

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

Rapport annuel de gestion



2016-2017

Québec 

Table des matières

Sigles et acronymes.....	4
1. Le message des autorités Le CISSS du Bas-Saint-Laurent, indéniablement sur sa lancée	8
2. La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents	10
3. La présentation de la région et de son réseau de santé et de services sociaux.....	13
3.1. L'occupation du territoire.....	13
3.2. Les conditions démographiques et socioéconomiques	15
3.3. Le portrait de santé des Bas-Laurentiens	16
4. La présentation de l'établissement et les faits saillants	21
4.1. Le CISSS du Bas-Saint-Laurent en bref	21
4.2. Les rôles et les responsabilités.....	21
4.3. L'organigramme de la haute direction	22
4.4. Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	25
4.5. Les rapports des directions	39
5. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	63
5.1. Chapitre III - Fiches de reddition de comptes des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité.	63
5.2. Chapitre IV - Les engagements de l'établissement en fonction, notamment, du Plan stratégique du MSSS 2015-2020	70
6. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	91
6.1. L'agrément.....	91
6.2. La sécurité des soins et des services.....	92
6.3. L'examen des plaintes et la promotion des droits.....	94
6.4. L'information et la consultation de la population	95
7. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie	99
8. Les ressources humaines	103
9. Les ressources financières	107
10. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	141
11. Les organismes communautaires	145
Annexe - Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.....	153

Sigles et acronymes

A	AAOR	Accueil, analyse, orientation et référence		Cégep	Collège d'enseignement général et professionnel
	AAPÂ	Approche adaptée à la personne âgée		CEPI	Candidat à l'exercice de la profession infirmière
	ACMQ	Association des conseils multidisciplinaires du Québec		CEPIA	Candidat à l'exercice de la profession infirmière auxiliaire
	ACR	Analyse de Cause Racine		CER	Comité d'éthique et de la recherche
	ACVA-TCC	Association des personnes accidentées cérébro-vasculaires, aphasiques et traumatisées crânio-cérébrales		CFP	Centre de formation professionnelle
	ADH	Accueil, désintoxication et hébergement		CH	Centre hospitalier
	AES	Approche École en santé		CHRG	Centre hospitalier régional du Grand-Portage
	AIDES	Actions intersectorielles pour le développement des enfants et leur sécurité		CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
	AMM	Aide médicale à mourir		CII	Conseil des infirmières et infirmiers
	AMP	Activité médicale particulière		CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
	AMPEQ	Association des médecins en protection de l'enfance du Québec		CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
	AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux		CLSC	Centre local de services communautaires
	APAVVA	À pied, à vélo, ville active		CM	Conseil multidisciplinaire
	APPR	Agent de planification, de programmation et de recherche		CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
	APSS	Accès priorisé aux services spécialisés		CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale
	AQEPA	Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs		CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail
	AVAC	Accouchement vaginal après césarienne		CoDir	Comité de direction
	AVC	Accident vasculaire cérébral		COSMOSS	Communauté ouverte et solidaire pour un monde outillé, scolarisé et en santé
B	BACC-USI	Bactériémie associée aux cathéters centraux aux unités de soins intensifs		CPE	Centre de la petite enfance
	BAC-SARM	Bactérie à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline		CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
	BCM	Bilan corporatif des médicaments		CPPE	Clinique pédiatrique de protection de l'enfance
	BGNPC	Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases		CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
	BPO	Bureau de projet organisationnel		CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
	BSL	Bas-Saint-Laurent		CRDS	Centre de répartition des demandes de services
				CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
C	C. difficile	Clostridium difficile		CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
	CA	Conseil d'administration		CSF	Conseil des sages-femmes
	CAAP	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes		CSU	Centre de services aux utilisateurs
	CAFE	Crise-ado-famille-enfant		C-TA-C	Contre toute agression conjugale
	CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel		CUC	Comité des usagers continué
	CDCBSL	Consortium en douleur chronique du Bas-Saint-Laurent		CUCI	Comité des usagers du centre intégré
	CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers			
	CECM	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire			
	CÉCO	Comité d'éthique clinique et organisationnelle			
D	DA	Déficience auditive		DA	Déficience auditive
	DACD	Diarrhée associée au clostridium difficile		DACD	Diarrhée associée au clostridium difficile
	DCat-HB-VPI-Hib	Diphthérie, coqueluche, tétanos, hépatite B, poliomyélite et infections à Haemophilus influenzae de type B		DCat-HB-VPI-Hib	Diphthérie, coqueluche, tétanos, hépatite B, poliomyélite et infections à Haemophilus influenzae de type B

DCI	Dossier clinique informatisé	G	GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
DEUR	Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche		GESTRED	Système de suivi de gestion et de reddition de comptes
DGPPQ	Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité		GIS	Groupe interdisciplinaire de soutien
DGTI	Direction générale des technologies de l'information		GMF	Groupe de médecine familiale
DI	Déficience intellectuelle		GRH	Gestion des ressources humaines
DI-TSA	Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme		GRISER	Groupe de recherche interdisciplinaire sur la santé et le bien-être
DI-TSA-DP	Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique		GRM	Gestion des ressources matérielles
DL	Direction de la logistique		GVSS	Groupe vigilance pour la sécurité des soins
DO	Développement organisationnel	I	IAB	Initiative des amis des bébés
DP	Déficience physique		ICI	Intervention comportementale intensive
DPDI-TSA-DP	Direction du programme de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique		I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse		IMNP	Intervention multifactorielle non personnalisée
DPJe	Direction du programme jeunesse		IMP	Intervention multifactorielle personnalisée
DPSAPA	Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées		INC	Incorporé
DPSMD	Direction des programmes en santé mentale et dépendance		INESS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
DQEPE	Direction de la qualité, évaluation, performance, éthique clinique		INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
DRF	Direction des ressources financières		IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée de première ligne
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques		ISO-SMAF	Profil du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
DRI	Direction des ressources informationnelles		ISQ	Institut de la statistique du Québec
DRMG	Département régional de médecine générale		ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
DSI	Direction des soins infirmiers		IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et pneumologie du Québec
DSM	Direction des services multidisciplinaires	J	JASP	Journées annuelles de santé publique
DSP	Direction des services professionnels		JED	Jeunes en difficulté
DSPu	Direction de la santé publique		J.P.	Jours-présence
DSQ	Dossier de santé du Québec			
DST	Direction des services techniques	K	KRTB	Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata et Les Basques
DV	Déficience visuelle			
E	EÉSad	L	LASER	Laboratoire de recherche sur la santé en région
	EGI		LGRI	Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement
	ELI			Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux
	EQES		LMRSSS	notamment par l'abolition des agences régionales
	EQLAV			
	ERV		LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
	ETC		LSPJA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
F	FACT		LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux

M	M.A.IN.S. BSL	Mouvement d'aide, d'information et de soutien du Bas-Saint-Laurent	RI-RTF	Ressource intermédiaire et ressource de type familial	
	MOI	Main-d'œuvre indépendante	RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec	
	MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique	RLS	Réseau local de services	
	MRC	Municipalité régionale de comté	ROCASM-BF	Regroupement des organismes communautaires en santé mentale du Bas du Fleuve	
	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux	RQSUCH	Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier	
	MU	Mesure d'urgence	RPA	Résidence privée pour aînés	
N	NSA	Niveau de soins alternatifs	RPA-RI	Résidence privée pour aînés et ressource intermédiaire	
			RPCU	Regroupement provincial des comités d'usagers	
O	OC	Ordonnance collective	RRSS	Répertoire des ressources en santé et services sociaux	
	OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle	RSIPA	Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées	
	OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec	RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux	
	OMS	Organisation mondiale de la Santé	RTF	Ressource de type familial	
	ORL	Oto-rhino-laryngologie	RTS	Réseau territorial de services	
			RUIS	Réseau universitaire intégré de santé	
P	PAB	Préposé aux bénéficiaires	S	SAC	Spécialiste en activités cliniques
	PAR	Plan d'action régional		SAD	Soutien à domicile
	PAS	Plan d'action stratégique		SAIME	Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi
	PCFI	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière		SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
	PCI	Prévention et contrôle des infections		SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
	PDE	Plan de développement de l'expertise		SC	Sécurité civile
	PDG	Président-directeur générale		SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
	PDGA	Président-directeur général adjoint		SCT	Secrétariat du Conseil du trésor
	PEM	Plan d'effectifs médicaux		SERG	Service d'évaluation et de réadaptation gériatrique
	PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique		SI	Suivi intensif
	PIN	Programme d'intervention en négligence		SIGP	Système intégré de gestion de la performance
	PIV	Programme d'identification visuelle		SIL	Système d'informatisation de laboratoires
	PLAIDD-BF	Promotion, lutte, aide, intervention, défense, droit – Bas du Fleuve		SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
	PNSC	Plan national de sécurité civile		SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
	POR	Pratique organisationnelle requise		SI-SPIN	Système d'information pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales
	PREM	Plan régional d'effectifs médicaux		SIV	Suivi d'intensité variable
	PS	Plan stratégique		SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
	PSIAS	Plan de services individualisés et d'allocation de services		SPCI	Service de la prévention et du contrôle des infections
	PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires		SQETGC	Service québécois d'expertise en trouble grave du comportement
	PTAAC	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité		SQI	Société québécoise des infrastructures
R	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec			
	RCR	Réanimation cardiorespiratoire			
	RDM	Retraitement des dispositifs médicaux			
	RI	Ressource intermédiaire			
	RIS	Ressource intermédiaire spécialisée			

T	TBIG	Tableau de bord des informations de gestion
	TI	Technologie de l'information
	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
	UMF	Unité de médecine familiale
	UQAR	Université du Québec à Rimouski
	URDM	Unité de retraitement des dispositifs médicaux
	UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle

1. Le message des autorités

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent, indéniablement sur sa lancée

Deux ans après le début d'une importante réorganisation qui vise à simplifier l'accès aux services, à améliorer la qualité et la sécurité des soins et à accroître l'efficacité et l'efficacéité du réseau de la santé et des services sociaux, le CISSS du Bas-Saint-Laurent est en voie d'atteindre sa vitesse de croisière. Des gains appréciables ont été obtenus au cours de l'année où, bien que les défis aient été nombreux, les maillages organisationnels en progression ont permis de mieux placer les besoins de nos usagers au cœur de nos priorités et de nos décisions.

Pour l'essentiel, la macro-transformation est terminée. Nous en sommes à l'étape de la consolidation de la structure et en plein cœur des changements de processus cliniques et de gestion. Les principaux objectifs de cette réforme étant en voie d'être atteints, nous pouvons affirmer haut et fort que le réseau sociosanitaire bas-laurentien est en position de force, grâce à l'exceptionnelle contribution d'un personnel et d'un corps médical dévoués et compétents, toujours soucieux de prendre soin de notre population avec humanisme, engagement et professionnalisme. Nous leur témoignons notre profonde gratitude.

DES RÉSULTATS PROBANTS

La dernière année nous a également permis de poursuivre le déploiement de notre planification stratégique 2015-2020 et de revoir les processus et les continuums de soins et de services dans l'ensemble de nos programmes clientèles. Plus précisément, bon nombre d'actions structurantes ont été menées dans plusieurs secteurs d'activités et ont permis de réaliser de belles percées. De nombreux exemples en font foi :

- Le suivi des livrables de l'entente de gestion convenue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le CISSS, dont 87 % des cibles ont été soit atteintes ou presque atteintes;
- Amélioration de la durée moyenne de séjour dans les urgences du Bas-Saint-Laurent, qui s'élève à 7,37 h, comparativement à 15,58 h dans l'ensemble du Québec;
- Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille, qui a atteint 88,01 %, comparativement à 74,34 % dans l'ensemble du Québec;
- Pourcentage d'écoles ayant des interventions *École en santé*, qui atteint 85,2 %;
- Excellent pourcentage de l'accès aux demandes de services d'imageries médicales en attente depuis moins de 3 mois pour la clientèle élective;

- Implantation du nouveau cadre de gestion des GMF et intégration de nouvelles ressources professionnelles;
- Adoption d'un plan d'action régional en santé publique;
- Réorganisation du travail dans le secteur des soins infirmiers;
- Valorisation de la qualité et de l'intensité des services en soutien à domicile et travaux visant l'actualisation de l'approche milieu de vie en CHSLD;
- Déploiement du programme de suivi intensif de crise pour les jeunes en difficulté ainsi que de l'approche *Actions intersectorielles pour le développement des enfants et leur sécurité* (AIDES);
- Recertification de l'Initiative des amis des bébés pour les installations du Kamouraska et déploiement du programme AMPRO plus dans nos six centres accoucheurs.
- Élaboration et amorçage de la mise en place d'un plan d'action 2016-2018 en déficience physique, trouble du spectre de l'autisme et déficience intellectuelle;
- Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA, qui atteint 70 jours, 20 jours de moins que la cible visée;
- Révision de la garde clinico-administrative intégrée pour l'ensemble des installations;
- Mise en œuvre de la loi sur les soins de fin de vie et adoption du programme clinique régional pour les soins de fin de vie;
- Adoption du plan d'action régional 2015-2020 en prévention et contrôle des infections;
- Implication de nos cliniciens dans près de 80 projets de recherche clinique;
- Fusion des 10 bases de données GRH/paie;
- Mise en œuvre d'un projet d'économie d'énergie dans le Témiscouata et reconnaissance des besoins cliniques du projet de complexe chirurgical et de mise aux normes des services en psychiatrie de l'Hôpital régional de Rimouski;
- Mise en place de la salle de pilotage stratégique et début de l'implantation des salles de pilotages tactiques et des caucus opérationnels;
- Réponse aux critères d'agrément pour l'ensemble des anciens établissements et mise en place d'une nouvelle structure répondant aux besoins de l'organisation pour l'accréditation du CISSS en 2018.

Ce ne sont là que quelques-unes des réussites de la dernière année, qui n'auraient été possibles sans le travail remarquable des gestionnaires et des actions concertées des ressources de toutes les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

UNE ORGANISATION QUI SE DÉMARQUE

Par ailleurs, le CISSS a poursuivi la réalisation de sa mission et a également su se démarquer positivement, en dépit d'un contexte budgétaire exigeant. Le dépôt d'un troisième budget en équilibre en autant d'exercices est, au premier chef, le résultat de la grande mobilisation des gestionnaires et de la collaboration de tous pour mettre en œuvre les mesures d'optimisation identifiées en cours d'année et de la détermination de la haute direction et du conseil d'administration à gérer sainement les fonds publics. Bien qu'il reste du travail à accomplir pour équilibrer le budget sur une base récurrente, les efforts de la dernière année ont permis de stabiliser de façon positive la situation financière de l'établissement, sans affecter l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins et des services que nous offrons à notre population. Aucun effort additionnel d'optimisation n'est demandé par le MSSS pour la prochaine année. Cependant, l'annualisation de notre ambitieux plan d'optimisation 2016-2017 constitue un défi colossal auquel notre organisation continuera de se consacrer avec grande détermination.



Hugues St-Pierre
Président du conseil d'administration

SOLIDAIRES D'UNE RÉGION EN SANTÉ

Après une année extrêmement costaute, malgré les écueils et parfois même des vents contraires, nous éprouvons beaucoup de satisfaction à l'égard de cette grande organisation qui a su relever de nombreux défis avec aplomb et à remplir ses engagements avec grande détermination. Nous tenons à souligner la générosité et la vigilance des administrateurs du CISSS du Bas-Saint-Laurent, qui partagent la vision régionale et les objectifs de la haute direction. Nous désirons également témoigner notre reconnaissance à nos nombreux partenaires du réseau sociosanitaire ainsi qu'à nos bénévoles pour leur précieuse collaboration et leur soutien indéfectible envers le bien-être et la santé des Bas-Laurentiens.

Grâce à la solidarité dont font preuve nos employés, le corps médical et tous ces acteurs, le CISSS du Bas-Saint-Laurent est résolument tourné vers l'avenir et plus que jamais déterminé à poursuivre la consolidation des soins et des services à la population, en ayant toujours à l'esprit l'évaluation et la réponse aux besoins, la pertinence de nos soins et services ainsi que l'utilisation appropriée de nos ressources.



Isabelle Malo
Présidente-directrice générale



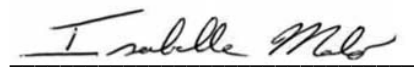
2. La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

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 2016-2017 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 2017.

A handwritten signature in black ink, reading "Isabelle Malo", positioned above a horizontal line.

Isabelle Malo
Présidente-directrice générale

A decorative background pattern consisting of a grid of triangles in various shades of blue (light blue, medium blue, and dark blue) and white. The triangles are arranged in a way that creates a sense of depth and movement, with some triangles pointing towards the center and others pointing outwards.

La présentation de la région

et de son réseau de santé
et de services sociaux

3

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

3.1. 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).

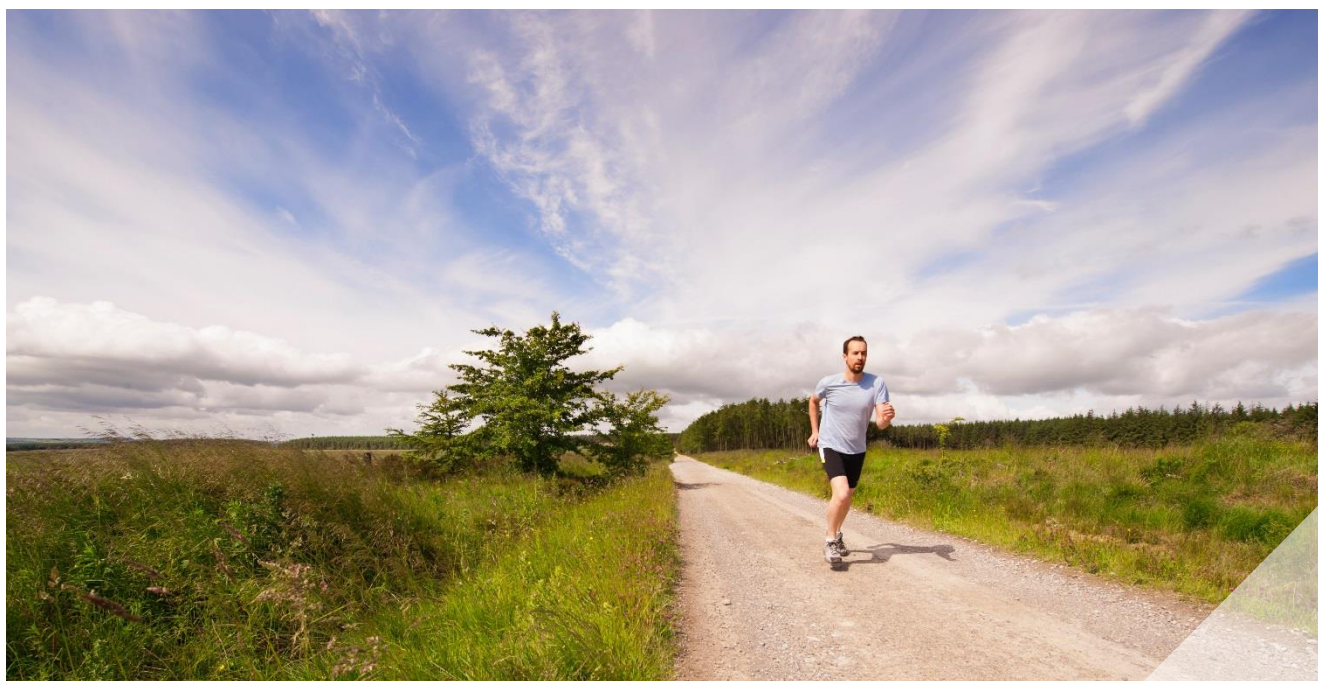
En 2017, la région compte 200 872 habitants au total¹ répartis dans huit MRC, correspondant aux huit réseaux locaux de services (RLS) existants. Cette population distribuée sur un territoire de 22 185 km² (densité de 9,0 habitants/km²) comprend 114 municipalités ainsi que 14 territoires non organisés (TNO) et deux réserves indiennes. Les MRC de Kamouraska, de Rivière-du-Loup, de Témiscouata et Les Basques composent le secteur ouest de la région (aussi appelé KRTB). Le secteur est regroupe 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 à un peu plus de 57 000 habitants.

La plupart des 114 villes et villages que compte la région ont vu la taille de leur population changer entre 2010 et 2016. Selon les dernières estimations de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), 89 territoires municipaux ont subi une baisse de population (5 343 personnes au total), tandis que 25 ont enregistré une hausse (4 007 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 (- 470), La Pocatière (- 340) et Pohénégamook (- 260). À l'inverse, Rimouski (+ 2 280), Rivière-du-Loup (+ 640) et Saint-Anaclet-de-Lessard (+ 340) font partie des municipalités qui ont vu leur population s'accroître pour la période de 2010 à 2016.

Dans son ensemble, la population de la région a diminué de 0,9 % de 2009 à 2015. Il s'agit d'une perte plus importante qu'à la période précédente (- 0,4 % de 2003 à 2009). L'ISQ envisage que la population du Bas-Saint-Laurent ne devrait diminuer que de 0,4 % d'ici 2030.



