concernant la présentation des dépenses d'amortissement reliées aux immobilisations financées par les soldes de fonds accumulés.

Les contrats de service

Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus conclus entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique ¹	1	25 380 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ²	66	8 228 794 \$
Total des contrats de service	67	8 254 174 \$

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.



L'état du suivi des réserves, commentaires et
observations émis par l'auditeur indépendant

L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

Nom de l'établissement Code Page / Idn.
 CISSS du Bas-Saint-Laurent 1104-5119 140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2018

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonne 5, 6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Comme exigé par le MSSS, les paiements de transfert sont comptabilisés uniquement lorsque les paiements ont fait l'objet d'un vote à l'Assemblée nationale, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2013	R	Aucune, car directive du MSSS.			NR
Baux conclus avec la SIQ comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que les conditions sont celles d'un contrat de location-acquisition.	2010	R	Aucune, car directive du MSSS.			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
L'unité B n'est pas compilée pour le C/A « 6806 – Pharmacie en CLSC ».	2017	O	Un processus de révision de l'interprétation du MGF de ce C/A est en cours.			NR
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						
Registre permanent des immobilisations non implanté.	2012	O	Les systèmes financiers ne permettent pas d'avoir un inventaire permanent des immobilisations.			NR
Suite à la fusion des installations, lorsqu'une unité ne doit être comptabilisée qu'une seule fois selon une période de temps définie, les systèmes d'information ne permettent pas de faire cette distinction pour	2016	O	Aucune, par contre les incidences de cette dérogation aux définitions et explications du MGF sur le rapport financier n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.			NR



l'ensemble de l'établissement, puisqu'ils fonctionnent de façon autonome par installation.						
L'établissement n'a pas atteint le minimum de 2 % d'investissement en matière d'entretien préventif et curatif dans l'ensemble de la région (Réf. 03.02.30.05).	2017	O	Des investissements se poursuivent pour atteindre le niveau minimal requis par le MSSS.			NR
L'uniformisation à la <i>Politique de tarification des stationnements</i> du MSSS n'est pas réalisée pour l'ensemble des installations.	2017	O	Des investissements seront réalisés en 2018-2019 afin de respecter les directives du MSSS.		PR	
Pour les sommes versées en numéraire aux services d'application des mesures (C/A 5402 – appartements supervisés en jeunesses), les pièces justificatives ne sont pas toujours présentes pour prouver les sommes versées aux usagers. Ceci est principalement dû au fait qu'il n'y a pas de procédures écrites claires et précises et que le délai de conservation des dossiers est court.	2018	O	Des démarches seront entreprises pour régulariser la situation au cours du prochain exercice.			NR
La description du système de compilation des unités de mesure n'est pas complète pour toutes les unités de mesure. En conséquence, le processus de compilation des unités de mesure n'est pas standardisé pour chacune des installations.	2014 2018	O	En processus de réalisation.		PR	





Les organismes communautaires



Les organismes communautaires

Nombres d'organismes communautaires

Ce sont 124 organismes communautaires qui ont été subventionnés au Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC).

Les actions reliées au suivi de reddition de comptes

- Support-conseil en gestion auprès de deux organismes communautaires;
- Adoption du Cadre de référence pour l'application du Programme de soutien aux organismes communautaires, incluant les seuils planchers régionaux attribués aux typologies;
- Répartition régionale du rehaussement de l'enveloppe du PSOC permettant à 38 organismes communautaires de recevoir le financement additionnel en mission globale;
- Validation de la conformité des rapports annuels et des rapports d'activités des organismes communautaires en lien avec la brochure « La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale » et la convention 2015-2018.

Les allocations financières régulières versées aux organismes communautaires de chaque MRC

MRC de Kamouraska

Organismes	Enveloppe	
	2017-2018	2016-2017
Arc-en-ciel du cœur	44 846 \$	34 093 \$
Association des personnes handicapées du Kamouraska Est inc.	56 986 \$	46 358 \$
Association kamouraskoise en santé mentale La Traversée	138 582 \$	137 619 \$
Association pocatoise des personnes handicapées inc.	56 986 \$	46 358 \$
Carrefour des jeunes de La Pocatière inc.	91 042 \$	90 409 \$
Centre d'action bénévole Cormoran inc.	198 650 \$	209 317 \$
Centre-Femmes, La Passerelle du Kamouraska	194 996 \$	193 641 \$
La Montée, Centre de prévention et de traitement des dépendances au Bas-Saint-Laurent	242 155 \$	240 472 \$
Maison de la famille du Kamouraska	14 854 \$	14 751 \$
Moisson Kamouraska	63 179 \$	54 388 \$
Quartier-Jeunesse 1995	91 040 \$	90 407 \$
Tandem-Jeunesse	297 066 \$	295 001 \$
Total – MRC de Kamouraska	1 490 382 \$	1 452 814 \$