¹ Institut de la statistique du Québec, perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2016, édition 2014

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

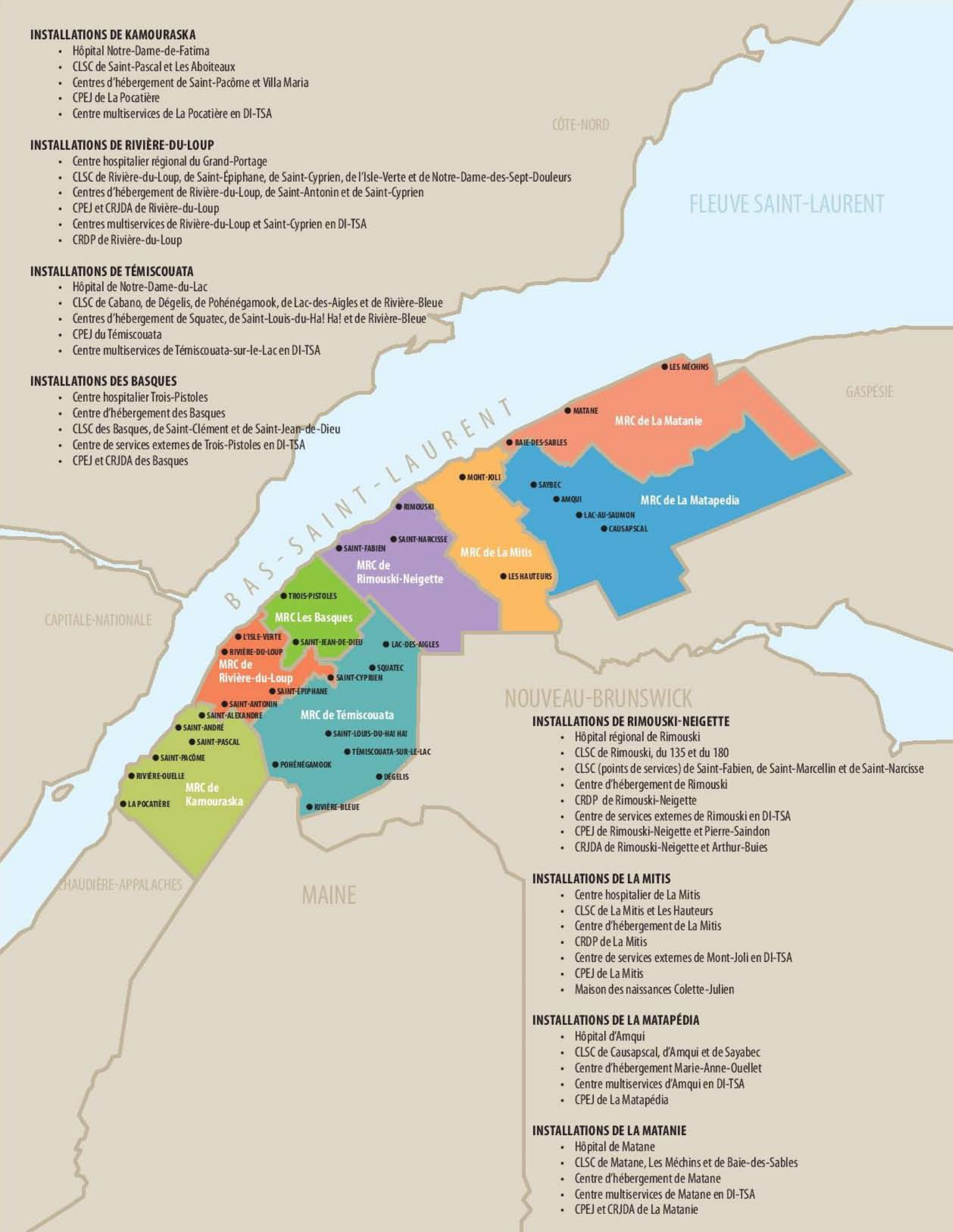
- Centre hospitalier régional du Grand-Portage
- CLSC de Rivière-du-Loup, de Saint-Épiphane, de Saint-Cyprien, de l'Isle-Verte et de Notre-Dame-des-Sept-Douleurs
- Centres d'hébergement de Rivière-du-Loup, de Saint-Antonin et de Saint-Cyprien
- CPEJ et CRJDA de Rivière-du-Loup
- Centres multiservices de Rivière-du-Loup et 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-Saindon
- 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 Saybec
- 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

3.2. Les conditions démographiques et socioéconomiques

VIEILLISSEMENT 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 2017, quelque 49 000 personnes ont 65 ans et plus, ce qui représente 24 % de la population totale de la région, soit 6 points de pourcentage au-dessus de la proportion enregistrée dans l'ensemble du Québec. Seize ans plus tôt, en 2001, 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 67 % à ce qu'il était en 2010.

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 autour de 1 800. L'année 2011 fait toutefois exception avec un record de 1 930 naissances.

Pour les quatre dernières années dont les données sont disponibles, soit de 2013 à 2016, 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 a seulement perdu 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, alors qu'ils étaient 16,2 % au Québec. Le Bas-Saint-Laurent est d'ailleurs la région présentant la plus faible proportion au Québec en matière de décrochage scolaire. Le Bas-Saint-Laurent se démarque également sur le plan de la diplomation après sept années au secondaire par rapport au Québec. Pour la cohorte de 2007, 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 crime contre la personne est moins élevé au Bas-Saint-Laurent que dans la province et diminue tout de même pour les deux 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 qui prévalent dans l'ensemble du Québec.

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 le taux de chômage, il reste plus élevé au Bas-Saint-Laurent qu'au Québec en 2016 (8,1 % contre 7,1 %).

La proportion des 18-64 ans recevant une aide financière du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale en février 2017 s'élève à 6,8 %. Dans l'ensemble du Québec, le taux d'assistance sociale est un peu moins élevé (6,3 %).

Bien que la population bas-laurentienne soit, en 2011, encore l'une des moins scolarisées du Québec (19 % des 25-64 ans n'ont jamais obtenu de certificat ou de diplôme d'études comparativement à 15 % au Québec), avec les récents faibles taux de décrochage scolaire de la région, tout porte à croire que cette situation s'améliorera.

3.3. 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.

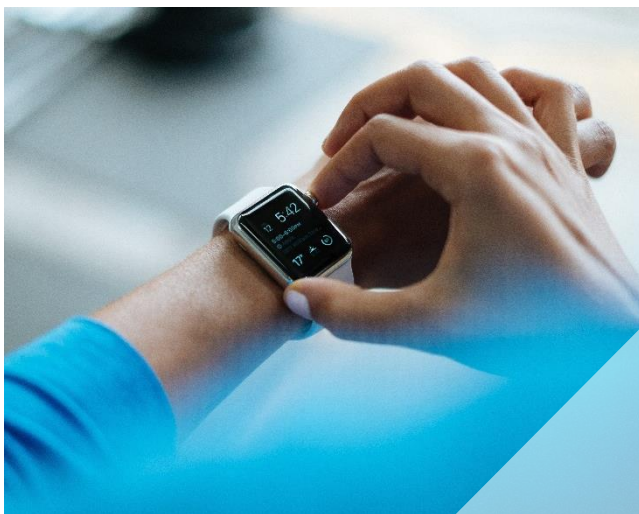
De façon générale, le Bas-Saint-Laurent se classe positivement parmi l'ensemble des régions du Québec quant aux principaux facteurs ayant un impact sur l'état de santé d'une population. Selon les indicateurs disponibles, une bonne partie de la population de la région adopterait de saines habitudes de 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 cinq portions par jour de fruits et de légumes. En 2013-2014, cette proportion s'élève à 45 %, et ce, autant pour la région que pour la province.

Par ailleurs, une personne sur deux 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 la population de 15 ans et plus est considérée comme étant peu active ou sédentaire.



² Un faible poids équivaut à moins de 2 500 grammes.
Une naissance prématurée équivaut à moins de 37 semaines de gestation.

SANTÉ DES MÈRES ET DES TOUT-PETITS

Pour la période 2012-2014, 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 3,7 pour 1 000 adolescentes. Le Bas-Saint-Laurent est la région présentant le taux le plus faible de la province (taux du Québec : 8,4 pour 1 000 adolescentes).

Sur le territoire, les naissances de faible poids (5,3 %) et les naissances prématurées² (6,9 %) sont dans une proportion similaire, voire légèrement plus faible qu'au Québec (avec respectivement 5,7 % et 7,1 % pour la période 2010-2012).



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 26 800 Bas-Laurentiens, soit 13,6 % de la population. De plus, il est à noter que depuis quelques années, la population de la région, particulièrement les hommes, présentait des taux élevés de décès par suicide en comparaison avec d'autres régions sociosanitaires.

Toutefois, pour la période 2010-2012, le taux de suicide du Bas-Saint-Laurent (13,2 par 100 000 habitants) est semblable à celui du Québec (14,1 par 100 000 habitants).

LES MALADIES CHRONIQUES

La prévalence du cancer au Bas-Saint-Laurent est semblable à celle du Québec. Au cours des cinq 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 2014-2015, cette prévalence s'élève à 9,3 % pour la région et 8,4 % 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 2014-2015, 7 % de la population de la région est 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 81,4 ans pour la période 2008-2012, 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. Neuf personnes sur dix, âgées de 15 ans et plus, évaluent positivement leur santé.

Du fait que la population de la région est plus âgée que celle du Québec, elle est généralement plus affectée par des maladies chroniques. Les taux bruts de mortalité par cancer, de même que par maladies cardiovasculaires, respiratoires et digestives sont tous plus élevés dans la région qu'au Québec. Toutefois, si la population du Bas-Saint-Laurent présentait une structure d'âge similaire à celle du Québec, seules les maladies de l'appareil respiratoire afficheraient un taux de mortalité supérieur pour la période 2010-2012.

Cependant, sur d'autres aspects, la région se distingue négativement du Québec sans que la structure d'âge de sa population ne soit mise en cause. Son taux élevé de mortalité due aux accidents de véhicules à moteur figure en tête de liste de ces aspects négatifs (8,9 en comparaison à 5,6 par 100 000 habitants au Québec pour la période 2010-2012).

Même si la population du Bas-Saint-Laurent ne regroupe qu'environ 2,5 % de la population du Québec, on y enregistre, selon les données de 2010 à 2012, 4 % des décès par traumatismes non intentionnels, comme les accidents, les chutes, les noyades, etc.

SERVICES DE SANTÉ

Un indicateur provenant de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins* (EQES) réalisée en 2010-2011, qui mesure la proportion de la population bas-laurentienne de 12 ans et plus ayant un médecin de famille, apparaît plus élevé avec 89 % comparativement à 79 % au Québec.

A decorative background pattern consisting of a grid of triangles in various shades of blue (light blue, medium blue, and dark blue) and white. The triangles are arranged in a way that creates a larger, complex geometric shape, possibly a stylized star or a cross, with some triangles pointing inwards and others outwards.

*La présentation
de l'établissement*
et les faits saillants

4

4. La présentation de l'établissement et les faits saillants

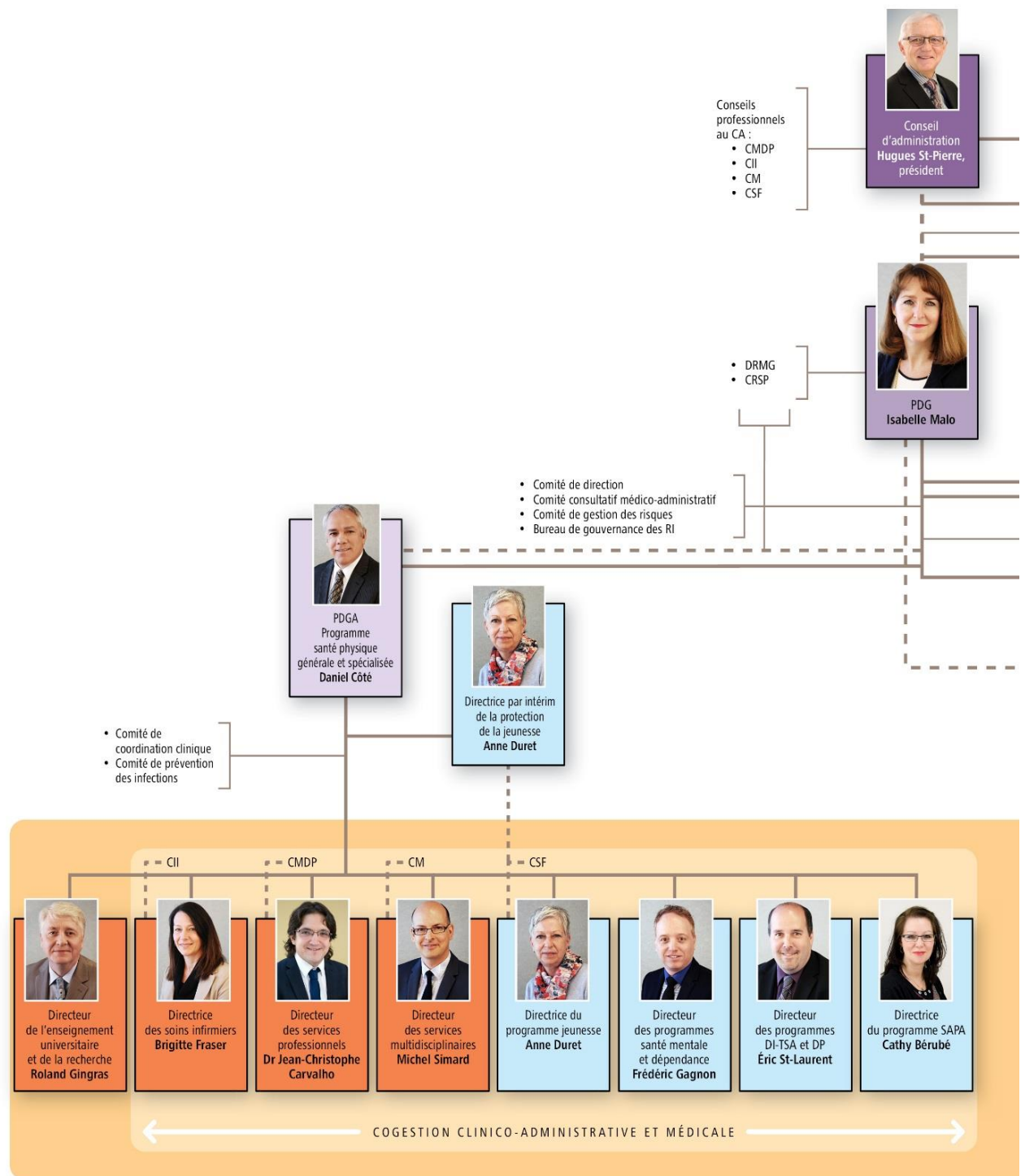
4.1. Le CISSS du Bas-Saint-Laurent en bref

- 8 013 employés
- Budget : 623 M\$
- 525 médecins omnipraticiens et spécialistes
- 60 pharmacies
- 476 lits de courte durée (mission centre hospitalier)
- 13 CHSLD
- 1 maison des naissances
- 9 urgences, dont 8 sont en fonction 24 heures par jour et 7 jours sur 7
- 42 installations
- 11 GMF - 52 cliniques médicales
- Mission d'enseignement médical universitaire - 2 unités de médecine familiale (UMF)
- 133 organismes communautaires et 146 résidences privées pour aînés (RPA)

4.2. Les rôles et les responsabilités

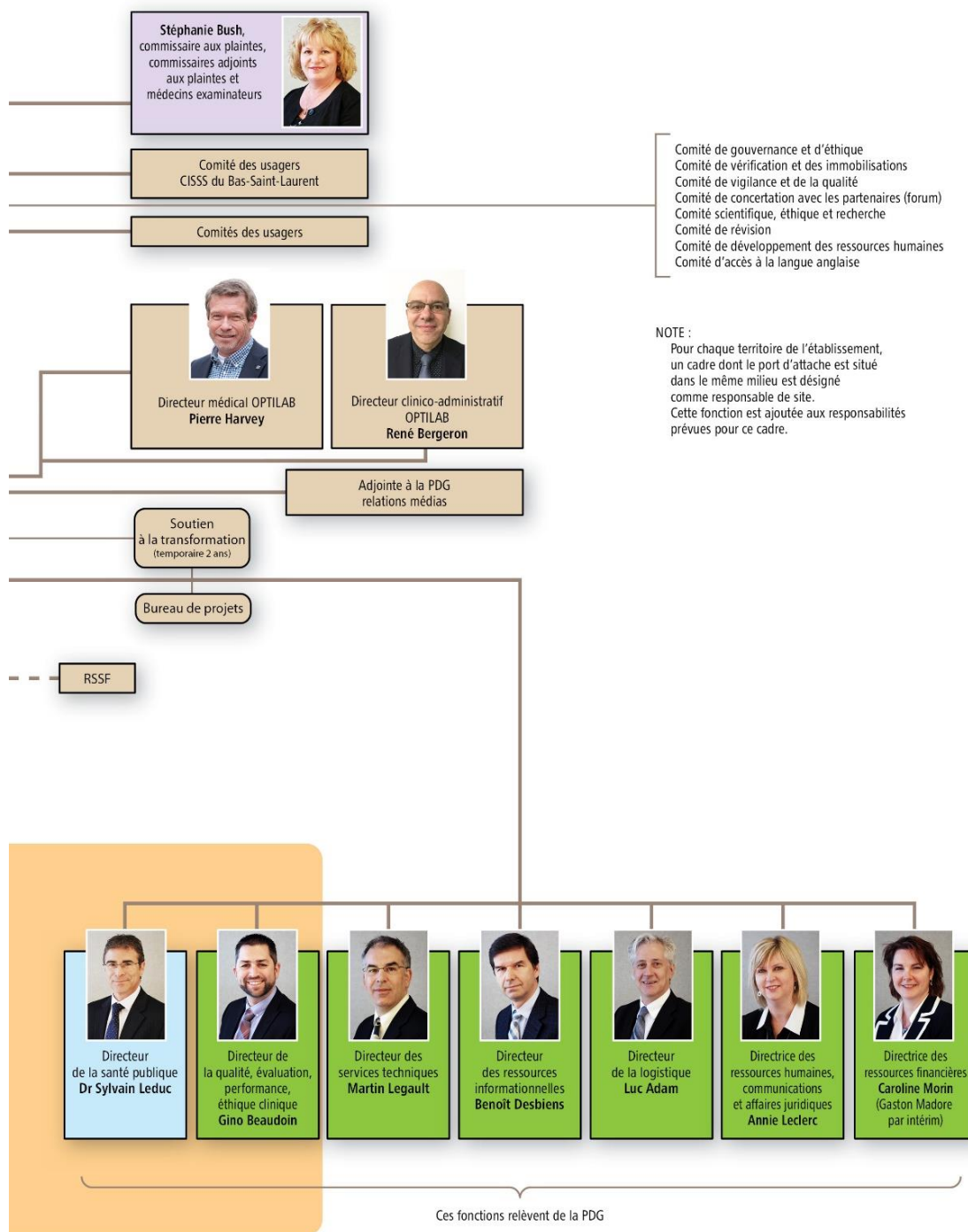
- Planifier, coordonner, organiser et offrir à la population de son territoire l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles, et déterminer les mécanismes de coordination de ces derniers.
- Garantir une planification régionale des ressources humaines.
- 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 clientèles 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 (RLS) établis au profit du réseau territorial de services.

4.3. L'organigramme de la haute direction



LÉGENDE







4.4. 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 Marielle Raymond, comité des usagers du centre intégré (CUCI)
Mme Lise Verreault, conseil multidisciplinaire (CM)

- Membres nommés

Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale
M. François Deschênes, milieu de l'enseignement

- Membres indépendants

M. Hugues St-Pierre, président, compétence en gouvernance et 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 et 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 et humaines
Mme Ève-Marie Rioux, expertise en santé mentale
M. Gilles Tremblay, compétence en gestion des risques, finance et comptabilité

- Membre observateur (Fondations)

Dr Gaétan Lévesque

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 de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés.
- S'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.
- S'assurer de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.
- S'assurer de la participation, de la motivation, 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



D' Daniel Dionne



D' Gabriel Houle



Mme Isabelle Ouellet



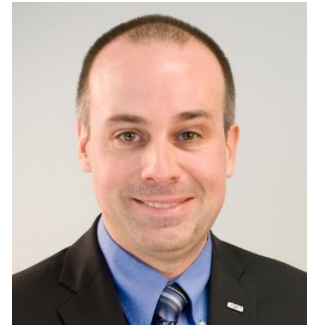
Mme Marielle Raymond



Mme Lise Verreault



Mme Isabelle Malo,
présidente-directrice générale



M. François Deschênes



M. Hugues St-Pierre, président



M. Gilbert Beauré



Mme Kathleen Bouffard



M. Yves Boulianne



Mme Nathalie Dubé



Mme Lucie Lapointe



Mme Mélanie Leblanc



Mme Ève-Marie Rioux



M. Gilles Tremblay



D' Gaétan Lévesque

- Tenue de huit séances régulières.
- Tenue de quatre séances spéciales.
- Nomination d'un membre au conseil d'administration à la suite d'une démission – personne désignée par et parmi les membres du conseil des infirmières et infirmiers.
- Nomination d'un membre au conseil d'administration à la suite d'une démission – personne désignée par et parmi les membres du comité des usagers du centre intégré.
- Adoption de la vision, des valeurs et de la philosophie de gestion du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Modification à la dénomination des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent exploitant une seule mission.
- Adoption de l'entente de gestion et d'imputabilité 2016-2017.
- Adoption du plan d'action régional en santé publique 2016-2020.
- Adoption du plan régional 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales au Bas-Saint-Laurent.
- Adoption de l'état de situation et de l'offre de service en éthique de la recherche en réponse au cahier de charge ministériel (Fiche 28 – DGPPQ).
- Modification à l'organigramme de la haute direction.
- Modification à l'organigramme de la Direction des services professionnels.
- Nomination de la directrice de la protection de la jeunesse par intérim.
- Nomination du directeur adjoint des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique.
- Nomination du directeur médical de l'enseignement universitaire par intérim.
- Nomination du directeur adjoint médical à la Direction des services professionnels.
- Nomination du directeur adjoint du programme jeunesse.
- Nomination de la directrice de l'unité de médecine familiale (UMF) de Rimouski.
- Nomination du cogestionnaire clinico-administratif et du cogestionnaire de la grappe 01, Optilab.
- Nomination des membres du comité d'éthique de la recherche et adoption du rapport annuel 2015-2016 du comité d'éthique de la recherche.
- Dépôt du rapport de la présidente-directrice générale sur les soins de fin de vie.
- Adoption du rapport financier 2015-2016.
- Adoption du budget 2016-2017 et du plan d'équilibre budgétaire.
- Nomination d'un auditeur indépendant pour l'exercice 2016-2017.
- Adoption du plan de conservation des équipements médicaux 2016-2017.
- Adoption de la répartition et indexation de l'enveloppe régionale 2016-2017 des subventions versées aux organismes communautaires et aux entreprises d'économie sociale.
- Adoption du bilan 2015-2016 et du plan d'action en matière de sécurité de l'information.
- Autorisation de mise en œuvre du projet d'économie d'énergie aux installations de Témiscouata.
- Délégation du pouvoir d'adoption du plan de conservation des équipements non médicaux au comité de direction.
- Adoption du programme de développement des compétences et d'appréciation de la contribution à l'intention des membres du personnel cadre.
- Adoption du plan d'action en radio-oncologie.
- Adoption du plan d'action sur l'accessibilité en anatomopathologie.
- Nomination des chefs de départements cliniques.
- Nominations médicales et renouvellement des nominations médicales.
- Octroi de contrat de service avec des sages-femmes.
- Appui à une campagne de sollicitation annuelle au profit de Centraide.
- Désignation de la salle D-5126 de l'Hôpital régional de Rimouski, Salle Jean-François-Dorval.
- Adoption de l'outil d'autoévaluation du conseil d'administration.
- Approbation de plusieurs documents, soit :
 - le règlement du conseil des infirmières et infirmiers du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - le règlement du conseil multidisciplinaire du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - le règlement sur les règles de fonctionnement du comité d'éthique clinique et organisationnelle (CÉCO);
 - le règlement sur la protection de la jeunesse et sur l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ);
 - le règlement relatif à la divulgation auprès d'un usager à la suite d'un accident;
 - le règlement du comité de direction du département régional de médecine générale (DRMG);
 - la politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail;
 - les politiques locales sur les conditions de travail du personnel cadre.
- Adoption du rapport annuel de gestion 2015-2016 du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Adoption du rapport annuel 2015-2016 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services des établissements publics et privés et des autorités régionales.

COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

COMPOSITION

D^r François Delisle, président, Rimouski-Neigette
D^r Jean-Philippe Boulanger-Dorval, pneumologue, Rimouski-Neigette
D^r Philippe Jutras, microbiologiste-infectiologiste, Rimouski-Neigette
D^{re} Gabrielle Gagnon, hémato-oncologue, Rimouski-Neigette
D^{re} Mélanie Blanchette, omnipratricienne, La Matapédia
D^{re} Linda Landry, omnipratricienne, Témiscouata
D^{re} Annie Charbonneau, omnipratricienne, Les Basques
D^{re} Renée Gagnon, omnipratricienne, La Matanie
M. Alain Dionne, pharmacien, Rivière-du-Loup
D^r Benoît Verret, interniste, Rivière-du-Loup
D^{re} Jacinthe Brisson, omnipratricienne, La Mitis
D^{re} Josée Rousseau, omnipratricienne, Kamouraska
Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale, membre d'office
D^r Jean-Christophe Carvalho, directeur des services professionnels
D^r Daniel Dionne, représentant au sein du conseil d'administration, invité
D^r 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

- Formation d'un nouveau comité exécutif.
- Tenue de cinq réunions ordinaires, de trois réunions extraordinaires et d'une assemblée générale.
- Maintien des corridors lors des bris de services.
- Renouvellement des statuts et privilèges des membres du CMDP.
- Suivi de plusieurs dossiers, tels que :
 - l'anatomopathologie;
 - Optilab;
 - le Centre de répartition des demandes de services (CRDS) et l'accès priorisé aux services spécialisés (APSS);
 - la prise en charge des patients hospitalisés par les spécialistes ;
 - la redéfinition des privilèges.

- Soutien au bon fonctionnement des comités découlant du CMDP :
 - 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 d'éducation médicale continue;
 - 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.
- Clarification des mandats des chefs de département et service et de leurs responsabilités, en collaboration avec le directeur des services professionnels.
- Production du bulletin Info-CMDP.



COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CECII)

COMPOSITION

- Membres élus

Mme Nathalie Bérubé, présidente, La Matanie
Mme Anick Chouinard, vice-présidente, La Matapédia
Mme Karolyne Guichard, Les Basques
M. André Paquet, Rimouski-Neigette
Mme Nancy Sirois, La Mitis
Mme Annie Thibault, Les Basques
Mme Joanie Dubé, Rivière-du-Loup
Mme Annie Francoeur, Témiscouata
Mme Doris Brassard, Kamouraska
Mme Isabelle Ouellet, Rimouski-Neigette
- Membres désignés d'office

M. Daniel Côté, président-directeur général adjoint
Mme Brigitte Fraser, directrice des soins infirmiers
M. Luc Laporte, infirmier auxiliaire, Rivière-du-Loup
- Invités permanents désignés par les maisons d'enseignement

Mme Nadine Montmagny, CFP Rimouski-Neigette
Mme Nicole Ouellet, UQAR
Mme Maria Morin, Cégep de Rivière-du-Loup
- Membres observateurs

Mme Marjolaine Bellavance, Rimouski-Neigette

MANDAT

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

RÉALISATIONS

- Adoption du règlement du CII par le CA en mai 2016.
- Élection des membres des comités programmes du CII.
- Tenue d'une rencontre avec les membres des comités programmes du CII.
- Élection des membres du comité exécutif.
- Tenue de trois séances ordinaires et d'une séance spéciale du comité exécutif.
- Nomination d'une présidente et d'une vice-présidente.
- Désignation d'un membre :
 - au conseil d'administration;
 - au comité de gestion des risques;
 - au comité aviseur clinique des ressources informationnelles;
 - au comité des formulaires.
- Approbation de mécanismes et de règles, dont :
 - le projet de règle de soins infirmiers *Activités cliniques d'exception confiées aux aides-soignants (non professionnels)*;
 - l'outil clinique *Partage des activités de soins entre les membres de l'équipe soignante*;
 - le cadre de gestion des équipements médicaux.
- Recommandations sur :
 - le protocole de collaboration entre les et les sages-femmes lors de l'accouchement en centre hospitalier;
 - le sondage de mobilisation du personnel du CISSS;
 - le dépôt de projets au concours *Innovation clinique* de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ):
 - Allaitement du bébé prématuré, étape par étape;
 - Approche concertée du traitement individualisé et intégré de la clientèle MPOC.
- Appropriation des priorités organisationnelles du CISSS du Bas-Saint-Laurent et de la Direction des soins infirmiers.
- Définition des priorités de travail du CECII 2017-2018.



CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

COMPOSITION

Mme Isabelle Goudreau, présidente, orthophoniste
Mme Julie Ruel, vice-présidente, assistante-chef laboratoire
Mme Julie Lavoie, secrétaire, nutritionniste
Mme Marie-Josée Castonguay, responsable des communications, travailleuse sociale
M. Michel Simard, directeur des services multidisciplinaires
M. Daniel Côté, président-directeur général adjoint
Mme Eugénie Jean-Lebel, travailleuse sociale et spécialiste en activités cliniques (SAC)
M. Dominic Beaulieu, éducateur
Mme France Chamberland, travailleuse sociale
Mme Nadine Hounsell, ergothérapeute
Mme Caroline Leblond, agente de planification, de programmation et de recherche (APPR)
Mme Annie Gauthier, ergothérapeute
Mme Hélène Beaudoin, travailleuse sociale
Mme Judith Dion, ergothérapeute
Mme Karine Tremblay, travailleuse sociale et SAC

MANDAT

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.

- Après du conseil d'administration, le CM :
 - constitue les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la pratique professionnelle de ses membres;
 - 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;
 - assume toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.
- Après de la présidente-directrice générale, le CM :
 - conseille sur l'organisation technique et scientifique;
 - propose les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres;
 - donne son avis sur toute autre question que la présidente-directrice générale porte à son attention.

RÉALISATIONS

- Tenue de quatre réunions du comité exécutif du CM à un taux de participation de 85 %.
- Participation à d'autres comités exigeant la présence de membres du CM, dont :

- le comité d'évaluation des mécanismes d'évaluation des membres du CM en lien avec la Loi concernant les soins de fin de vie (loi 2);
- le comité de gestion des risques;
- le comité aviseur clinique en ressources informationnelles;
- le comité sur l'harmonisation régionale du service de prêt d'équipement;
- le comité d'évaluation des documents cliniques.
- Présentation du bilan annuel 2015-2016 et des membres élus du comité exécutif lors de l'assemblée générale annuelle en juin 2016.
- Avis émis au cours de l'année financière par le CM, à la présidente-directrice générale, concernant l'organisation scientifique et technique, dont :
 - un avis portant sur le cadre de gestion des équipements médicaux;
 - un avis portant sur le *Plan d'action régional 2015-2020 en prévention des infections nosocomiales*.
- Projets soumis en consultation et ayant fait l'objet de commentaires ou recommandations, dont :
 - la présentation des chantiers prioritaires de l'établissement;
 - le transfert de ressources en GMF;
 - la politique de promotion de la civilité et prévention du harcèlement et de la violence;
 - la présentation de la DQEP sur les statistiques en gestion des risques;
 - la politique d'identification des intervenants;
 - la politique et la procédure visant la vérification des antécédents judiciaires des intervenants;
 - le sondage de mobilisation du personnel du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - le projet d'élaboration des mécanismes d'évaluation des membres du CM en lien avec la Loi concernant les soins de fin de vie (loi 2);
 - la production d'un document de référence pour la rédaction des plans d'intervention et des notes évolutives.
- Participation au colloque de l'ACMQ.
- Élaboration du dépliant de présentation du CM.
- Élaboration de formulaires pour les comités de pairs.
- Élaboration d'un formulaire de demande de consultation au comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM).
- Mise sur pied du fonctionnement du CM pour la première année permanente d'activités. Atteinte des objectifs et amorce des travaux suivants :
 - la présentation et l'adoption prochaines du plan de communication;
 - l'élaboration des plans de travail pour les priorités ciblées au niveau des comités de pairs et du maintien des compétences des membres;
 - l'identification des représentants dans les installations qui ne sont pas représentées au CECM.

CONSEIL DES SAGES-FEMMES (CSF)

COMPOSITION

Mme Christine St-Onge
Mme Karine Dubon
Mme Geneviève Guilbault
Mme Cynthia Plourde
Mme Mélina Castonguay (du 11 avril 2016 au 22 septembre 2016)
Mme Josianne Neault (du 4 juillet 2016 au 31 août 2016)
Mme Chantal Lavallée

COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Mme Geneviève Guilbault, présidente
Mme Cynthia Plourde, vice-présidente
Mme Chantal Lavallée, secrétaire
Mme Monika Beaulieu (du 1^{er} avril 2016 au 11 décembre 2016)
M. Michel Huard (12 décembre 2016 au 31 mars 2017),
représentant désigné comme membre d'office par la directrice
du programme jeunesse

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 :
 - les règles de soins applicables à ses membres;
 - la distribution appropriée des services par ses membres;
 - 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;
 - les obligations qui doivent être rattachées à l'exercice de la profession de sage-femme.
- Assumer toute autre fonction que lui confie le CA.
- Être responsable envers la présidente-directrice générale de donner son avis sur :
 - l'organisation scientifique et technique des centres locaux de services communautaires (CLSC);
 - les moyens à prendre pour évaluer et maintenir les compétences des sages-femmes;
 - toute autre question que la présidente-directrice générale porte à son attention.

RÉALISATIONS

- Tenue de trois rencontres du comité exécutif du conseil des sages-femmes, d'une assemblée générale annuelle le 22 juin 2016 et d'une assemblée spéciale le 22 mars 2016.
- Révision complète de l'ensemble des règles de soins, procédures et protocoles.
- Exercice d'autoévaluation de tenue de dossiers réalisé par quatre sages-femmes. Les sages-femmes responsables du

comité de révision par les pairs ont rencontré les sages-femmes afin d'émettre des recommandations sur la tenue de leurs dossiers respectifs et ont établi de nouveaux outils de travail afin de faciliter la tenue de dossier des sages-femmes.

- Mise à disposition de l'ordre du jour ainsi que du compte rendu à l'ensemble des membres du conseil des sages-femmes.
- Recommandations émises dans le cadre du déploiement des services de sages-femmes dans le KRTB (Politique d'accouchement à domicile, accouchement vaginal après une césarienne (AVAC) à domicile).
- Recommandations à la suite de l'*Analyse de Cause Racine* (ACR) tenue le 26 avril 2016 en collaboration avec l'Hôpital régional de Rimouski.
- Adoption des résolutions suivantes :
 - l'attribution de quatre contrats à temps partiel occasionnel (un remplacement d'été, deux congés de maladie, un congé de maternité) ainsi qu'un contrat à temps partiel régulier pour le remplacement d'une démission;
 - l'approbation du protocole de collaboration sages-femmes et personnel de soins infirmiers dans le cadre du déploiement des services de sages-femmes dans le KRTB;
 - les modifications à la règle de soins sur l'AVAC et recommandations particulières sur la pratique de l'AVAC à domicile dans le secteur du KRTB dans le but de favoriser la mise en place de l'entente avec le Centre hospitalier régional du Grand-Portage (CHRG).

COMITÉ DE VÉRIFICATION ET DES IMMOBILISATIONS

COMPOSITION

M. Yves Boulianne, président
Mme Mélanie-Ann Leblanc
M. Hugues Saint-Pierre
M. Gilles H. Tremblay
Personnes-ressources : Mme Caroline Morin, directrice des ressources financières, et M. Gaston Madore, directeur des ressources financières par intérim

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.
- 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 neuf rencontres régulières et de deux rencontres spéciales.
- Approbation des prévisions budgétaires 2016-2017.
- Analyse et suivi des résultats financiers périodiques.
- Analyse et suivi des mesures d'optimisation 2016-2017.
- Soutien à la conception d'un tableau de bord organisationnel pour le suivi financier.
- Participation à la révision des subventions accordées aux entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD).
- Recommandation de la *Directive concernant les lignes internes de conduite en regard de la gestion des contrats d'approvisionnement, de services et de travaux de construction*.
- Approbation du *Plan de conservation et de fonctionnalités immobilières* et de divers projets connexes.
- Approbation du *Plan de conservation des équipements médicaux*.
- Approbation des redditions de comptes trimestrielles pour les contrats de plus de 100 000 \$.
- Approbation de la *Politique concernant la gestion des stationnements* et soutien à l'élaboration de la nouvelle grille tarifaire.
- Suivi au dossier concernant l'abolition des frais accessoires dans les cliniques privées.

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
D^r 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 de 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 cinq 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 :
 - la politique et la procédure visant la gestion des situations conflictuelles et le traitement des plaintes de harcèlement et violence;
 - le guide de soutien à l'entrée en fonction à l'intention des gestionnaires intermédiaires;
 - le guide d'accompagnement des cadres pour une première expérience de gestion;
 - le programme de développement des compétences et d'appréciation de la contribution des gestionnaires;
 - les capsules du développement organisationnel;
 - le programme d'accompagnement professionnel;
 - les outils de soutien à la gestion du changement et codéveloppement;
 - le sondage de mobilisation du personnel du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - la classe salariale des cadres;
 - la garde clinico-administrative;
 - les normes d'Agrément Canada;
 - les indicateurs de l'entente de gestion (main-d'œuvre indépendante, temps supplémentaire et assurance salaire);
 - les politiques locales des conditions de travail du personnel cadre;
 - les activités de reconnaissance des 25 années de service et des retraités;
 - le projet de loi 15 (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);
 - la journée des cadres du 26 octobre 2016;
 - les nouvelles dispositions des conventions collectives nationales;
 - la pénurie de main-d'œuvre;
 - la gestion de la présence intégrée au travail ;
 - l'assurance salaire;
 - le dépliant au sujet de la conciliation famille-travail-études;
 - le suivi des étapes menant à l'application de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (loi 30);
 - la politique et le programme de reconnaissance.
- 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. Gilbert Beaupré, vice-président
M. François Deschênes, président
D^r Daniel Dionne, membre du conseil d'administration
Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale
M. Hugues St-Pierre, président du conseil d'administration
Personne-ressource : M. Daniel Côté, président-directeur général adjoint

MANDAT

- Élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement.
- Élaborer un code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.
- Élaborer des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration et de ses comités.
- Élaborer un 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 trois rencontres. Une rencontre a dû être annulée.
- Mise en place d'outils d'autoévaluation pour le conseil d'administration et ses comités.
- Adoption du formulaire d'autoévaluation du conseil d'administration le 15 juin 2016. Les membres ont été invités à remplir le formulaire en ligne. Les résultats ont fait l'objet d'analyse et de discussion au sein du comité de gouvernance et d'éthique. Les principaux constats qui ressortent sont :
 - le fonctionnement du conseil d'administration continue d'être ajusté après 18 mois de sa mise en place;
 - les membres détiennent des compétences diversifiées et complémentaires;
 - les membres possèdent différents niveaux de connaissance du fonctionnement d'un conseil d'administration d'un établissement de santé et de services sociaux;
 - les membres ont exprimé le souhait de suivre d'autres formations.
- Planification, en suivi à l'autoévaluation, d'une journée de réflexion qui se tiendra à l'automne 2017 dans le but d'échanger à nouveau sur les rôles et les responsabilités du conseil d'administration et de partager avec les administrateurs sur le fonctionnement. Cette activité sera également l'occasion de faire le bilan de la dernière année et d'aborder les principaux enjeux et les défis des prochaines années en compagnie de l'équipe de direction.

- Élaboration des formulaires d'autoévaluation pour les quatre comités du conseil d'administration. Les résultats des formulaires complétés par les membres visés sont disponibles depuis avril 2017.
- Production d'un guide d'accueil des nouveaux membres à la suite des formations reçues en 2015-2016.
- Réception et traitement d'une situation d'allégations de manquement au code d'éthique et de déontologie de la part d'un membre du conseil d'administration.



COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

COMPOSITION

Mme Mélanie Leblanc, présidente
M. Gilbert Beaupré, vice-président
Mme Marielle Raymond, 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

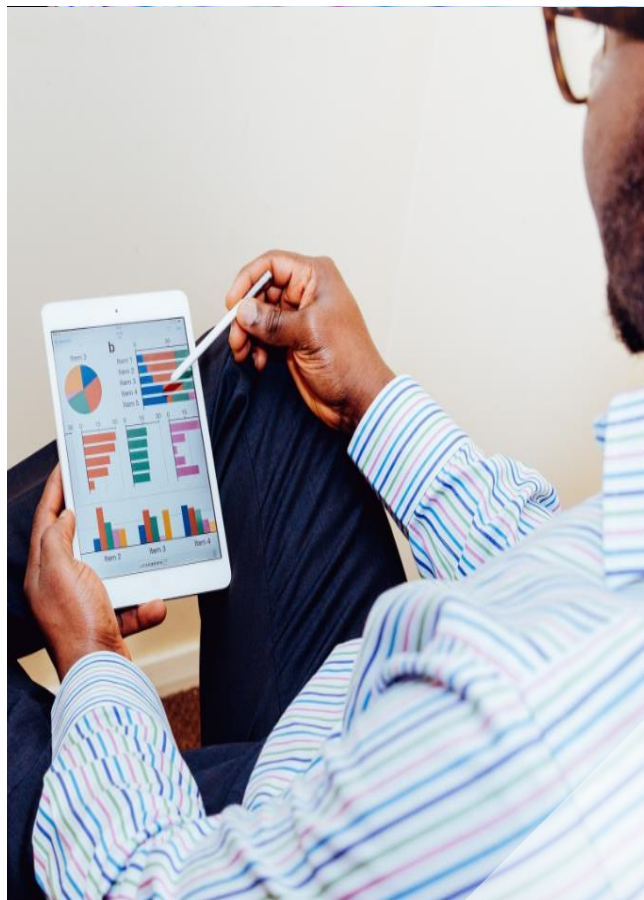
MANDAT

- 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 en matière de qualité des services, du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

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 plénières du conseil d'administration.
- Départ d'un membre du comité et accueil du nouveau membre désigné par le CUCI.
- Clarification du rôle de la personne-ressource du comité.
- Priorisation des sujets à traiter au comité de vigilance et de la qualité sous l'angle stratégique des grands enjeux en matière de qualité et de sécurité des soins et services et de prévention des risques.
- Bonification des outils de suivi de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.
- Appréciation du travail de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et accueil de son plan d'action et de ses objectifs 2017-2018.
- Clarification du rôle du comité de vigilance et de la qualité en matière de sécurité des services comme représentant du conseil d'administration en lien avec la démarche d'agrément.
- Suivi des dossiers, tels que :
 - le tableau des plaintes et des recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services (5 fois);
 - le rapport statistique en gestion des risques (4 fois);
 - le bilan de la certification des ressources privées pour aînés (3 fois);
 - les rapports du coroner (2 fois);
 - les recommandations du plan d'action sur le suivi des RPA (rapport Riverin) (5 fois);

- la conclusion de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (1 fois);
- la démarche d'agrément (2 fois);
- les dossiers du Protecteur du citoyen (1 fois);
- le rapport du Vérificateur général du Québec (1 fois);
- Divers sujets ont été traités lors des rencontres du comité et ont suscité des échanges ou défini des orientations, dont :
 - la sécurité des soins;
 - le projet de loi 115 visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité;
 - la semaine de la confidentialité;
 - le sondage de satisfaction de la clientèle;
 - le relevé des frais d'hébergement;
 - le suivi particulier de la situation d'une RPA;
 - la confidentialité au CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - la prévention de l'abus physique et sexuel en RI-RTF pour les usagers DI-TSA-DP;
 - la revue de l'offre de service en équipements orthopédiques;
 - la mise en place d'un protocole thromboprophylaxie pour les patients de chirurgie générale.
- Recommandation de l'adoption du rapport annuel 2015-2016 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.



COMITÉ DE RÉVISION (TRAITEMENT DES PLAINTES)

COMPOSITION

Mme Lucie Lapointe, présidente
M. Gilles H. Tremblay, président
Dr Yvan Boucher
Dr Jacques Caron
D^{re} Josée Rousseau
Poste vacant

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.

Au 31 mars 2017, un poste est vacant. Des démarches ont été entreprises auprès du CMDP afin de pourvoir la vacance.

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 six demandes de révision. De ce nombre, le comité de révision a confirmé les conclusions des médecins examinateurs dans trois 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.
- Préoccupation adressée au directeur des services professionnels sur l'importance de sensibiliser les médecins à :
 - faire preuve de jugement clinique et évaluer l'impact du transport et de la distance à parcourir pour leur clientèle, à la suite d'une intervention à haut risque de préjudices, avant d'autoriser un transport interrégional;
 - envisager, avec leur clientèle, les options de récupération et de convalescence (hôpital, hôtellerie ou autre ressource);
 - documenter au dossier ce qui a été convenu avec l'utilisateur.
- Conclusion qu'une demande de révision n'était pas fondée dans un dossier.
- Transmission des conclusions à l'intérieur du délai de 60 jours prescrit par la LSSSS. En date du 31 mars 2017, aucun dossier n'est en suspens.

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
Mme Nathalie Bouillon, infirmière en prévention et contrôle des infections
Mme Danielle Bouchard, représentante du comité des usagers
D^{re} Jacynthe Brisson, représentante du CMDP
M. Éric St-Jean, représentant des programmes et des services sociaux
Mme Karolyne Guichard, représentante du CII
M. Stéphane Poirier, représentant 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 clients.
- 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'accidents ou d'incidents (AH-223).



- Tenue de cinq rencontres au cours de l'année. Pour chaque rencontre, le comité a assuré le suivi :
 - des statistiques et des enjeux en gestion des risques;
 - des statistiques et des enjeux en prévention et contrôle des infections;
 - des événements sentinelles;
 - des recommandations des conseillers cadres en gestion des risques;
 - des enjeux sur la qualité et la sécurité des soins et services, dont :
 - les chutes en CHSLD et en RI;
 - les erreurs de médicaments dans les unités de soins;
 - les obstructions respiratoires.
- Adoption de documents et outils pour encadrer la gestion des risques, dont :
 - la politique de gestion intégrée des risques;
 - le règlement relatif à la divulgation auprès d'un usager à la suite d'un accident;
 - la procédure de déclaration des incidents et accidents;
 - la procédure de gestion des événements sentinelles;
 - le guide sur la complétion des formulaires AH-223;
 - le dépliant sur la déclaration des incidents et accidents à l'intention des employés.
- Les principaux sujets traités lors des rencontres du comité sont :
 - le suivi des travaux du comité stratégique sur la sécurité des soins et des services;
 - le suivi des recommandations du coroner;
 - les mesures de soutien en gestion des risques;
 - le projet C. difficile;
 - la problématique des cloches d'appel;
 - la protection incendie à l'Hôpital d'Amqui;
 - le contrôle de température des réfrigérateurs contenant des médicaments;
 - les audits sur l'hygiène des mains;
 - la gestion des non-conformités au laboratoire;
 - les sachets de thé en CHSLD;
 - la pince à biopsie de la prostate;
 - la formation Heimlich;
 - le dossier URDM/Bloc opératoire à l'Hôpital régional de Rimouski;
 - la recommandation du comité chutes-contentions par rapport aux ceintures Pinel;
 - le rapport d'incidents et accidents transfusionnels;
 - les recommandations du SPCI concernant les interruptions volontaires de grossesse.

COMPOSITION

Dre Véronique Clapperton, RLS de Rimouski-Neigette
 Dr Guildo Côté, RLS de Témiscouata
 Dre Myriam Croteau, RLS de Rimouski-Neigette
 Dr Jean-François Hérard, RLS de Rivière-du-Loup
 Dr Jean Hudon, RLS de Kamouraska
 Dr Éric Lavoie, chef du département, RLS des Basques
 Dre Maryse Lemieux, RLS de La Mitis
 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, adjointe au chef, 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.

RÉALISATIONS

- Distribution des effectifs médicaux en omnipratique, en tenant compte de :
 - l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) de 2017;
 - la nouvelle méthode de répartition des PREM : avis de conformité par sous-territoire;
 - la détermination des besoins prioritaires de recrutement en collaboration avec les installations (2016-2017).
- Désignation du territoire prioritaire pour les boursiers 2017 de la RAMQ, soit les installations de La Matapédia (1), de La Matanie (1) et de Kamouraska (1).
- Répartition des primes d'installation 2016-2017 en priorisant les régions en pénurie, soit La Matapédia et La Matanie.
- Application de la nouvelle exigence de prise en charge exclusive pour les nouveaux adhérents aux activités médicales particulières. Sept demandes de dérogation ont été déposées afin de réduire l'exigence de prise en charge pour certains nouveaux médecins et cinq d'entre elles ont été acceptées.
- Application du respect des exigences des GMF liées à leur adhésion au *Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF* (inscriptions pondérées et taux d'assiduité) ainsi que le suivi de l'état de situation de la délocalisation des travailleurs sociaux et autres professionnels.
- Émission d'avis favorable pour l'adhésion d'un nouveau GMF au Bas-Saint-Laurent au *Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF*, soit le GMF Arthur-Buies, ainsi que pour un GMF qui a amorcé son processus de demande d'accréditation.

- Émission d'un argumentaire au MSSS pour la reconnaissance en assiduité de l'implication des IPSPL en GMF.
- Organisation et coordination des services de première ligne du territoire bas-laurentien.
- Adoption d'un modèle de gouvernance et révision de la composition des tables locales du DRMG dans chacun des RLS du territoire et de son mode de fonctionnement.
- Révision et adoption des modifications aux règlements du DRMG afin de se conformer à la nouvelle structure du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Collaboration aux travaux pour le déploiement de l'accès priorisé aux services spécialisés.
- Élaboration d'un guide régional pour le processus de recrutement en omnipratique.
- Organisation des élections 2017 des membres du comité de direction du DRMG.
- Participation à l'élaboration du *Plan d'action pour favoriser l'accès en première ligne et le portfolio du Bas-Saint-Laurent*.
- Collaboration avec les coordonnateurs médicaux locaux pour le déploiement du nouveau système de gestion des listes d'attente des patients orphelins, soit le guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF).
- 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.

ÉTAT DES EFFECTIFS MÉDICAUX

Répartition de la croissance en omnipratique au Bas-Saint-Laurent en 2017

Réseaux locaux de services	Rehaussement autorisé
Kamouraska	3
Témiscouata	1
Rivière-du-Loup	2
Les Basques	0
Rimouski-Neigette	1
La Mitis	0
La Matapédia	4
La Matanie	6
Total	17

La répartition des 17 nouveaux médecins de famille autorisés au PREM 2017 s'est faite selon une nouvelle méthode qui tient compte de l'écart au besoin total de chaque sous-territoire. Au 30 novembre 2016, 268 omnipraticiens étaient installés au Bas-Saint-Laurent, soit neuf de plus que l'année précédente. Au total, il y a eu en cours d'année 16 arrivées (PREM 2016) et 6 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
- 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 cinq réunions où les sujets suivants ont été abordés :
 - la Loi modifiant la Loi sur la pharmacie (loi 41) :
 - la présentation de la loi 41 au comité de direction du DRMG et à la table de concertation régionale GMF;
 - l'information sur la loi 41 aux infirmières et infirmiers de première ligne.
 - la révision des ordonnances collectives régionales :
 - le retrait de l'ordonnance collective OC-101 : initier un traitement contre la pédiculose, compte tenu de la loi 41;
 - abroger OC-100 : cessation tabagique, dont la date de révision était prévue pour septembre 2018;
 - abroger OC-104 : vitamine D et l'accessibilité financière pour les nourrissons allaités, dont la date de révision était prévue pour septembre 2018;
 - l'approbation de l'ordonnance collective OC-PH-004-DSP : substitution thérapeutique de *Premarin*.
 - la désignation d'un membre du CRSP au CA du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - la qualité des services pharmaceutiques et rétroaction aux pharmaciens communautaires à la suite d'un accident ou incident impliquant la médication et les pharmacies communautaires;

- le processus de cooptation pour deux membres du CRSP;
- l'adoption du règlement du CRSP;
- l'information sur le nouveau GAMF;
- la présentation de la prescription infirmière;
- les formations accréditées en oncologie, en néphrologie et sur la rationalisation des médicaments chez les personnes âgées;
- la tenue de l'assemblée générale du CRSP;
- la transmission aux pharmaciens communautaires et au DRMG d'une lettre de prévention sur le maintien de la chaîne de froid lors de la prescription de vaccins;
- la désignation d'un membre du CRSP au volet communautaire lors des rencontres du comité de soins de fin de vie.

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. Jean-Claude Leclerc, La Matapédia
 Mme Julette Rioux, Les Basques
 Mme Georgette Lefrançois, Rimouski-Neigette
 Mme Sylvie Rousseau, Rivière-du-Loup
 Mme Renée Marchand, Témiscouata
 Mme Marcelle Dubé, La Mitis
 Mme Nancy Gagnon, Rimouski-Neigette
 Mme Louiselle Richard, La Matanie
 Mme Denyse Landry, Rimouski-Neigette

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 huit rencontres.
- Embauche d'une personne-ressource.
- Adoption d'un plan d'action 2016-2018.
- Rencontre et discussions avec le président du conseil d'administration et avec la présidente-directrice générale de l'établissement.
- Rencontre avec la directrice du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées.
- Adoption d'une résolution d'appui au comité des usagers et de résidents de La Mitis pour l'ajout de trois questions au questionnaire standardisé d'évaluation de la satisfaction de la clientèle de l'établissement, en collaboration avec la Direction de la qualité, évaluation, performance, éthique clinique.
- Rédaction d'une lettre dénonçant la proposition du Regroupement provincial des comités d'usagers (RPCU) d'abolir les centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes.
- Participation à la rencontre des présidents des CUCI organisée par le RPCU.
- Participation au congrès annuel du RPCU et à une rencontre du conseil d'administration.
- Dépôt d'un rapport annuel consolidé et de trois recommandations au conseil d'administration de l'établissement.



4.5. Les rapports des directions

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE (DSPU)

MANDAT

La mission première 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

- Publication du *Plan d'action régional de santé publique 2016-2020 pour améliorer la santé et le bien-être des Bas-Laurentiens*.
- Réponse à près de 260 demandes de statistiques et de soutien en surveillance.
- Cueillette et transmission au MSSS des résultats des différentes campagnes de vaccination scolaire.
- Support cartographique dans la démarche *À pied, à vélo, ville active* (APAVVA) et dans des dossiers de santé environnementale.
- Application des agents de scellement dentaire à près de 2 000 enfants en milieu scolaire par les hygiénistes dentaires.
- Participation à l'équipe d'accompagnement régional COSMOSS dans le cadre de la démarche de cohésion 2015-2020 et participation aux travaux locaux de la planification intégrée COSMOSS.
- Continuation du projet d'éducation sexuelle en milieu scolaire pour une dixième année dans deux commissions scolaires de l'ouest du territoire et intensification de ce partenariat avec la Commission scolaire des Phares.
- Réalisation de la campagne régionale *C'tu ça de l'abus?* afin de contrer les différentes formes d'abus chez les jeunes (violence dans les relations amoureuses, contrôle exercé au moyen des médias électroniques et sociaux, sexting, agression sexuelle, homophobie, sextorsion ou chantage à la webcam).
- Présentation de la conférence *C'tu ça de l'abus?* au colloque de l'Association des médecins en protection de l'enfance du Québec (AMPEQ) et aux *Journées annuelles de santé publique* (JASP).

- Collaboration avec la Direction des services multidisciplinaires afin d'assurer la bonification des environnements alimentaires en CPE, milieux familiaux et services de garde en milieux scolaires.
- Participation des agents de promotion et prévention en matière de saines habitudes de vie à un atelier portant sur les meilleures pratiques de prévention du tabagisme chez les jeunes.
- Soutien au développement de projets de prévention du tabagisme destinés aux jeunes auprès de quatre écoles et de deux maisons de jeunes.
- Participation à la tournée des tables locales en *Vieillessement en santé*.
- Tenue du septième *Rassemblement des 50 ans et plus* à Trois-Pistoles ayant réuni plus de 600 personnes, dont la moyenne d'âge était de 74 ans.
- Surveillance régionale des infections nosocomiales.
- Gestion d'éclotions d'infections transmissibles.
- Participation à l'organisation du huitième colloque régional *Mise à jour en infectiologie*, dont une partie traitait de l'antibiogouvernance.
- Évaluation d'un risque potentiel à la santé et à la sécurité des élèves et du personnel dans les établissements Paul-Hubert du Grand-Défi ainsi que du Grand-Pavois de Saint-Yves situés à Rimouski en lien avec la proximité du terminal de chargement de produits pétroliers de la compagnie Suncor.
- Organisation d'une journée sur le droit de prescrire pour toutes les infirmières et infirmiers ITSS, scolaires et en périnatalité touchées par ce privilège en santé publique, lors de laquelle les sujets suivants ont été traités :
 - la contraception;
 - le traitement d'une infection gonococcique ou d'une infection à chlamydia trachomatis chez une personne asymptomatique;
 - la prescription d'un supplément vitaminique et de l'acide folique en périnatalité;
 - le traitement topique de l'infection fongique chez le bébé et la femme qui allaite;
 - le traitement des nausées et vomissements non coercibles chez la femme enceinte.



DIRECTION DES PROGRAMMES DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME ET DÉFICIENCE PHYSIQUE (DPDI-TSA-DP)

MANDAT

La mission de la Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique est d'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 ainsi que la qualité de vie.

FAITS SAILLANTS

- Mise en place du plan d'action de la direction pour 2016-2018 visant différents chantiers de travail et touchant autant les services en DI-TSA-DP chez les jeunes, les adultes et les aînés.
- Intégration de la clientèle en déficience physique au comité des usagers du CRDI. Deux membres ont été recrutés.
- Révision de plusieurs ententes avec les partenaires externes pour la clientèle en DI-TSA-DP.
- Collaborer à diverses rencontres avec les partenaires internes et externes dans le but d'offrir une amélioration continue de l'offre de service pour la clientèle en DI-TSA-DP.
- Implication dans la démarche d'agrément et mise en place d'un plan d'amélioration pour la DPDI-TSA-DP en prévision de la visite de l'équipe d'Agrément Canada prévue au printemps 2018.
- Révision du parc d'hébergement de la Direction par la mise en place d'une plus grande variété de ressources répondant aux besoins de la clientèle (appartements supervisés, ressources intermédiaires spécialisées (RIS), etc.).
- Mise en place d'un plan d'action au niveau du plan de développement de l'expertise (PDE) en collaboration avec le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC).
- Réflexion sur un projet de construction de résidence à assistance continue pour les jeunes et les adultes.
- Intégration des services en déficiences auditives (DA) et visuelles (DV) par la mise en place de deux équipes sous-régionales DA-DV fusionnées, basées respectivement à Rivière-du-Loup et Mont-Joli.
- 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 cinq lits à Rivière-du-Loup, afin de permettre la dispensation de services de réadaptation fonctionnelle intensive en externe.
- Déploiement d'une équipe dédiée aux aides technologiques afin de supporter les intervenants pour la mise en place d'aides techniques à la fine pointe de la technologie visant à compenser les incapacités des usagers et à permettre la réalisation de leurs habitudes de vie et de leurs rôles sociaux.
- Participation aux travaux visant la mise en place d'un continuum de services régionaux pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral.
- Révision de l'organisation des services dispensés aux personnes adultes vivant avec une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme afin d'assurer une meilleure intégration et une plus grande fluidité entre les services spécifiques et spécialisés. Le déploiement du projet est prévu en septembre 2017.
- Révision de l'offre de service TSA 0-7 ans, incluant l'intervention comportementale intensive (ICI), en misant davantage sur le besoin individuel de chaque client, la collaboration avec la famille et le milieu de garde dans l'intervention dans une optique d'interdisciplinarité accrue.
- Révision de l'offre de service pour les jeunes présentant un retard global de développement par des équipes dédiées DI-DP sur tout le territoire.
- Participation au chantier *Retard de développement* en collaboration avec la Direction du programme jeunesse.
- Participation à un comité intersectoriel pour développer des ressources de répit et de gardiennage sur tout le territoire.

Répartition du nombre d'usagers desservis en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP) selon l'âge et la déficience

Usagers desservis ³	0 - 4 ans	5 - 17 ans	18 - 21 ans	22 - 44 ans	45 - 64 ans	65 ans et plus	Total
Déficience intellectuelle	38	112	33	212	251	15	661
Trouble du spectre de l'autisme	39	196	36	78	21	1	371
Déficience motrice	62	281	65	224	252	178	1 062
Déficience visuelle	2	6	0	22	48	136	214
Déficience auditive	9	52	2	14	41	60	178
Déficience du langage	82	271	2	2	2	0	359
Total	232	918	138	552	615	390	2 845

³ Informations en date du 3 mars 2017

MANDAT

La Direction de la protection de la jeunesse a pour mandat d'offrir des services sociaux et de réadaptation externe spécifiques aux jeunes et à leur famille, en conformité avec la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSPJA) et les dispositions législatives en matière d'adoption. Elle dispense également les services d'expertises psychosociales à la Cour supérieure du Québec lors de conflit de garde d'enfant et ceux de recherche d'antécédents et de retrouvailles.

La DPJ planifie, organise et dispense des services conjointement avec la Direction du programme jeunesse (DPJe) dans un continuum de services accessible, de qualité et efficient. Elle collabore aussi avec divers partenaires intersectoriels (centres de la petite enfance, milieux scolaires, justice, etc.) et des organismes communautaires tels que les organismes familiaux et ceux de justice alternative.

FAITS SAILLANTS

En 2016-2017, le nombre de signalements reçu à la protection de la jeunesse est demeuré sensiblement le même que l'année précédente, alors que les signalements retenus aux fins d'évaluation ont légèrement diminué. Dans la dernière année, si l'on tient compte des info-consultations reçues, 2 880 appels ont été traités au service de réception et traitement de signalements.

La problématique de négligence demeure le premier motif d'intervention de la DPJ sur le territoire bas-laurentien. Elle représente 399 signalements retenus, soit une proportion de 46,07 %. L'abus physique se situe au deuxième rang avec 23,79 %. Une légère tendance à la hausse est observée depuis quelques années. Combinés, la négligence et l'abus physique représentent près de 70 % des signalements retenus. Les mauvais traitements psychologiques suivent au troisième rang et représentent 14,78 % des signalements retenus.

Provenance des signalements

Il existe trois grandes catégories de signalants. Les personnes peuvent signaler la situation d'un enfant à la DPJ à titre personnel, comme professionnel du réseau public de services ou comme professionnel du secteur privé. Plus du tiers des signalements provient du milieu familial et de la communauté.