MRC de Rivière-du-Loup

Organismes	Enveloppe	
	2017-2018	2016-2017
Association des stomisés du Grand-Portage	10 551 \$	10 478 \$
Association du trouble primaire du langage de l'Est	48 096 \$	37 691 \$
Association Multi-défis	75 565 \$	66 417 \$
Carrefour d'initiatives populaires de Rivière-du-Loup	73 441 \$	72 930 \$
Centre d'action bénévole des Seigneuries inc.	225 999 \$	224 428 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) du KRTB	131 776 \$	130 860 \$
Centre de prévention suicide du KRTB	172 525 \$	171 326 \$
Centre d'entraide l'Horizon de Rivière-du-Loup	160 387 \$	159 272 \$
Centre-Femmes du Grand-Portage	194 997 \$	193 642 \$
Centre-Jeunes de Cacouna	52 180 \$	41 169 \$
Comité d'accompagnement La Source inc.	44 846 \$	34 093 \$
Corporation de l'Entre-jeunes de Rivière-du-Loup	91 701 \$	83 838 \$
Corporation du comité jeunesse 1997	40 901 \$	40 617 \$
Justice alternative du KRTB inc.	188 746 \$	187 434 \$
Les Diabétiques-Amis du KRTB	47 002 \$	36 481 \$
Les Grands Amis du KRTB	44 846 \$	34 093 \$
Maison des jeunes de Saint-Épiphanie	83 366 \$	74 839 \$
Maison d'hébergement La Bouffée d'air du KRTB	447 721 \$	444 609 \$
Trajectoires Hommes du KRTB	211 717 \$	210 245 \$
Total – MRC de Rivière-du-Loup	2 346 363 \$	2 254 462 \$

MRC de Témiscouata

Organismes	Enveloppe	
	2017-2018	2016-2017
Association de personnes handicapées Entre-Amis du Témiscouata inc.	65 899 \$	65 441 \$
Centre d'action bénévole région Témis inc.	212 061 \$	210 587 \$
Centre des femmes du Ô Pays	195 000 \$	193 644 \$
Centre des femmes du Témiscouata	194 999 \$	193 643 \$
Cuisines collectives de Cabano	44 683 \$	33 913 \$
Cuisines collectives de Dégelis	44 710 \$	33 942 \$
Cuisines collectives du Haut-Pays	44 440 \$	33 643 \$
L'Autre-Toit du KRTB	674 530 \$	669 841 \$
Maison de la famille du Témiscouata	14 606 \$	14 504 \$
Maison des jeunes « La Piôle »	38 670 \$	26 584 \$
Maison des jeunes « Le coin » de Dégelis	74 607 \$	65 382 \$
Maison des jeunes « Pirana »	79 388 \$	68 007 \$
Maison Entre-Deux de Cabano	50 091 \$	38 914 \$
Place des jeunes de Squatec	55 680 \$	44 948 \$
Source d'espoir Témis inc.	146 961 \$	145 939 \$
Total – MRC du Témiscouata	1 936 325 \$	1 838 932 \$

MRC des Basques

Organismes	Enveloppe	
	2017-2018	2016-2017
Association de personnes handicapées l'Éveil des Basques inc.	76 393 \$	67 311 \$
Centre d'action bénévole des Basques inc.	139 052 \$	138 085 \$
Centre-femmes Catherine Leblond inc.	195 000 \$	193 644 \$
Corporation de la maison des jeunes de Trois-Pistoles inc.	89 390 \$	88 769 \$
Cuisine collective Croc-Ensemble des Basques	42 581 \$	31 586 \$
Périscopie des Basques	108 849 \$	108 092 \$
Total – MRC des Basques	651 265 \$	627 487 \$