	Reçus		Retenus	
	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016
Rimouski-Neigette	511	524	175	171
La Mitis	312	376	111	180
La Matanie	258	292	109	122
La Matapédia	207	206	70	72
Les Basques	85	104	33	43
Rivière-du-Loup	384	361	136	148
Kamouraska	246	182	109	65
Témiscouata	233	182	107	91
Hors région	30	37	16	21
Autre (sans domicile fixe)	3	0	0	0
Adresse inconnue	9	18	0	3
Total	2 278	2 282	866	916

Signalements retenus par problématique

	2016-2017	%	2015-2016	%
Négligence et risque sérieux de négligence	399	46,07	356	38,86
Abus physique et risque sérieux d'abus physique	206	23,79	282	30,79
Abus sexuel et risque sérieux d'abus sexuel	49	5,66	58	6,33
Mauvais traitement psychologique	128	14,78	131	14,3
Trouble de comportement	83	9,58	87	9,5
Abandon	1	0,12	2	0,22
Total	866	100,00	916	100,00

**Nombre de jeunes suivis à l'application des mesures en protection de la jeunesse
par MRC et taux par 1 000 enfants**

	2016-2017	Taux/1 000 enfants 2016-2017	Population 0-17 ans 2016-2017 (ISQ)	2015-2016	Taux/1 000 enfants 2015-2016	Population 0-17 ans 2015-2016 (ISQ)
Rimouski-Neigette	128	13,86	9 373	126	13,65	9 233
La Mitis	77	23,65	3 286	70	21,51	3 255
La Matanie	85	26,78	3 179	77	24,27	3 173
La Matapédia	72	23,89	2 991	74	24,56	3 013
Les Basques	34	27,98	1 214	34	27,98	1 215
Rivière-du-Loup	99	16,14	6 159	105	17,12	6 132
Kamouraska	54	15,20	3 557	47	13,23	3 552
Témiscouata-sur-le-Lac	62	18,82	3 256	62	18,82	3 294
Total	611	18,59	33 014	595	18,10	32 867

Dans l'année précédente, 251 nouveaux usagers ont été pris en charge par la DPJ. Le taux de prise en charge par 1 000 enfants est toutefois demeuré assez stable durant la dernière année. Les territoires présentant les plus hauts taux d'enfants pris en charge par la protection de la jeunesse demeurent les MRC des Basques, de La Matanie, de La Mitis et de La Matapédia.

La DPJ continue de faire bonne figure sur le plan de l'accès aux services. Bien que le délai moyen d'attente à l'étape de l'évaluation du signalement a augmenté durant la dernière année, passant de 10,54 jours à 12,84 jours, il demeure tout juste au delà de la cible ministérielle de 12 jours. Les délais moyens d'attente aux services d'application des mesures (5,3 jours) et de prise en charge des jeunes contrevenants (0 jour) témoignent d'une très bonne performance au niveau de l'accessibilité.

Expertises psychosociales à la Cour supérieure du Québec

	2016-2017	2015-2016
Expertises psychosociales réalisées	62	57
Usagers concernés par les expertises psychosociales	95	107

Services aux jeunes contrevenants

Contrairement aux dernières années, un peu plus de jeunes ont fait l'objet d'une intervention en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) en 2016-2017. Des services ont été dispensés à 276 usagers, comparativement à 263 en 2015-2016. De ce nombre, 124 usagers ont bénéficié d'un suivi de probation dans le cadre de l'application d'une sanction judiciaire.

Adoption

	2016-2017	2015-2016
Enfants adoptés au Québec	6	6
Enfants adoptés à l'étranger	3	6
Total	9	12

Services de retrouvailles

	2016-2017	2015-2016
Demandes reçues (nouveaux usagers durant la période)	14	22
Dossiers complétés (départs d'usagers durant la période)	8	22

PRINCIPALES RÉALISATIONS

Durant la dernière année, des changements significatifs à la structure organisationnelle de la Direction sont à noter. Depuis le 27 juin 2016, la directrice du programme jeunesse assume également de manière intérimaire les fonctions de directrice de la protection de la jeunesse. Ce double mandat présente plusieurs opportunités et avantages pour les enfants et les familles.

Par ailleurs, en janvier 2017, le MSSS a donné son aval à un projet de démonstration. Ce projet vise à expérimenter un modèle de gestion intégrée des services du programme jeunesse et de la protection de la jeunesse dans une perspective favorisant tant le développement que la protection des enfants dans le respect des cadres légaux qui sous-tendent des obligations et des logiques d'actions parfois différentes, mais complémentaires. Le modèle de gestion intégrée de services a pour objectif le développement d'une meilleure compréhension du mandat de chacun et d'une vision

moins fragmentée des besoins de la famille. Il doit contribuer à améliorer l'accès, la continuité, la complémentarité et la qualité des services. De plus, il vise à surmonter les difficultés inhérentes aux structures administratives de double gouvernance (DPJ et DPJe) au bénéfice des jeunes et des familles.

En cohérence avec cette vision et forte de l'expérience de l'implantation de l'*Équipe Passale des Basques*, la DPJ a procédé à la planification des travaux visant une plus grande intégration des services de la DPJ et de la DPJe et a intensifié les collaborations entre les deux directions. Des travaux conjoints sur le déploiement du programme d'intervention en négligence ont été au cœur des préoccupations et ont permis aux gestionnaires et aux intervenants des deux directions de se côtoyer davantage.

Le déploiement du système intégré de la performance a été entrepris, notamment en élaborant une matrice de cohérence, en utilisant les outils de gestion de projet et en planifiant le déploiement de la salle de pilotage et des caucus opérationnels.

À plus petite échelle, les transformations des deux dernières années ont nécessité la réorganisation de quelques secteurs d'activités (centrale de signalement, adoption et retrouvailles), de certains processus et des trajectoires de services au sein de la direction. De plus, du temps a été investi à la préparation de la visite d'Agrément Canada.

Finalement, la concertation et la collaboration avec différents partenaires internes et externes ont été poursuivies, que ce soit par la participation à des comités de travail (guichet d'accès unique, spécialiste en activité clinique, etc.), la coordination d'instances régionales (entente multisectorielle, assemblée des partenaires LSJPA, etc.) et l'implication dans des travaux pour bonifier la collaboration avec la Clinique pédiatrique de protection de l'enfance (CPPE). Des activités de sensibilisation et de rayonnement afin de mieux faire connaître la mission auprès des partenaires ont ponctué le quotidien.

DIRECTION DU PROGRAMME JEUNESSE (DPJe)

MANDAT

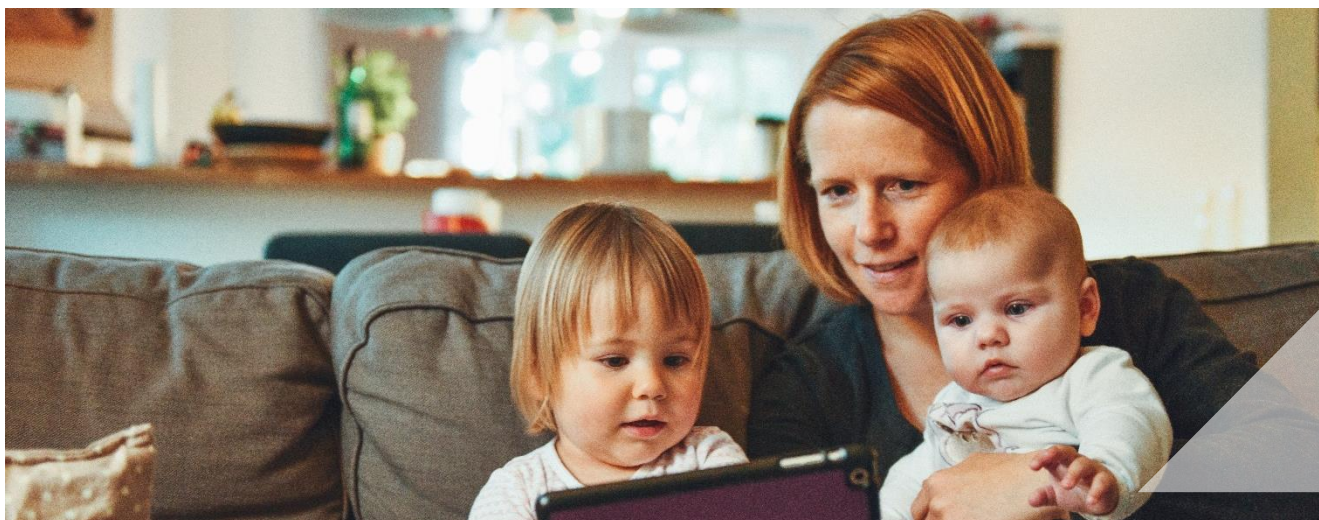
La Direction du programme jeunesse comprend trois grands continuums de services. Les équipes du continuum 0-21 ans ont pour mandat d'offrir des soins de santé et des services sociaux de proximité (mission CLSC) aux enfants et aux familles sur tout le territoire bas-laurentien, incluant les services de sages-femmes. Celles du continuum hébergement jeunesse ont la responsabilité de dispenser les services d'hébergement en ressources de type familial (RTF) et en milieu d'hébergement de réadaptation pour les enfants et les adolescents. Enfin, le personnel et les médecins du continuum santé des femmes, des enfants et des adolescents offrent des services de pédiatrie en santé mentale ainsi qu'en gynécologie et obstétrique.

FAITS SAILLANTS

La dernière année a été marquée par l'intensification des travaux visant à mieux définir et harmoniser l'offre de service de chacun des continuums de services. Plusieurs chantiers ont été mis en place afin de préciser les trajectoires de services et de bonifier les services et les programmations cliniques afin d'améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services ainsi que les collaborations interdirections de même que celles avec les médecins, comme prévu au plan d'action 2016-2018 de la direction.

À la suite de la confirmation du financement nécessaire au développement d'une offre de service de sages-femmes dans le secteur ouest du territoire, des sessions de travail ont été menées en collaboration avec les médecins pour définir et planifier le déploiement de ce service.

Enfin, d'importants travaux de préparation ont été réalisés dans la perspective de la visite d'Agrément Canada qui doit avoir lieu au printemps 2018.



- Continuum de services 0-21 ans :
 - la recertification *Initiative des amis des bébés* (IAB) pour l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima et les CLSC de Kamouraska, confirmant le maintien de soins et de services, par le personnel, les médecins et les collaborateurs, encourageant ainsi la mise en place de pratiques favorables à l'allaitement maternel et au développement optimal du bébé;
 - les travaux régionaux menés en collaboration avec la DSPu visant à bonifier les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), ainsi que les compétences du personnel associé à ce programme;
 - la planification conjointe, par la DPJe et la DPJ, des actions à mettre en place pour consolider le programme en négligence et déployer les équipes intégrées sur le territoire;
 - l'adaptation du programme *Crise-ado-famille-enfant* (CAFE) à la réalité régionale, identification et formation des membres de l'équipe;
 - le transfert d'éducateurs de réadaptation externe de la DPJ à la DPJe pour intensifier l'offre de service auprès de la clientèle 0-12 ans;
 - la révision de l'offre de service en orthophonie 0-5 ans par l'implantation progressive de l'approche *Tandem* – orthophonistes et intervenants de réadaptation psychosociale – sur le territoire;
 - l'élaboration de la trajectoire et de l'offre de service en retard de développement réalisée en collaboration avec la DPDI-TSA-DP, les médecins pédiatres, les pédopsychiatres et la DQEPE;
 - la collaboration, dans chacune des MRC, à l'élaboration des plans d'action stratégiques (PAS) COSMOSS.
- Continuum hébergement jeunesse :
 - la conclusion d'une entente avec Boscoville : *Projet de formation avec accompagnement sur les outils cognitifs comportementaux soutenus par le modèle psychoéducatif*;
 - les actions mises en place pour diminuer les délais d'évaluation des postulants au titre de familles d'accueil;
 - la révision en cours de la procédure d'accès aux services d'hébergement (réadaptation interne et ressources non institutionnelles);
 - la transformation d'une unité de réadaptation en foyer de groupe pour les adolescents (16-17 ans) en processus d'autonomie;
 - la mise en œuvre du programme révisé de surveillance dans la collectivité pour les jeunes contrevenants en collaboration avec la DPJ.



- Continuum santé des femmes, des enfants et des adolescents :
 - les travaux conjoints (DPJe, DPJ et médecins) afin d'harmoniser les processus de références à la Clinique pédiatrique de protection de l'enfance (CPPE) lors de situations d'abus physiques et sexuels ou de négligence. Les rôles et les responsabilités des acteurs concernés ainsi que les modalités de communication entre les intervenants ont aussi été revus;
 - le déploiement dans toutes les unités d'obstétrique du programme de prévention des risques obstétricaux *Ampro plus*;
 - la création et la diffusion, auprès des équipes de soins de l'ensemble des unités d'obstétrique et de néonatalogie, d'un outil de travail sur l'allaitement respectant les normes *Initiative des amis des bébés* (IAB);
 - la mise à niveau en cours de la formation RCR néonatale et enfant auprès des diverses équipes de soins d'obstétrique, de néonatalogie et de pédiatrie;
 - la révision de l'offre de service du continuum de santé mentale jeunesse de 1^{re} et 2^e ligne en collaboration avec les pédopsychiatres;
 - la participation des départements d'obstétrique au projet de recherche *Prisma* qui a comme objectif de permettre une diminution du taux de morbidité maternelle sévère et périnatale mineure ainsi que l'augmentation des AVAC.

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 et en ressources intermédiaires.

La Direction 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, les services Info-Santé et Info-Social et le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), présenté au chapitre 11.

Deux unités de médecine font également partie de la direction, soit l'unité de médecine 2C de l'Hôpital régional de Rimouski, incluant les lits en prévention des infections à la Direction des soins infirmiers, ainsi qu'une unité de médecine au Centre hospitalier régional du Grand-Portage, qui comprend aussi une unité de courte durée gériatrique (UCDG).

FAITS SAILLANTS

- Général :

- le plan d'action réalisé pour atteindre la cible à des OEMC et PSIAS en SAD et en CHSLD;
- les travaux avec le SAD de tous les réseaux locaux de services afin de tendre à la cible 0 le niveau de soins alternatifs (NSA);
- la préparation de la visite d'Agrément Canada au printemps 2018 par l'intégration d'un processus d'amélioration continue dans les structures stratégiques, tactiques et opérationnelles;
- le plan d'action visant l'implantation harmonisée de la coordination d'un épisode de services;
- la révision du fonctionnement des comités de gestion de la direction;
- la rédaction en cours d'une politique et d'une procédure en bientraitance;
- les travaux en cours pour l'implantation d'un mécanisme d'accès à l'hébergement à court et long terme;
- le début des travaux pour tendre vers un fonctionnement avec une salle de pilotage;

- Accueil :

- la mise en place d'un plan d'action et le début des interventions dans la création d'un guichet unique à l'accueil par l'intégration des services d'Info-Social et des accueils des cinq directions des programmes sociaux et de réadaptation. Le service d'accueil vise autant le volet santé que le volet social;
- la rédaction de la trajectoire de l'offre de service;
- la création du cadre de référence;
- la réalisation de la tournée régionale concernant Info-Santé et Info-Social;
- l'implantation d'un mode d'accueil uniformisé de l'AAOR téléphonique;
- les travaux préparatoires en cours en vue d'un projet pilote pour une demande à l'automne 2017 dans trois RLS.

- Services non institutionnels (SAD, RPA-RI et SERG) :

- l'amorce du cadre de référence en SAD et l'accent mis sur la partie de l'aide à domicile;
- la révision des charges de cas pour le secteur de l'éducation spécialisée, en physiothérapie et en ergothérapie. Les secteurs des soins infirmiers et de l'intervention sociale sont en cours de révision;
- le début des travaux afin de documenter les besoins pour un système informatisé;
- la tournée de formation des intervenants professionnels concernant l'implantation harmonisée de l'intervenant pivot, à laquelle plus de 200 personnes ont assisté;
- la collaboration avec la DSI pour la règle de soins concernant les activités d'exception pour les non-professionnels.

- SAD :

- l'investissement provincial en SAD prévoyant, d'une part, une bonification des ressources humaines (éducation spécialisée, soins infirmiers et travail social) et, d'autre part, l'achat de services. Ce plan est réalisé et approuvé par le MSSS;
- la formation de professionnels sur le thème des symptômes comportementaux psychologiques de la démence (SCPD), afin qu'ils deviennent des formateurs en SAD. Cette formation amènera ainsi pour l'année 2017-2018 des formations uniformes pour le personnel en SAD, qui pourront être transmises dans les GMF et les CHSLD.

- RPA-RI :

- les deux tournées d'information dispensées pour les partenaires en collaboration avec la DQEPE et la commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- la révision de l'offre de service dans les lits en ressources intermédiaires, amenant des modifications, renouvellement ou non-renouvellement d'ententes;

- les trois appels d'offres pour le CISSS du Bas-Saint-Laurent, soit pour les installations de La Matanie, de La Matapédia et de Rivière-du-Loup. Les appels d'offres des installations de Témiscouata sont à venir;
 - la signature d'ententes de service à la suite de la visite de 36 RPA (futurs catégories 1 et 2) et la signature d'ententes de service ayant débuté à la suite de la visite de 10 RPA (futurs catégories 4), selon le projet de règlement sur la certification des RPA de 2015. L'exercice se poursuit;
 - la demande de prix pour les lits en hébergement temporaire et hébergement de transition et la signature d'ententes avec près d'une quarantaine de RPA;
 - les deux enquêtes en RPA ;
 - les différents plans de collaboration avec des RPA et des RI;
 - la formation des intervenants sur les notions de base pour intervenir en RPA-RI (certification RPA - cadre de référence RI, approche milieu de vie, etc.);
 - la création d'un journal d'information, *Le Repère*, destiné aux ressources intermédiaires et aux exploitants des RPA, en collaboration avec la DQPE.
- SERG :
 - la révision du cadre de référence SERG;
 - l'uniformisation de l'offre de service pour les lits en unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF);
 - l'adoption d'un mode de fonctionnement différent pour les groupes du Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED), l'implantation du programme d'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) et le début de la collaboration avec les groupes communautaires pour le programme d'intervention multifactorielle non personnalisée (IMNP).
 - CHSLD :
 - la présentation, par deux collègues de la DPSAPA, des activités de loisirs en institution au *Forum provincial en CHSLD*;
 - la mise en place d'une structure de gestion permettant d'implanter les meilleures pratiques en CHSLD : six comités tactiques portant sur des thèmes spécifiques, un comité stratégique, un comité de suivis et treize comités opérationnels à venir;
 - l'investissement provincial en CHSLD, qui amène un ajustement des structures de postes et l'implantation de six comités tactiques. Un plan d'investissement a été déposé au MSSS et est en attente d'approbation;
 - la création du cadre de référence pour le fonctionnement harmonisé des équipes interdisciplinaires;
 - la création du guide d'accueil harmonisé lors de l'arrivée d'un nouvel usager;
 - le début de la formation des PAB et de celle des PAB mentors pour les soins de fin de vie, en collaboration avec la DSI.

DIRECTION DES PROGRAMMES SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCE (DPSMD)

MANDAT

La Direction des programmes santé mentale et dépendance est notamment responsable des équipes de santé mentale, de dépendance, de psychiatrie, de l'hôpital de jour et des RI-RTF. Elle a pour responsabilité de planifier et de veiller au développement et à la mobilisation de l'ensemble des gestionnaires et des équipes des programmes santé mentale et dépendance.

FAITS SAILLANTS

En 2016-2017, en continuité de la mise en place de la Direction et du nouvel établissement fusionné, la DPSMD a centré ses efforts sur les priorités suivantes :

- Priorité 1 – Consolider la direction régionale tout en améliorant l'accès aux services.
- Priorité 2 – Amorcer l'implantation des mesures du *Plan d'action national en santé mentale 2015-2020* et poursuivre l'actualisation des orientations en dépendance, des stratégies de lutte à l'itinérance et des bonnes pratiques en matière d'intervention en violence conjugale, agression sexuelle et prévention du suicide.

Les principales activités qui ont été réalisées relativement à la priorité 1 sont les suivantes :

- Maintien des services en santé mentale et en dépendance dans chacune des MRC du Bas-Saint-Laurent, par exemple, en suivant l'évolution des listes d'attente et de la disponibilité des ressources. Également, lorsqu'une personne présentait une situation clinique complexe, avec des besoins multiples, la direction est intervenue à plusieurs reprises afin de trouver une solution adéquate et rapide dans l'intérêt du client.
- Mise en place d'un comité de gestion, composé de tous les chefs de service de la direction. Ce comité se réunit aux trois semaines. Son mandat est d'assurer une cohérence dans l'application des objectifs de la Direction et d'assurer une communication efficace dans tous les secteurs.
- Réalisation de deux tournées de l'ensemble des équipes de travail afin de partager la vision de la Direction, les orientations du ministère, mais surtout d'échanger directement avec le personnel sur les impacts des mesures budgétaires et les solutions à mettre en place pour les atténuer.
- Création d'un comité avisé composé d'utilisateurs des services et de proches de personnes ayant reçu des services en santé mentale et en dépendance pour que les clients aient une occasion de participer activement à l'organisation des services et de partager leur vision à ce sujet. Quatre rencontres du comité ont eu lieu en 2016-2017.