MRC de Rimouski-Neigette

Organismes	Enveloppe	
	2017-2018	2016-2017
Association de la déficience intellectuelle de la région de Rimouski	44 846 \$	34 093 \$
Association des personnes ACVA-TCC du BSL	121 380 \$	120 536 \$
Association des personnes handicapées visuelles du Bas-Saint-Laurent	111 085 \$	110 313 \$
Association du cancer de l'Est du Québec	35 641 \$	35 393 \$
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) – Bas-Saint-Laurent inc.	13 366 \$	13 273 \$
Autisme de l'Est-du-Québec	110 173 \$	102 211 \$
Aux Trois Mâts	100 059 \$	99 363 \$
Centre d'action bénévole Rimouski-Neigette	311 714 \$	309 547 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) de Rimouski	276 314 \$	274 393 \$
Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent	932 201 \$	925 721 \$
Centre périnatal Entre Deux Vagues	219 451 \$	217 926 \$
Centre polyvalent des aînés et aînées de Rimouski-Neigette	22 885 \$	22 726 \$
Centre-Femmes de Rimouski	195 104 \$	193 748 \$
Contre toute agression conjugale (C-TA-C)	211 717 \$	210 245 \$
Diabète Bas-Saint-Laurent inc.	60 420 \$	60 000 \$
Entraide le Rameau Rimouski	54 662 \$	54 282 \$
Justice alternative de l'Est	213 566 \$	212 081 \$
L'Arrimage, Centre de traitement des dépendances	326 687 \$	324 416 \$
La Débrouille	744 983 \$	739 804 \$
La Lueur de l'espoir du Bas-Saint-Laurent inc.	262 721 \$	260 895 \$
Le Répit du passant inc.	298 342 \$	296 268 \$
Les Grands Amis de Rimouski	53 924 \$	44 143 \$
Loisirs de jeunesse (Rimouski) inc.	375 032 \$	372 425 \$
M.A.I.N.S. Bas-Saint-Laurent	106 474 \$	98 277 \$
Maison des jeunes de Pointe-au-Père	59 149 \$	48 693 \$
Maison des jeunes de Rimouski	115 246 \$	114 445 \$
Maison des jeunes du Bic	91 701 \$	83 838 \$
Moisson Rimouski-Neigette inc.	74 292 \$	73 776 \$
PLAIDD-BF	205 003 \$	203 578 \$
Popote le Gourmet Roulant inc.	27 725 \$	27 532 \$
Pro-Jeune-Est Rimouski-Neigette	74 916 \$	67 380 \$
Regroupement des dynamiques de Rimouski	40 289 \$	40 009 \$
Regroupement des organismes communautaires en santé mentale Bas du Fleuve (ROCASM-BF)	14 718 \$	14 616 \$
Répit-Loisirs Autonomie	132 954 \$	132 030 \$



Organismes	Enveloppe	
	2017-2018	2016-2017
Ressource d'aide aux personnes handicapées du Bas-Saint-Laurent – Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	40 217 \$	27 826 \$
Santé mentale Québec – Bas-Saint-Laurent	311 493 \$	309 328 \$
Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi (SAME)	51 738 \$	41 723 \$
Société canadienne de la sclérose en plaques – section Bas-Saint-Laurent	19 449 \$	19 314 \$
Table régionale des organismes communautaires du Bas-Saint-Laurent (TROC-BSL)	123 788 \$	115 803 \$
Total – MRC de Rimouski-Neigette	6 585 425 \$	6 451 970 \$

MRC de La Mitis

Organismes	Enveloppe	
	2017-2018	2016-2017
Centre d'action bénévole de La Mitis	212 326 \$	225 742 \$
Centre femme de La Mitis	194 996 \$	193 641 \$
Le Groupe de personnes handicapées Les Alcyons inc.	72 744 \$	63 370 \$
Maison de l'Espoir de Mont-Joli inc.	299 064 \$	296 985 \$
Maison des jeunes de Mont-Joli inc.	196 474 \$	195 108 \$
Maison des tournesols	152 297 \$	151 238 \$
Parkinson Bas-Saint-Laurent	11 079 \$	11 002 \$
Pivot-Famille Mitis	14 263 \$	14 164 \$
Unité Domrémy de Mont-Joli	81 005 \$	80 443 \$
Total – MRC de la Mitis	1 234 248 \$	1 231 693 \$

MRC de La Matapédia

Organismes	Enveloppe	
	2017-2018	2016-2017
Centre d'action bénévole de la Vallée de La Matapédia	182 052 \$	180 786 \$
Centre de femmes de la Vallée de La Matapédia inc.	194 996 \$	193 641 \$
Centre Éclosion inc.	11 444 \$	11 364 \$
Grands Amis de la Vallée	43 823 \$	32 961 \$
La Jeunathèque d'Amqui inc.	108 953 \$	108 196 \$
La Maison des jeunes de Causapscal	75 363 \$	74 839 \$
La Maison des jeunes de Sayabec	91 701 \$	83 838 \$
La Maison des jeunes de Val-Brillant	41 162 \$	40 876 \$
Les Amirams de la Vallée inc.	73 275 \$	63 944 \$
Moisson Vallée Matapédia	62 181 \$	53 283 \$
Rayon de partage en santé mentale	138 277 \$	137 316 \$
Total – MRC de La Matapédia	1 023 227 \$	981 044 \$



MRC de La Matanie

Organismes	Enveloppe	
	2017-2018	2016-2017
Centre alternatif en santé mentale et sociale Le Marigot de Matane	144 143 \$	143 141 \$
Centre communautaire pour aînés Relais santé Matane	66 397 \$	71 893 \$
Centre d'action bénévole de la région de Matane inc.	175 955 \$	174 732 \$
Centre régional ADH « Le Tremplin »	292 939 \$	290 903 \$
La Cuisine collective de la région de Matane	49 672 \$	49 327 \$
La Gigogne inc.	709 684 \$	704 751 \$
L'Association des handicapés gaspésiens	63 630 \$	63 188 \$
Les Grands Amis de la région de Matane	34 332 \$	34 093 \$
Maison des jeunes de Matane	115 246 \$	114 445 \$
Maison des jeunes Le Refuge Jeunesse	64 931 \$	54 935 \$
Regroupement des femmes de la région de Matane	194 996 \$	193 641 \$
Société Alzheimer du Bas-Saint-Laurent	241 341 \$	214 453 \$
Total – MRC de La Matanie	2 153 266 \$	2 109 502 \$

Sous total des allocations régulières versées aux organismes communautaires

	Enveloppe	
	2017-2018	2016-2017
Sous-total	17 420 501 \$	16 947 904 \$

Autres organismes

	Enveloppe	
	2017-2018	2016-2017
Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec inc.	54 994 \$	54 612 \$
Total – Autres organismes	54 994 \$	54 612 \$

Total des allocations régulières versées aux organismes communautaires

	Enveloppe	
	2017-2018	2016-2017
Total global	17 475 495 \$	17 002 516 \$
Nombre total d'organismes subventionnés	124	124

N. B. : Il peut arriver que l'on dénombre moins d'organismes puisque ceux-ci sont classés par siège social et non par programme. De plus, cette liste n'est pas exhaustive de toutes les sommes allouées aux organismes. Depuis 2015-2016, elle ne dénombre que les montants réguliers octroyés aux organismes communautaires.



Annexe - Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration



Annexe – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

Adopté par le conseil d'administration en mars 2016

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 membres du conseil d'administration :

- 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 membres du conseil d'administration 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 lobbying* (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*.

onflit 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.

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

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

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

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

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

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

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 assujéti 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.

Section 2 – Principes d'éthique et règles de déontologie

7. Principes d'éthique

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

8. 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 :

8.1 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.

8.2 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.

8.3 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.

8.4 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.

8.5 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.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.



8.7 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.

8.8 Charge publique

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

8.9 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.

8.10 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.

8.11 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

9. 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.
10. 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.
11. 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.

12. 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.

13. 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.

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

15. 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

16. 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.

17. 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.

18. Comité d'examen *ad hoc*

- 18.1** 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.
- 18.2** 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.
- 18.3** 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.
- 18.4** 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.

- 18.5** 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.

19. Processus disciplinaire

- 19.1** 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.
- 19.2** 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.
- 19.3** 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*.
- 19.4** 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.
- 19.5** 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.



19.6 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.

19.7 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.

19.8 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.

19.9 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.

19.10 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.

19.11 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.

19.12 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.

19.13 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).

20. 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.

21. 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.



Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (CISSS) DU BAS-SAINT-LAURENT, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le

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

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

En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent et je m'engage à m'y conformer.

Signature

Date

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 CISSS du Bas-Saint-Laurent due aux faits suivants :

Signature	Date	Lieu
-----------	------	------



Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d’administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent, 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 conseil d’administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- ☐ 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 ou liée par l’obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m’engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d’éthique et de déontologie des membres du conseil d’administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

En foi de quoi, j’ai pris connaissance du Code d’éthique et de déontologie des membres du conseil d’administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent et je m’engage à m’y conformer.

Signature

Date

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 conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent, 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 conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- ☐ 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 membres du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent à m'y conformer.

Signature	Date	Lieu
-----------	------	------



Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

Signature	Date	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 :

Signature

Date

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

Lieu





Centre intégré
de santé
et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Québec