- Implantation, avec le soutien de la DQEPE, d'une approche de gestion intégrée de la performance. Une salle tactique a été créée spécialement pour la direction. Celle-ci contient les objectifs stratégiques de la direction, les projets en cours, les indicateurs principaux et les résultats. De plus, les gestionnaires ont déployé des caucus opérationnels avec leurs équipes. Les caucus servent à bonifier les processus de travail afin d'améliorer les résultats d'équipe et le climat de travail.
- Mise en place, en lien avec l'objectif de consolider la Direction, d'un système de cogestion médicale avec le département de psychiatrie. Le directeur rencontre régulièrement le chef de département. Ces derniers organisent des rencontres mensuelles de cogestion. Ces rencontres incluent la direction adjointe et les chefs des services médicaux. Sur la base des opérations régulières, un jumelage est effectué entre les chefs administratifs et les leaders médicaux.

Les principales activités qui ont été réalisées relativement à la priorité 2 sont les suivantes :

- Analyse de la charge de travail des intervenants, afin d'assurer une fluidité des services par épisode de services. Les dossiers ont été revus ainsi que la durée des suivis, en se basant sur les besoins des clients et leur plan d'intervention.
- 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.
- Amorçage des travaux avec les cliniques médicales et la Direction des services professionnels pour délocaliser des travailleurs sociaux en GMF, à la suite de la diffusion d'une circulaire ministérielle sur l'intégration de professionnels en GMF. Au 31 mars 2017, la moitié des travailleurs sociaux à délocaliser (soit environ cinq équivalents temps complet) avait intégré les cliniques médicales. Une appréciation du fonctionnement du travail en interdisciplinarité en GMF est à prévoir dans les prochains mois.
- Réalisation, par un comité de travail, une planification de l'implantation d'un changement recommandé par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM). L'année dernière, le CNESM a procédé à l'appréciation des pratiques cliniques dans les équipes de santé mentale dans la communauté, plus spécifiquement les équipes de suivi d'intensité variable (SIV) et les équipes offrant un suivi intensif (SI) aux personnes ayant un problème de santé mentale. Les résultats furent très positifs. Par contre, le CNESM a recommandé de réviser le fonctionnement et la composition des équipes SI et SIV afin de créer des équipes intégrées, mettant de l'avant un modèle de pratique de type *Flexible Assertive Community Treatment* (FACT). Dans ce type de fonctionnement en équipe intégrée, c'est l'équipe qui ajuste ses interventions et les assignations en fonction des besoins

changeants de la clientèle. La phase préparatoire s'amorce actuellement et l'implantation est prévue dans un site pilote à l'automne 2017.

- Arrimage des services en santé mentale et en dépendance par la réalisation d'une tournée des équipes par deux chargés de projet, afin de faire connaître les fiches de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESS) concernant les troubles concomitants. Ces fiches décrivent les pratiques cliniques à mettre de l'avant lorsque des usagers ont des problématiques en santé mentale et en dépendance.
- Consultation, à quelques reprises, des partenaires intersectoriels afin de revoir les modes de concertation bas-laurentiens au sujet des problématiques de santé mentale, violence conjugale, dépendance, agression sexuelle, insertion socioprofessionnelle et prévention du suicide, en lien avec plusieurs orientations ministérielles concernant l'arrimage avec les partenaires du réseau territorial de services (RTS). Une majorité très significative de partenaires a choisi un nouveau modèle de concertation plus efficace et mieux coordonné pour la région. Au cours de la prochaine année, la Direction collaborera avec eux dans la gestion de la transition des modes de concertation actuels vers celui souhaité par la communauté de partenaires.



DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE ET DE LA RECHERCHE (DEUR)

MANDAT

La Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche a pour mandat d'assurer une formation de qualité aux étudiants en médecine et dans les autres disciplines universitaires en santé et services sociaux, en collaboration avec les universités partenaires. Elle doit également soutenir le développement de la recherche dans les différents champs de spécialité présents dans l'organisation.

En favorisant une meilleure intégration des missions d'enseignement et de recherche aux autres missions de soins de l'établissement, la DEUR contribue à l'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins et des services.

FAITS SAILLANTS

• Enseignement :

- l'accueil de douze externes juniors et la poursuite de la formation de dix externes seniors au programme d'externat longitudinal intégré (ELI);
- l'accueil de cinq nouveaux résidents juniors, pour un total de quatorze résidents juniors et seniors, et l'accueil d'une stagiaire infirmière praticienne spécialisée de première ligne (IPSPL) à l'unité de médecine familiale (UMF) de Rimouski;

Nombre de mois/stage⁴

	Externat	Résidence		Total
		Médecine familiale ⁵	Médecine spécialisée	
Les Basques	9	51,5	-	60,5
Kamouraska	21	-	10	31
La Matanie	16,5	16	-	32,5
La Matapédia	10,5	18	2	30,5
La Mitis	7	3	-	10
Rimouski-Neigette	172	103	100	375
Rivière-du-Loup	20,5	7	69	96,5
Témiscouata	12	11	5	28
Total	268,5	209,5	186	664

⁴ Un mois/stage équivaut à quatre semaines. Une année académique comporte treize mois/stage.

⁵ Les stages en spécialité qu'effectuent les résidents en médecine familiale inscrits à l'UMF de Rimouski – Hôpital régional de Rimouski et à l'UMF de Trois-Pistoles – Hôpital régional du Grand-Portage ont été comptabilisés en médecine spécialisée.

- l'accueil de deux nouveaux résidents juniors, pour un total de treize résidents juniors et seniors, et l'accueil d'une stagiaire IPSPL à l'UMF de Trois-Pistoles;
- l'accueil de 210 stagiaires universitaires en provenance de plusieurs universités dont l'Université Laval et l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) pour un total de 404 mois/stage dans les installations et dans diverses disciplines, dont la réadaptation, la pharmacie et les soins infirmiers;
- la visite annuelle de D^r Rénald Bergeron, doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval, et de son équipe, le 2 juin 2016, pour le suivi du contrat d'affiliation entre l'Université Laval et le CISSS du Bas-Saint-Laurent. Lors de cette journée tenue à Rivière-du-Loup, deux ateliers de formation professorale ont été donnés, portant sur la rétroaction efficace et l'évaluation en fin de stage;
- la visite annuelle de D^r Robert Blackburn, directeur de l'externat à la Faculté de médecine de l'Université Laval, et de son équipe, en novembre 2016, pour faire le point sur l'externat longitudinal intégré à l'Hôpital régional de Rimouski avec les responsables de stage. Cette visite fut également l'occasion de rencontrer les nouveaux externes, de valider leur intégration et de répondre à leurs questions;
- la remise de prix en enseignement, en juin 2016, par la coordination de l'enseignement des installations de Rimouski-Neigette. Les récipiendaires, désignés par les externes et les résidents, sont D^r Sébastien Beausoleil, enseignant de l'année en médecine familiale, D^r Francis Fournier, enseignant de l'année en spécialité, et le Département de médecine d'urgence, à titre d'équipe de l'année en enseignement;
- la participation au colloque sur l'ELI à l'Hôtel-Dieu-de-Lévis et la présentation du projet d'immobilisation réalisé à l'Hôpital régional de Rimouski dans le cadre de l'implantation du campus clinique satellite et de l'ELI, par D^{re} Julie Fortin, directrice de l'externat, et monsieur Martin Legault, directeur des services techniques.

• Recherche :

- l'autorisation par le CISSS du Bas-Saint-Laurent de 24 nouveaux projets de recherche entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017. Au total, près de 80 projets de recherche sont en cours dans diverses disciplines;

- l'évaluation, par le comité d'éthique de la recherche (CER), de cinq nouveaux projets de recherche au cours de l'année 2016-2017. Au total, le CER est responsable du suivi éthique continu de 23 projets, dont deux sont multicentriques et se déroulent dans plusieurs établissements au Québec;
 - l'intensification de la recherche clinique thérapeutique dans plusieurs domaines médicaux, notamment en oncologie, en rhumatologie, en cardiologie, en néphrologie et en microbiologie-infectiologie;
 - l'obtention d'une aide financière de plus de 33 000 \$ pour développer la capacité de recherche académique en oncologie via le Consortium de recherche en oncologie clinique du Québec et le *Canadian Cancer Clinical Trials Network*;
 - le développement ou la poursuite des partenariats en recherche, notamment en réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme avec le CISSS de la Côte-Nord et le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean et en sciences infirmières avec le groupe de recherche interdisciplinaire sur la santé et le bien-être (GRISER) et le laboratoire de recherche sur la santé en région (LASER) de l'UQAR;
 - la collaboration à la mise sur pied d'une Chaire de recherche sur la continuité des soins de santé et des services sociaux en région à l'UQAR.
- Centre de documentation :
 - la centralisation des services documentaires et l'implantation d'un guichet unique pour le traitement des demandes;
 - la centralisation et l'uniformisation des modalités d'achat de matériel;
 - le développement des ressources documentaires, dont la mise en place de veilles informationnelles et la promotion des services de table des matières, de recherche documentaire et de repérage d'articles scientifiques;
 - l'établissement d'une collaboration avec le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université Laval pour le partage et l'optimisation des ressources;
 - l'élargissement de la disponibilité des documents par une collaboration avec différents milieux de la région, tels que l'UQAR, le Cégep de Rimouski, l'Institut maritime du Québec, la Bibliothèque Lisette-Morin et la Commission scolaire des Phares;
 - la participation au projet de soutien aux apprentissages de la population en matière de santé et de ressources disponibles dans la région;
 - la collaboration avec le *Réseau Santécom* au développement d'un nouveau système intégré de gestion de bibliothèque.



DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS (DSI)

MANDAT

La Direction des soins infirmiers a la responsabilité d'organiser et de dispenser 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 (PCI) relève également de cette direction.

La direction concentre ses activités au niveau de :

- La qualité des soins.
- Les compétences cliniques.
- L'organisation des soins et les effectifs en soins infirmiers.
- Les règles de soins.
- Le soutien au conseil des infirmiers et infirmières et au conseil des infirmiers et infirmières auxiliaires.
- L'enseignement et la recherche.

- Gouverne de la DSI :
 - la poursuite des démarches afin de pourvoir les postes de gestionnaires. Certains postes sont toujours vacants à ce jour;
 - l'élaboration des modalités de gouvernance en prévention et contrôle des infections (PCI). Celles-ci sont adoptées et fonctionnelles;
 - la révision de la structure en prévention et contrôle des infections, qui permet qu'une conseillère-cadre couvre les pôles est et ouest en collaboration avec les conseillères en PCI;
 - l'adoption du *Plan d'action régional 2015-2020 en PCI*;
 - l'amorce, en décembre 2016, des activités du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII). Le détail des différentes activités se retrouve dans le rapport annuel du CECII.
- Travaux réalisés dans le cadre de l'entrée en vigueur de la Loi concernant les soins de fin de vie (loi 2) :
 - Les détails se retrouvent au chapitre 7 portant sur l'application de la politique sur les 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 :
 - la réorganisation des unités de soins sur le territoire du Bas-Saint-Laurent selon les standards de qualité et de pratique;
 - la révision et la modélisation des rôles et des responsabilités du personnel soignant;
 - le partage des activités de soins dans l'équipe soignante, à la suite du déploiement du projet de loi 90 modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé;
 - la révision de l'offre de service au niveau des soins courants aux installations des Basques;
 - la mise en place de différents comités de travail dans le cadre de la démarche d'agrément où des pratiques organisationnelles sont requises (POR) pour l'harmonisation des différents programmes cliniques (programme sur les mesures de contrôle, prévention des chutes, prévention des plaies de pression, soins de la peau et des plaies, etc.) ainsi que la double identification et la sécurité liée aux pompes à perfusion. La PCI a également trois POR, soit la conformité aux pratiques d'hygiène des mains, la formation et le perfectionnement sur l'hygiène des mains ainsi que le taux d'infections nosocomiales;
 - l'adoption d'une règle de soins pour encadrer le déploiement de la prescription infirmière dans certains secteurs d'activités : 55 infirmières et infirmiers ont le droit de prescrire;
 - l'adoption d'une règle de soins sur les activités cliniques d'exception confiées aux aides-soignants (non-professionnels);
 - l'évaluation de la pratique infirmière au triage dans les urgences de la région : près de 900 audits cliniques ont été réalisés;
 - la mise en place d'un plan d'action pour l'amélioration de la qualité des soins et des services dans deux installations.
- Développement et maintien des compétences du personnel en soins infirmiers de façon transversale :
 - la formation de deux agents multiplicateurs pour l'évaluation de la condition physique et mentale;
 - la formation de deux agents multiplicateurs sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence;
 - la formation de personnel sur les soins des plaies dans les installations des Basques;
 - la poursuite de la formation sur le rehaussement des compétences;
 - la formation de 28 infirmières et infirmiers auxiliaires sur la thérapie intraveineuse;
 - la création d'une formation régionale sur l'approche adaptée à la personne âgée et le déploiement de cette formation dans certaines installations;
 - la mise en place d'un nouveau processus d'évaluation et de suivi de probation pour le personnel en soins infirmiers;
 - l'harmonisation des programmes cliniques d'intégration pour le nouveau personnel en soins infirmiers (PAB, externes, infirmières et infirmiers, candidats à l'exercice de la profession infirmière (CEPI), infirmières et infirmiers auxiliaires et candidats à l'exercice de la profession infirmière auxiliaire (CEPIA);
 - l'harmonisation des programmes cliniques (mentorat, externat et préceptorat).
- Mise en place de certaines conditions pour permettre le recrutement et l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL) :
 - le recrutement d'une nouvelle IPSPL pour les installations de Rimouski-Neigette;
 - l'embauche de deux IPSPL pour les installations de Rivière-du-Loup.
- Prévention et contrôle des infections :

Le tableau de la page suivante présente quelques données statistiques sur les taux d'incidence des infections nosocomiales pour les programmes faisant l'objet de surveillance provinciale.

	DACD	ERV colonisation	ERV infection	BGNPC colonisation	BGNPC infection	Bactériémie à SARM	Bactériémie pan hospitalière	Bactériémie sur cathéters centraux aux soins intensifs	Bactériémie hémodialyse
Hôpital régional de Rimouski	5,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0
Centre hospitalier régional du Grand-Portage	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	-
Hôpital Notre-Dame-de-Fatima	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	2,5	-	-
Hôpital de Matane	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	-	-
Hôpital d'Amqui	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	-	-
Hôpital de Notre-Dame-du-Lac	2,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-
Bas-Saint-Laurent	3,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	3,0	0,0	0,0
Québec	4,6	7,45	0,09	0,51	0,04	0,14	6,57	1,0	0,2

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 DQPE.

La DSP dirige également la création de corridors de services, 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 au niveau de la révision des processus de travail, la détermination des profils de compétences adaptés aux clientèles desservies, de même 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

L'organigramme de la DSP a été revu. Les tâches incombant au poste de directeur adjoint première ligne et celui des services médicaux spécialisés ont été ajoutées au poste de coordonnatrice de l'accès aux services médicaux spécialisés des pôles est et ouest, permettant d'abolir ceux-ci. Un poste de directeur adjoint médical a été ajouté ainsi que celui d'adjointe au DSP permettant ainsi une amélioration de la gouverne dans la direction.

- Accompagnement des douze groupes de médecine de famille (GMF) de la région pour la délocalisation des professionnels travailleurs sociaux (TS) et autres professionnels prévus au *Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF*.
- Mutation de l'UMF de Rimouski et des Basques vers le *Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF*.
- Création du GMF Arthur-Buies pour la région de Rimouski-Neigette en août 2016 et processus de création d'un autre GMF en cours.
- Organisation de la 9^e *Journée annuelle de formation en maladies chroniques*.
- Révision du *Programme maladies chroniques*.

⁶ Source : Fichier provincial infocentre, données provisoires, 4 mai 2017.

Notes : Cible DACD Hôpital régional de Rimouski et CHRGP 2015-2016 : 7,6
Cible DACD CH Notre-Dame-de-Fatima, de Matane, d'Amqui et de Notre-Dame-du-Lac 2015-2016 : 5,0
Cible SARM Hôpital régional de Rimouski et CHRGP 2015-2016 : 0,51
Cible SARM CH Notre-Dame-de-Fatima, de Matane, d'Amqui et de Notre-Dame-du-Lac 2015-2016 : 0,31
Cible bactériémie hémodialyse Hôpital régional de Rimouski 2015-2016 : 0,64
Cible bactériémie sur cathéters centraux aux soins intensifs Hôpital régional de Rimouski et CHRGP 2015-2016 : 0,65
Taux DACD, ERV, BGNPC, bactériémie à SARM et bactériémie pan hospitalière : cas/10 000 jours-présence
Taux bactériémie sur cathéters centraux aux soins intensifs : cas/1000 jours-cathéters
Taux bactériémie en hémodialyse : cas/1000 jours-cathéters
Les taux en caractère gras indiquent un dépassement de la cible annuelle du MSSS.

- Implantation du projet *INSPIRED* à Rimouski-Neigette et planification du déploiement des autres RLS afin d'avoir une meilleure prise en charge de la clientèle MPOC.
- Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs. Cinq GMF participent activement à l'implantation de la deuxième phase.
- Le Consortium en douleur chronique du Bas-Saint-Laurent (CDCBSL) et ses trois centres secondaires (La Mitis, Rimouski-Neigette et Rivière-du-Loup) poursuivent les travaux prévus dans le plan triennal 2015-2018.
- Inscription de près de 87,11 % de la population bas-laurentienne auprès d'un médecin de famille, soit 3 % de plus qu'à la même période l'an dernier.
- Travaux sur la mise à niveau des unités d'endoscopie des installations.
- Amélioration de la durée moyenne de séjour sur civière des urgences qui se démarque très positivement par rapport à celle de l'ensemble du Québec (7,7 h par rapport à 15,5 h).
- Mobilisation des services d'urgence visant à améliorer les délais d'attente de leur clientèle ambulatoire ne nécessitant pas d'hospitalisation, et ce, afin de réduire la durée de séjour à moins de quatre heures.
- Procédure de réorientation des patients avec une condition clinique non urgente du service d'urgence vers les GMF.
- Réalisation de travaux pour atteindre 65 % de taux d'hospitalisation en spécialité.
- Mise en place de plusieurs mesures d'optimisation dans les différents secteurs, incluant une mesure de 1 M\$ en fournitures médicales.
- Déploiement du centre de répartition des demandes de services (CRDS) pour les neuf premières spécialités, soit l'orthopédie, la cardiologie, la neurologie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie (ORL), la gastroentérologie, la néphrologie, la pédiatrie et l'urologie).
- Suivi du plan d'action sur quatre domaines ciblés où l'accès doit être maintenu ou amélioré, soit la chirurgie, les services diagnostiques et thérapeutiques, les consultations spécialisées et les services médicaux de première ligne.
- Élaboration d'une politique et d'une procédure régionale de gestion des lits afin de standardiser le fonctionnement sur le territoire.
- Réalisation de 12 099 chirurgies.
- Réalisation de 96 % des chirurgies à l'intérieur du délai de six mois, avec un délai moyen d'attente pour une chirurgie de 8,6 semaines et diminution de 33 % pour les patients hors délai de un an. 93 % des chirurgies oncologiques sont réalisées à l'intérieur du délai de 56 jours.
- Dépôt du *Plan d'action continuum AVC 2016-2018* et formation d'un comité de coordination interdirections pour la mise en place de celui-ci, incluant deux patients partenaires.
- Mise en place du corridor de services pour la thrombectomie dans toutes les installations, permettant le transfert dans un délai acceptable.
- Dépôt du plan d'action triennal en suppléance rénale, incluant le projet d'implantation d'une unité satellite d'hémodialyse localisée à Rivière-du-Loup.
- Réalisation de travaux impliquant la collaboration de plusieurs directions cliniques pour améliorer la gestion du niveau de soins alternatifs (NSA).
- Modification du plan d'effectifs médicaux (PEM) en médecine spécialisée pour l'année 2017. Ajout de huit postes régionaux.
- Dénombrement de 254 postes autorisés en médecine spécialisée pour la région, dont 29 postes sont disponibles au 31 mars 2017.
- Amorçage d'une réorganisation de la trajectoire pour le recrutement et la nomination des médecins. Création d'un poste d'agente de recrutement médical pour le Bas-Saint-Laurent avec participation aux principales activités de recrutement destinées aux médecins résidents.
- Régionalisation de la gestion du *Programme de formation médicale décentralisée*.
- Recrutement de 14 nouveaux omnipraticiens au Bas-Saint-Laurent sur une possibilité de 17 autorisés au PREM 2017.
- Réalisation du programme régional de cancérologie.
- Actualisation et suivi du *Plan d'action en cancérologie 2016-2017* pour le Bas-Saint-Laurent, en cohérence avec le plan directeur de la direction générale de cancérologie.
- Réalisation d'un plan d'action en radio-oncologie suite aux audits ministériels effectués en mai 2016 et ayant comme objectif le développement des techniques standards.
- Mise en place du *Réseau Rose*.



DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES (DSM)

MANDAT

La Direction des services multidisciplinaires est responsable des cadres hiérarchiques et des secteurs de la radiologie, de la médecine nucléaire, de l'inhalothérapie, de la nutrition clinique, de la réadaptation hospitalière et externe, des laboratoires ainsi que des archives et du retraitement.

De plus, elle a des responsabilités dans des 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, soit la qualité et l'évolution de la pratique, le processus d'agrément, l'interdisciplinarité et l'expérience client.

FAITS SAILLANTS

• Retraitement des dispositifs médicaux (RDM) :

- la poursuite du plan d'amélioration respectif de chacune des installations afin d'optimiser les pratiques et atteindre les conformités requises selon les normes en vigueur;
- l'intégration des comités de travail sur la prolongation de la durée de vie des URDM de Rimouski-Neigette et Rivière-du-Loup;
- la participation à la relance des comités locaux de prévention et contrôle des infections;
- la participation aux rencontres du comité directeur en prévention et contrôle des infections;
- les audits des unités de retraitement en endoscopie;
- la réflexion portant sur la mise en place d'un comité d'assurance qualité en retraitement des dispositifs médicaux.

• Encadrement aux pratiques professionnelles :

- l'élaboration de l'offre de service de la DSM pour le volet de la qualité de la pratique professionnelle;
- le modèle de répartition des spécialistes en activités cliniques pour les directions cliniques;
- le développement d'un outil d'évaluation de la prestation des services psychosociaux réalisés dans le cadre de l'aide médicale à mourir (AMM);
- la collaboration transversale (DRHCAJ et directions cliniques) visant la conformité et l'amélioration de la pratique professionnelle dans les dossiers d'encadrement clinique;
- l'élaboration d'une trajectoire générique et harmonisée d'évaluation de la dysphagie chez l'adulte;
- la rédaction d'avis relatifs à la conformité de la pratique professionnelle;
- la collaboration au comité d'appréciation de la contribution du personnel.

• Laboratoires :

- l'arrivée en janvier 2017 des nouveaux codirecteurs clinico-administratif et médical Optilab;
 - la visite d'inspection de l'Agence Canadienne de Santé publique le 1^{er} décembre 2016 aux installations de Rimouski-Neigette dans le cadre de la conformité aux articles applicables de la Loi sur les pathogènes humains et les toxines;
 - l'élaboration du plan d'action portant sur l'amélioration du temps de réponse en anatomopathologie;
 - la mise en place d'un groupe de travail multidisciplinaire afin de définir un plan d'organisation du futur CoreLab à l'Hôpital régional de Rimouski avec une approche *Lean*;
 - la transmission au MSSS de la mise à jour de la fiche projet dans le dossier de la réorganisation physique du laboratoire de pathologie de l'Hôpital régional de Rimouski;
 - les travaux en cours afin d'accueillir un appareil de spectrométrie de masse de type *Maldi Tof* au laboratoire de microbiologie de l'Hôpital régional de Rimouski;
 - la poursuite des travaux d'envergure pour la réalisation du Système d'informatisation de laboratoires (SIL) régional avec l'objectif de déploiement prévu en octobre 2017;
 - l'élaboration du plan de main-d'œuvre du projet Optilab.
- ### • Imagerie médicale :
- la poursuite des travaux en lien avec le renouvellement de la résonnance magnétique aux installations de Rimouski-Neigette;
 - la mise en place d'un plan d'accès à la clientèle de l'imagerie pour les installations d'Amqui à la suite du départ du médecin radiologiste;
 - le remplacement de l'appareil de tomодensitométrie dans les installations de Rivière-du-Loup;
 - la poursuite des travaux en lien avec le renouvellement de la résonnance magnétique et les problèmes de structure dans les installations de Rivière-du-Loup;
 - la collaboration avec l'équipe de la gestion de l'accès dans la mise en place du CRDS et l'intégration du nouveau formulaire de demande de consultation;
 - l'intégration de la région du Bas-Saint-Laurent dans l'alimentation du DSQ;
 - la mise en place de mesures additionnelles temporaires octroyées par le MSSS afin d'augmenter l'accès dans les secteurs de la résonnance magnétique et de la tomодensitométrie;
 - la mise en place de mesures additionnelles temporaires octroyées par la haute direction du CISSS du Bas-Saint-Laurent afin de résorber les délais d'attente dans certains secteurs, dont l'échographie cardiaque, l'échographie générale, la résonnance magnétique, la radioscopie, la mammographie, la pneumologie et la cardiologie.
- ### • Service des bénévoles et des intervenants en soins spirituels :

- la tenue d’une journée de formation régionale des intervenants en soins spirituels;
 - l’harmonisation des heures en soins spirituels sur tout le territoire;
 - l’harmonisation des services des bénévoles sur tout le territoire;
 - les activités de reconnaissance pour les bénévoles;
 - les ententes de collaboration avec les prêtres pour assurer des services religieux;
 - la diffusion du bilan de la tournée des bénévoles.
 - Archives :
 - l’expérimentation d’un projet de décentralisation de la transcription interinstallations;
 - la mise sur pied d’un comité de travail portant sur la transcription médicale;
 - la mise sur pied du comité régional des documents cliniques et élaboration d’un guide;
 - la réorganisation du travail aux archives des installations des Basques;
 - la détermination d’une structure de pilotage régional de l’index patient organisationnel;
 - les activités interdirections dans le cadre de la semaine de la confidentialité;
 - le projet de rénovation des locaux des archives médicales au CHRGP.
 - Inhalothérapie :
 - la réorganisation de la garde en inhalothérapie au Kamouraska;
 - l’actualisation du plan d’action à la suite de la visite de l’Ordre des inhalothérapeutes aux installations de La Matanie;
 - l’élaboration d’un guide de politiques et procédures aux installations de La Matanie;
 - la consolidation des heures en physiologie respiratoire à Rivière-du-Loup.
 - Nutrition clinique :
 - la consolidation des heures allouées en nutrition pédiatrique aux installations de Rimouski-Neigette;
 - la réorganisation des services de nutrition clinique en collaboration avec la DSP permettant de diminuer les délais d’attente et de répondre à la clientèle selon les besoins prioritaires aux installations de Rimouski-Neigette;
 - les travaux en cours permettant l’harmonisation de l’offre de service en nutrition clinique au Bas-Saint-Laurent;
 - le partenariat avec la DSP pour la dispensation des services en nutrition clinique et en maladies chroniques.
 - Réadaptation externe :
 - la réorganisation du travail en audiologie afin de réduire la liste d’attente et les délais d’attente dans les installations de Rimouski-Neigette;
 - la révision de l’organisation du travail en orthophonie permettant de diminuer les listes d’attente en dysphagie externe dans les installations de Rimouski-Neigette;
 - les travaux portant sur l’harmonisation de l’offre de service en physiothérapie externe pour le Bas-Saint-Laurent;
 - la participation au comité sur le continuum AVC;
 - la formation d’intervenants en ergothérapie pour les cas de mains complexes aux installations de Rimouski-Neigette et de Rivière-du-Loup.
- DIRECTION DE LA QUALITÉ, ÉVALUATION, PERFORMANCE, ÉTHIQUE CLINIQUE (DQEPE)**
- MANDAT**
- La Direction de la qualité, évaluation, performance, 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. 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. Par ailleurs, elle s’assure du bon fonctionnement du comité d’éthique clinique et organisationnelle et compte un représentant au comité de coordination clinique.
- FAITS SAILLANTS**
- Mise en place d’un comité de coordination stratégique sur la sécurité des soins et des services (trois rencontres) et élaboration d’un plan d’action.
 - Coordination de la démarche de suivi et de reddition de comptes de l’entente de gestion et d’imputabilité et élaboration de processus et d’outils de suivi.
 - Coordination de trois visites ministérielles en CHSLD, dont les rapports et les plans d’amélioration sont disponibles sur le site Web du CISSS du Bas-Saint-Laurent :
 - Les Basques : Centre d’hébergement de Trois-Pistoles;
 - La Matanie : Centre d’hébergement de Matane;
 - La Matapédia : Centre d’hébergement Marie-Anne-Ouellet.
 - Coordination des suivis pour les visites de reddition de comptes dans sept centres d’hébergement.
 - Élaboration d’un processus de suivi des visites d’évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD.
 - Visite d’évaluation de la qualité du milieu de vie en RI-RTF du programme-services santé mentale. Le rapport de la visite et le

plan d'amélioration sont disponibles sur le site Web du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

- Définition du projet d'implantation du cadre de référence en RI-RTF et élaboration du plan d'action.
- Inscription de 145 résidences du Bas-Saint-Laurent au Registre des résidences privées pour aînés (RPA) au 31 mars 2017.
- Visite du Conseil québécois d'agrément dans 23 RPA en processus de renouvellement de leur certification.
- Enquête administrative dans une RPA et processus d'encadrement au sein de cette résidence.
- Mise en place d'un tableau de bord qualité pour les RPA en partenariat avec la DPSAPA et la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.
- Création d'un bulletin d'information, *Le Repère*, s'adressant aux exploitants de RPA, en collaboration avec la DPSAPA. Parution de deux numéros.
- Élaboration d'une politique et d'une procédure de vigie de la qualité dans les RPA.
- Élaboration d'un processus d'audits et développement d'un projet pilote.
- Formation des responsables de ressources communautaires d'hébergement en dépendance au nouveau règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance.
- Renouvellement de la certification de deux ressources communautaires d'hébergement en dépendance.
- Mise en place d'un comité de travail pour les régimes de protection afin d'implanter la nouvelle orientation, soit la migration vers une structure avec des répondants cliniques par programme et non plus par installation.
- 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.
- Organisation de formations s'adressant aux intervenants sociaux sur le formulaire d'évaluation psychosociale dans le cadre d'une demande d'ouverture de régime de protection ou d'homologation d'un mandat.
- Recensement des recommandations externes et des meilleures pratiques adressées à l'établissement et identification des processus de suivi en place.
- Recensement des meilleures pratiques et élaboration d'un portrait des outils utilisés au sein de l'organisation pour l'évaluation de la satisfaction de la clientèle.
- Transition du bureau de soutien à la transformation vers la mise en place du bureau de projet organisationnel (BPO) permanent.
- Développement d'un coffre à outils uniforme pour la résolution de problème et la gestion de projet.
- Mise en place du système intégré de gestion de la performance (SIGP) :

- une salle de pilotage stratégique : déploiement complété et animation débutée;
- des salles de pilotage tactique et caucus opérationnels :
 - les deux cellules modèles : DQEPE et DPSMD. Déploiement complété et animation débutée de leur salle de pilotage tactique respective. Déploiement complété et animation débutée pour 12 des 17 caucus opérationnels;
 - les quatre directions pilotes : DRHCAJ, DSPu, DPJe-DPJ et DPSAPA. Déploiement en cours depuis janvier 2017.
- Mise en place en cours du nouveau service de gestion des données dans un contexte de rehaussement de la qualité des données (I-CLSC, GESTRED et TBIG).
- Élaboration et adoption des règles de fonctionnement du comité d'éthique clinique et organisationnelle.
- Tenue de cinq rencontres au cours de l'année du comité d'éthique clinique et organisationnelle (CÉCO).
- Élaboration d'un avis du CÉCO portant sur l'utilisation des textos entre les adolescents et les intervenants de la Direction de la protection de la jeunesse.
- Réalisation d'audits pour les zones grises et rencontre des gestionnaires des secteurs prioritaires (hémodialyse, hématologie et radio-oncologie).

DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES (DST)

MANDAT

La Direction des services techniques est responsable de mettre en œuvre de multiples actions pour fournir des milieux de soins, des milieux de vie et des services fonctionnels, 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, ses bâtiments et ses équipements. Elle veille aussi au fonctionnement des services alimentaires et des services de buanderie, ainsi qu'à l'hygiène et à la 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 la réalisation de deux études avant-projet (Kamouraska et La Mitis), de rapatriement des activités de six baux dans des installations propriétaires.
- Poursuite du projet du Bureau régional d'expertise et accueil d'un quatrième chargé de projet dédié à la résorption du déficit de maintien des actifs.
- Réalisation d'une étude visant l'implantation et l'opérationnalisation de la gestion de la maintenance assistée par ordinateur à l'échelle du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Reconnaissance par le MSSS des besoins cliniques du projet de complexe chirurgical et de mise aux normes des services en psychiatrie de l'Hôpital régional de Rimouski et autorisation de procéder avec la réalisation du dossier d'opportunité en collaboration avec la SQI.
- Transmission du *Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière 2016-2017* (PCFI) au MSSS le 31 mars 2017, avec des engagements totaux de plus de 17 M\$ en maintien des actifs, incluant la résorption du déficit du maintien des actifs, et de près de 7,6 M\$ en rénovation fonctionnelle, incluant les interventions en CHSLD, dont le remplacement d'équipements médicaux structurants.
- Mise en œuvre du *Cadre de gestion des immobilisations* et, plus particulièrement, du processus permettant la priorisation des projets de rénovation fonctionnelle.
- Mise en œuvre d'un projet d'économie d'énergie dans le Témiscouata estimé à 3,4 M\$, avec des économies annuelles estimées à près de 225 000 \$.
- Mise en service d'un projet d'économie d'énergie de 3,8 M\$ dans les installations de La Matanie, avec des économies annuelles estimées à près de 325 000 \$, une réduction de la consommation de 28 % et une réduction de l'émission de gaz à effet de serre de 66 %.
- Optimisation de l'organisation du travail dans les centres de production en services alimentaires.
- Élaboration d'une structure de prix harmonisée pour les repas dans tout le CISSS.
- Dépôt au comité directeur PCI d'une proposition de protocoles de désinfection uniformes à l'échelle du CISSS (collaboration DST, PCI et microbiologistes du CISSS).
- Lancement d'un appel d'offres et octroi d'un contrat de près de 13,7 M\$ pour la construction d'un CHSLD de 72 lits à Rivière-du-Loup.
- Poursuite des audits exigés par le Secrétariat du Conseil du trésor pour les installations propriétaires du territoire, plus particulièrement la réalisation du lot 2 de 3.

MANDAT

La Direction des ressources informationnelles a pour responsabilités la collecte, l'archivage et l'accessibilité de toutes les données ou de tous les documents cliniques et administratifs. Elle s'assure que tous les employés ou prestataires de soins ou de services ayant les privilèges d'accès requis puissent consulter, rédiger et diffuser, lorsque permis et nécessaire, toute l'information de nature clinique ou administrative. Elle s'assure également de la disponibilité de la performance des équipements et de l'infrastructure et veille au maintien et à la pérennité de l'infrastructure de télécommunication et de traitement.

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.
- Mise en œuvre du comité de sécurité de l'information qui a tenu ses cinq premières rencontres.
- Centralisation de la gestion des contrats en ressources informationnelles.
- Normalisation et documentation des 304 interfaces gérant les échanges de données entre les différents systèmes d'information.
- Changement de technologie de branchement des 612 jetons d'accès pour passer du jeton physique au jeton virtuel.
- Élaboration d'une formation dédiée à tous les pilotes et détenteurs de systèmes d'information.
- Élaboration d'une formation dédiée à tous les chargés de projet en ressources informationnelles.
- Soutien à l'unification des bases de données de gestion de la paie, des ressources humaines, des finances, des budgets et des approvisionnements.
- Création d'une arborescence unifiée et sécurisée pour le classement des fichiers.
- Mise en opération de la politique sur l'attribution et l'utilisation des appareils de communication mobiles impliquant le transfert de 697 lignes (voix et données) vers le nouveau fournisseur.
- Mise en opération de l'identifiant unique provincial qui est maintenant utilisé comme identifiant réseau pour les nouveaux utilisateurs et dans le système unifié de paie et ressources humaines pour tous les employés.
- Élaboration d'une stratégie de développement des compétences pour les effectifs de la DRI.
- Mise en opération de l'alimentation du domaine imagerie médicale du DSQ.
- Production et maintien d'un plan de travail pour chaque employé facilitant l'organisation des activités découlant du plan d'action de la DRI.

- Atteinte des objectifs ciblés pour le Centre de services aux utilisateurs (CSU) :
 - le respect à plus de 80 % de la prise en charge des incidents en moins de 30 minutes ainsi que des temps moyens de résolution, et ce, pour chacune des priorités d'incidents;
 - la résolution des incidents à distance dans plus de 85 % des cas.
- Amélioration des infrastructures technologiques locales dans les installations de Témiscouata, de La Mitis et de Kamouraska.
- Mise en opération de l'*Environnement technologique CISSS* permettant de déployer :
 - des bureaux virtuels d'intervenants pour les futurs utilisateurs du DCI;
 - l'annuaire des utilisateurs du réseau;
 - la gestion unifiée des fichiers.
- Mise à niveau de la solution antivirale sur l'ensemble des postes de travail.
- Normalisation et sécurisation du réseau de télécommunications.

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

- Révision de la politique de déplacement des usagers.
- Révision de la politique et de la procédure d'accompagnement et du mode de transport lors d'un transfert ou d'un transport interétablissements.
- Révision et mise en place de la politique d'utilisation et de gestion des espaces de stationnement.

- Harmonisation de la tarification des espaces de stationnement pour toutes les installations (visiteurs, employés et médecins).
- Installation d'un tomodensitomètre au CHRGP.
- Élaboration d'un cadre de gestion des équipements médicaux.
- Fusion de 50 % des bases de données de gestion des ressources matérielles (GRM).
- Mise en place des activités pour assurer le suivi recommandé auprès des cliniques médicales privées à la suite de l'annonce du MSSS d'abolir des frais accessoires.
- Révision des gardes clinico-administratives.
- Mise en place de la valise de garde informatisée pour les gardes cliniques, administratives ainsi que sécurité civile et mesures d'urgence.
- Révision des plans des mesures d'urgence pour plusieurs installations.
- Mise en place d'un service de reprographie.
- Création et déploiement du programme d'uniformisation de l'identification visuelle et de la rédaction en matière de gestion documentaire.
- Suivi des règles de conservation des documents et du calendrier de conservation.
- Création et déploiement d'un guide sur les communications téléphoniques.



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, communications, planification de main-d'œuvre, relations de travail, santé et sécurité, affaires juridiques, rémunération et avantages sociaux.

FAITS SAILLANTS

- Adoption de nouvelles politiques de gestion concernant les conditions de travail applicables aux cadres :
 - les vacances annuelles du personnel cadre;
 - l'appréciation de la contribution;
 - le développement des compétences;
 - le dossier du cadre;
 - la gestion des jours fériés;
 - le remboursement des frais de déplacement.
- Adoption du plan d'action 2016-2018 à l'égard des personnes handicapées.
- Planification du transfert des employés de la région administrative de la Gaspésie dans le cadre du dossier Optilab.
- Participation au comité de travail de la table nationale DRHCAJ.
- Évaluation et réajustement du dossier salarial du personnel d'encadrement à la suite de la confirmation des classes salariales du MSSS.
- Plus de 62 nominations internes et externes sur des fonctions permanentes ou en intérim de gestion sur des postes d'encadrement.
- Gestion médico-administrative des dossiers d'invalidité :
 - l'ajustement du nouveau modèle d'organisation régional en matière de gestion de la présence intégrée au travail;
 - 522 dossiers en gestion médico-administrative;
 - 71 dossiers d'accident de travail;
 - 45 % des invalidités pour des conditions psychologiques;
 - le taux régional d'invalidité pour 2016-2017 est de 6,23 %, comparativement au taux régional de l'année précédente de 6,06 %;
 - la planification pluriannuelle de la CNESST définit le réseau de la santé et des services sociaux comme étant un secteur prioritaire. On note une augmentation significative des inspections et des dérogations :
 - 2015 : 4 interventions et 8 dérogations;
 - 2016 : 26 interventions et 42 dérogations.
 - l'élaboration d'un projet pilote avec la DPJ et la DPJe;
 - l'élaboration d'un dépliant sur la conciliation famille-travail-études.
- Accès à l'information :
 - le traitement de 85 demandes d'accès à l'information en 2016-2017 comparativement à 35 en 2015-2016;
 - l'élaboration d'un projet de politique sur l'accès à l'information;
 - la participation à la rédaction de procédures relatives à l'accès à l'information, en collaboration avec la DSM, et d'une directive sur la divulgation;
 - la consolidation du service-conseil auprès des services des archives en matière d'accès à l'information.
- Services juridiques et relations de travail :
 - la mise en place du service juridique en droit du travail par l'embauche d'un avocat spécialisé en droit du travail;
 - la participation au comité d'éthique clinique et organisationnelle;
 - l'élaboration d'un projet de code de conduite;
 - le suivi en lien avec l'entrée en vigueur des nouvelles conventions collectives nationales;
 - le soutien aux gestionnaires pour la mise en place des mesures d'optimisation et des réorganisations des centres d'activités;
 - la vigie lors de la période de changement d'allégeance syndicale;
 - la consultation en vue de la préparation des négociations des conventions collectives régionales;
 - la nomination des membres des équipes de négociations régionales et du comité aviseur dans le cadre du projet de loi 30 concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales.
- Liste de rappel et avantages sociaux :
 - la mise en place d'une couverture de la liste de rappel 24 heures par jour et 7 jours sur 7 pour neuf installations sur dix (le transfert des installations de Rivière-du-Loup est à venir);
 - la participation majeure à la fusion des bases de données GRH/Paie. Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a été le premier au Québec à procéder cette fusion;
 - l'informatisation du processus de vacances annuelles dans le système Logibec pour l'ensemble des installations;
 - l'informatisation du système de liste de rappel pour les installations des Basques.
- Recrutement et dotation :
 - l'uniformisation des processus de sélection pour les secteurs des soins infirmiers;
 - 929 embauches dans différents titres d'emploi;
 - 1 000 stages universitaires et non universitaires;
 - 145 stages d'observation d'un jour;
 - l'élaboration d'un plan d'action pour le temps supplémentaire.
- Développement organisationnel et communications internes :

- l'adoption de la *Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail* et de la *Procédure visant la gestion de situations conflictuelles et le traitement des plaintes de harcèlement et violence* les activités de promotion de la civilité et prévention du harcèlement réalisées par l'équipe de développement organisationnel (DO) :
 - o le début des formations des gestionnaires en gestion de conflit;
 - o la formation de groupes d'employés sur la civilité au travail;
 - o les outils de diffusion de la politique pour supporter les gestionnaires;
- l'adoption de la politique et du programme sur la reconnaissance :
 - o la mise sur pied d'un comité de travail sur la reconnaissance;
 - o l'organisation de dix soirées reconnaissance pour les employés ayant 25 ans de service continu et les retraités.
- l'implication des services de développement organisationnel et des communications au bureau de soutien à la transformation;
- la mise en place d'un comité de travail sur l'appréciation de la contribution et l'évaluation du rendement du personnel non cadre;
- la conception d'un outil et d'une formation en gestion du changement donnée à l'ensemble des cadres en mai et juin 2016;
- l'adoption du programme de développement des compétences et d'appréciation de la contribution à l'intention des membres du personnel cadre;
- la mise sur pied de groupes de codéveloppement pour les cadres intermédiaires;
- la réalisation de douze capsules DO par le service du développement organisationnel et différents collaborateurs. Ces capsules sur différents sujets liés à la fonction de gestion sont d'une durée de 30 minutes et présentées à une fréquence de trois semaines, à l'intention des gestionnaires;
- la mise sur pied d'un comité de travail et l'élaboration d'un sondage de mobilisation du personnel du CISSS du Bas-Saint-Laurent ;
- la dispense d'une formation, en collaboration avec l'UQAR, sur le rôle du gestionnaire-coach à l'intention des cadres intermédiaires qui supervisent d'autres cadres;
- le soutien en communication et en gestion de changement dans différents projets organisationnels et mesures de réduction budgétaire;
- la publication de quatre numéros de la revue *En mouvement* et de douze bulletins *En mouvement*;

- la rédaction d'outils de référence en communication, soit un guide sur l'utilisation des technologies de l'information et de transmission de l'information;
- la réalisation d'un groupe consultatif sur l'utilisation des technologies de l'information (courriel, texto, etc.);
- la consolidation des sites Web et intranet des anciens établissements;
- la rédaction d'une politique de communications;
- l'actualisation de la structure de l'équipe des communications.



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 la reddition de comptes aux différents paliers externes et internes de l'organisation et s'assure de dispenser 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 et 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.

FAITS SAILLANTS

- Poursuite des travaux en regard de la fusion des bases de données du système financier.
- Participation au comité provincial pour l'implantation d'un système d'information intégré et unique pour tous les établissements au niveau de la gestion financière et de l'approvisionnement.
- Fusion des dix bases de données au niveau des comptes à payer, de la paie et des budgets.
- Regroupement des fonds d'immobilisations des dix installations.
- Préparation et lancement d'un appel d'offres pour regrouper les services bancaires.
- Poursuite des travaux concernant la révision des processus au niveau des comptes à payer et de la réception des factures en collaboration avec la DL.
- Élaboration et suivi des plans de mesures d'optimisation en collaboration avec l'ensemble des directions.
- Conception et diffusion d'un nouveau tableau de bord périodique destiné aux administrateurs et aux cadres supérieurs en regard du suivi financier de l'établissement.
- Déploiement d'un outil de suivi budgétaire permettant aux gestionnaires d'assurer le contrôle de l'ensemble des dépenses de leurs secteurs d'activité respectifs.
- Développement d'outils afin d'uniformiser les mécanismes d'analyse des résultats ainsi que l'élaboration des projections financières.
- Participation aux différents travaux en cours pour améliorer la performance des services, notamment dans les secteurs du bloc opératoire, des laboratoires, de l'imagerie médicale, des transports et de la radio-oncologie.
- Élaboration, en collaboration avec la DL, de la nouvelle grille tarifaire découlant des directives du MSSS en regard de la gestion du parc de stationnement.
- Poursuite des travaux pour l'harmonisation des processus au niveau de la facturation des usagers dans l'ensemble des installations.
- Diffusion des lignes directrices exigées par le Secrétariat du Conseil du trésor en matière de conduite concernant la gestion des contrats d'approvisionnement, de services et de travaux de construction et en assurer le respect.
- Poursuite de l'application et de l'actualisation des processus au niveau des règles contractuelles prévues par la Loi sur les contrats des organismes publics, ses règlements, ses politiques et ses directives.

Les résultats

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

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

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

SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE

1.1 BILAN DES ACTIVITÉS RÉALISÉES

Un bilan faisant état des ressources humaines consenties pour la mise en œuvre des activités selon le centre d'activité (nombre de personnes travaillant à temps complet ou son équivalent temps complet) et 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

1.2 COMITÉ PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

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 la composition de ce 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. La mise à jour de ce dernier est en cours et sa publication est prévue en décembre 2016.

- ☒ Réalisé à 100 %
- ☐ Non réalisé à 100 %
- ☐ Non applicable

SECTION II : SERVICES SOCIAUX

2.1 LISTE DES INSTALLATIONS ET ORGANISMES AU SEIN DU RSSS DEVANT IMPLANter LES PROTOCOLES D'INTERVENTION EN MATIÈRE D'ITINÉRAIRANCE	L'établissement devra transmettre une liste des installations et organismes de sa région devant implanter le protocole. Un gabarit à compléter sera fourni, lequel comportera des indications permettant l'identification des installations et organismes pertinents. La liste des installations et organismes transmise permettra de déterminer la cible pour l'établissement, ainsi que la cible nationale, associée à l'indicateur.	☐ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☒ Non applicable
COMMENTAIRES	Ce livrable a été reporté en 2017-2018 par le Ministère.	
2.2 PROGRAMME D'INTERVENTION EN NÉGLIGENCE	Le 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'usagers ayant participé au programme.	☐ Réalisé à 100 % ☒ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
RAISONS DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	Plusieurs variabilités ont été remarquées, surtout au niveau de l'intensité. Afin d'harmoniser les façons de faire, un comité d'implantation du PIN a été mis en place.	
POURCENTAGE DE RÉALISATION	60 %	
DATE PRÉVUE DE LA RÉALISATION À 100 %	31 mars 2018	
MESURES ENTREPRISES PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	Un guide de saisie en négligence sera créé afin d'avoir des données représentatives des interventions réalisées. Des instances seront mises en place pour planifier et organiser les services du PIN et soutenir les intervenants dans leur pratique.	
COMMENTAIRES	Des travaux sur les outils cliniques seront réalisés. Ce chantier touchera aux outils utilisés en prévention-promotion et en JED.	
2.3 CONSOLIDATION DU SERVICE DE CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE PSYCHOSOCIALE 24/7 (INFO-SOCIAL)	L'établissement doit produire un état de situation afin d'exposer les mesures prises pour respecter et atteindre les standards comme prescrit dans l'Offre de services sociaux généraux.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
2.4 ÉVALUATION ET ÉLABORATION D'UN PLAN D'INTERVENTION POUR TOUS LES USAGERS HÉBERGÉS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE 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	Un manque de personnel formé OEMC/RSIPA explique en partie la difficulté à atteindre la cible dans l'un de nos CHSLD. Certains CHSLD n'ont pas compris la demande du MSSS qui est d'avoir un ISO-SMAF à jour et non un OEMC à jour. Ceci implique que plus de temps a été consacré pour refaire des OEMC complets et non mettre un SMAF à jour.	
POURCENTAGE DE RÉALISATION	97 %	
DATE PRÉVUE DE LA RÉALISATION À 100 %	31 décembre 2017	
MESURES ENTREPRISES PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	Formations OEMC/RSIPA d'intervenants en CHSLD. Une note de service sera acheminée à tous les gestionnaires concernés pour clarifier la demande du Ministère.	

2.5 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
2.6 APPLICATION DU NOUVEAU LEXIQUE DES VARIABLES DU RELEVÉ QUOTIDIEN DE LA SITUATION À L'URGENCE ET EN CENTRE HOSPITALIER	L'établissement doit produire un état de situation sur l'application du nouveau lexique RQSUCH. Celui-ci devra faire état des actions entreprises pour, d'une part, s'assurer de la validité des données dans le contexte d'un changement au niveau des variables, et d'autre part, actualiser les quatre principes directeurs visant à instaurer de meilleures pratiques dans l'organisation et la dispensation des soins et services.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
2.7 PORTRAIT DES LITS DE SOINS ET SERVICES POSTAIGUS	L'établissement doit produire un état de situation pour documenter l'offre de lits de soins et services post-aigus qui contiendra, notamment, son rôle et fonctionnement, les clientèles desservies ainsi que les ressources et les mécanismes de liaison avec les autres composantes du continuum.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable

SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE

3.1 SUIVI DE L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS ET ATTEINTE DES CIBLES DE L'ENTENTE ENTRE LE MSSS ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC	Un plan de travail permettant d'atteindre les cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec lié à la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25) doit être déposé. Par la suite, un suivi régulier des résultats de ce plan de travail sera fait sous la forme d'états de situation.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
3.2 MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS : PLAN D'ACTION TRIENNAL 2016-2019 ET SUIVI DES RÉALISATIONS	Un plan d'action triennal 2016-2019 devra être élaboré en impliquant les entités concernées, dont en premier lieu les promoteurs des dix-neuf projets d'implantation ciblés. Un état de situation des réalisations de l'établissement devra également être produit.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
3.3 PLAN D'ACTION PAR ÉTABLISSEMENT RÉALISÉ SUR LA BASE DU PLAN D'ACTION NATIONAL 2016-2018	L'établissement devra déposer un plan d'action et une autoévaluation à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
3.4 DÉPLOIEMENT DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE	L'établissement devra produire deux états de situation qui confirment la réalisation des actions suivantes : effectuer la migration d'au moins une unité de médecine familiale (UMF) vers le modèle GMF (nouveau GMF à partir d'une UMF ou ajout d'une UMF à un GMF existant) et reconnaître un nouveau GMF ou ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'un site CLSC (services médicaux première ligne).	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
3.5 ADDENDA – MISE EN ŒUVRE DU FONCTIONNEMENT DE LA BIOLOGIE MÉDICALE SOUS LE FORMAT DES GRAPPES OPTILAB	L'établissement serveur a l'obligation d'assurer, en collaboration avec les autres établissements de sa grappe, le cas échéant, la mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes OPTILAB. Pour ce faire, il s'engage à réaliser certain(e)s actions, mesures ou livrables dans le temps, et ce, en fonction d'une reddition de comptes articulée essentiellement selon un mode de gestion de projet.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
COMMENTAIRES	Nomination des co-directeurs de la grappe. Signature de la convention de cession d'activités dans le cadre du projet OPTILAB. Dépôt du plan d'action de la grappe Bas-Saint-Laurent/Gaspésie.	
3.6 POURSUITE DU DÉVELOPPEMENT ET DE SOUTIEN DE L'OFFRE DE SERVICES EN SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE	L'établissement doit produire un plan d'action qui prévoit : le rehaussement des SPFV à domicile, la mise en place d'un programme clinique de soins de fin de vie, la poursuite du développement des lits réservés en SPFV et la formation des professionnels du réseau en SPFV.	☐ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☒ Non applicable
COMMENTAIRES	Ce livrable a été annulé par le Ministère.	

SECTION IV : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET

4.1 LISTE DES BESOINS (OU CORRECTIFS) DEVANT ÊTRE RÉALISÉS DANS LES CINQ PROCHAINES ANNÉES PAR INSTALLATION PRINCIPALE	Pour une seconde année, l'établissement a pour objectif de procéder à l'inspection technique de 30 % de la superficie de leur parc immobilier respectif en 2016-2017 afin d'atteindre un pourcentage cumulatif minimal de 60 %. À la suite de l'inspection technique des bâtiments, il doit élaborer les listes des correctifs par installation principale devant être réalisés dans les cinq prochaines années et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
4.2 STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ÉCONOMIE D'EAU POTABLE	Par la complétion du formulaire GESTRED, 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
RAISONS DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	Seul le volet visant l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel n'a pas été réalisé à 100 %.	
POURCENTAGE DE RÉALISATION	78 %	
DATE PRÉVUE DE LA RÉALISATION À 100 %	31 mars 2018	
MESURES ENTREPRISES PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	Pour atteindre 100 % de la cible, il est d'abord nécessaire d'adopter une politique relative à la gestion et à l'amélioration continue des pratiques de consommation d'eau potable, qui comprendra un volet ciblé sur l'élément non réalisé. L'établissement portera une telle politique à l'attention de son conseil d'administration au cours de l'exercice 2017-2018.	
COMMENTAIRES	L'évaluation du pourcentage de réalisation repose sur l'accomplissement de trois éléments sur quatre inclus dans la description de l'attente spécifique. Le volet manquant est amorcé à 10 %, d'où le résultat à 78 % (77,5 %).	

SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE

5.1 ADDENDA – COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE	La formation des comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise est repoussée à une date ultérieure de l'année 2016-2017.	☐ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☒ Non applicable
COMMENTAIRES	Ce livrable a été reporté en 2017-2018 par le Ministère.	
5.3 SÉCURITÉ CIVILE	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure de jouer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au niveau de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
5.4 GESTION DES RISQUES EN SÉCURITÉ CIVILE – SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	Procéder au lancement du processus de gestion des risques en sécurité civile. À cet effet, l'établissement doit identifier un responsable du processus. Il peut s'agir du coordonnateur en sécurité civile de l'établissement ou d'une ressource en lien avec celui-ci. Le responsable du processus de gestion des risques en sécurité civile devra compléter le programme de formation du MSSS, réaliser les préalables à la démarche et l'étape du contexte de réussite en amont.	☐ Réalisé à 100 % ☒ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
RAISONS DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	Manque de capacité organisationnelle pour relancer les activités de la Table régionale de coordination, des comités locaux de SC et des équipes de MU dans chacune des installations; sans compter la gestion des opérations lors d'événements survenus dans la région.	
POURCENTAGE DE RÉALISATION	20 %	
DATE PRÉVUE DE LA RÉALISATION À 100 %	1 ^{er} décembre 2017	
MESURES ENTREPRISES PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	Rencontre du CoDir en mai, formation du bloc 3 en septembre. Démarches auprès des partenaires en octobre. Adoption du calendrier et début des travaux en novembre 2017.	
COMMENTAIRES	Des mesures ont été prises pour consolider ce secteur d'activité.	

SECTION VI : PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ

6.1 PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL EN RÉPONSE AUX RECOMMANDATIONS ISSUES DES RAPPORTS DU GROUPE VIGILANCE POUR LA SÉCURITÉ DES SOINS	L'établissement doit s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel en réponse aux recommandations du GVSS et intensifient le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication.	☐ Réalisé à 100 % ☒ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
RAISONS DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	Programme de prévention des chutes harmonisé pour le CISSS en cours; Déploiement de l'AAPÂ en cours; Implantation de technologies pour la prévention des événements en lien avec la médication non débutée; Déploiement du BCM en cours.	
POURCENTAGE DE RÉALISATION	50 %	
DATE PRÉVUE DE LA RÉALISATION À 100 %	31 mars 2018	
MESURES ENTREPRISES PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	Plan d'action élaboré en collaboration avec les directions suivantes : DSI, DSP, DRI, DL.	
6.2 DIAGNOSTIC ET PLAN D'ACTION À L'ÉGARD DES PERSONNES HANDICAPÉES	Le diagnostic sur l'intégration des personnes handicapées doit contenir des informations sur : la proportion de personnes handicapées à l'emploi, l'accessibilité aux installations, le respect de la politique d'accès aux documents et services, l'accessibilité Web, le processus d'approvisionnement lors de l'achat des biens et services, et les activités pour la semaine québécoise des personnes handicapées. Par la suite, le plan d'action doit être réalisé et porté sur les obstacles prioritaires identifiés.	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable

SECTION VII : TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

7.1 ORIENTATION STRATÉGIQUE DU MINISTRE EN TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION UNIFIÉS	- Parachever les travaux préparatoires à la mise en œuvre de l'orientation stratégique en technologie de l'information (TI); - Aligner les priorités en TI de l'établissement à celles du plan global du MSSS; - Préciser les stratégies et les plans de mise en œuvre en fonction de la capacité de l'établissement, de l'état des lieux et des cibles convenues; - Planifier et organiser les projets de déploiement des solutions unifiées qui auront été retenues; - Faire autoriser tous les projets en ressources informationnelles par le MSSS – en conformité avec la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03).	☒ Réalisé à 100 % ☐ Non réalisé à 100 % ☐ Non applicable
COMMENTAIRES	Ces travaux sont en cours et leur réalisation s'effectue en continu. Nous avons des rencontres régulières de suivi avec la DGTI pour la planification, l'organisation et la mise en œuvre des systèmes d'information unifiés. Tous les jalons attendus sont livrés. Tous nos projets font l'objet d'une demande d'autorisation en respect de la LGRI.	

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

SANTÉ PUBLIQUE				
INDICATEURS EG2	RÉSULTAT 2015-2016	ENGAGEMENT 2016-2017	RÉSULTAT 2016-2017	% D'ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles ayant mis en oeuvre des interventions globales et concertées en promotion et prévention de la santé selon l'approche École en santé	47,6 %	65 %	85,2 %	131,1 %
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)	92,1 %	90 %	90,9 %	101 %
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais (anciennement 1.01.15)	80,1 %	90 %	76,1 %	84,6 %
INDICATEUR DU PS DU MSSS 2015-2020				
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (anciennement 1.01.24)	949	900	2 005	222,8 %

Reddition de comptes :

1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles ayant mis en œuvre des interventions globales et concertées en promotion et prévention de la santé selon l'approche École en santé

L'engagement convenu dans l'EGI 2016-2017 est atteint et même dépassé. En cours d'année, 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. Ce travail de fond nous a permis de constater de multiples lacunes et de les corriger. C'est notamment ce qui explique le grand écart avec le résultat 2015-2016, qui n'était pas représentatif de la réalité sur le terrain.

Nous tenons également à préciser que de multiples actions se réalisent par plusieurs professionnels (Direction de la santé publique ou Direction du programme jeunesse), et ce, sans être comptabilisées, car elles ne correspondent pas à l'entièreté des critères de l'AES. Cet indicateur peut donc, selon nous, être limitatif pour illustrer les actions de prévention réalisées en milieu scolaire.

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 a été 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. Les parents se sont fait entretenir des bienfaits de la vaccination au cours des dernières semaines. 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 deux mois d'âge, les enfants sont rarement malades, ce qui favorise une vaccination non reportée et conforme aux délais établis.

Malgré l'atteinte de l'engagement de 90 %, celle-ci est toutefois légèrement moindre qu'au cours des deux années précédentes, soit de 92,3 % en 2014-2015 et de 92,1 % en 2015-2016.

Il n'y a pas de problèmes connus liés à la qualité des données et à la méthodologie de l'indicateur.

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

L'engagement n'a pas été atteint. Une offre de service par rapport à l'organisation de la vaccination auprès des 0-5 ans est disponible de la part de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Elle provient d'une analyse des différents modes d'organisation existants au Québec et fait ressortir les différents points dans la séquence des services où des améliorations sont possibles. En soutien des experts de l'INSPQ, il s'agira, conjointement avec la DSPu et la DPJe, de faire un état de situation des manières de faire actuelles, pour ensuite

identifier les manques et les améliorations à apporter pour nous permettre d'atteindre les cibles visées. Nous souhaitons donc pouvoir bénéficier de cette offre de service dans la prochaine année.

Contrairement au contexte qui prévaut lors de la 1^{re} 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 et les services de vaccination ne sont plus disponibles à l'heure où celles-ci reviennent du travail. 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 adverse secondaire au vaccin au moment où l'on va souligner son premier anniversaire de naissance; aussi, l'enfant étant souvent en milieu de garde, il 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, pensant que ce n'est pas du tout grave, souvent parce que cela n'est tout simplement pas suffisamment expliqué.

L'atteinte pour l'année en cours est encore inférieure à celle de l'année précédente : 76,1 % par rapport à 80,1 % en 2015-2016 et 80,7 % en 2014-2015. Sans minimiser les contraintes déjà exprimées, nous croyons que cette régression n'est pas étrangère à la réorganisation du réseau que nous vivons depuis 2 ans et nécessite une collaboration accrue entre la DSPu et la DPJe pour que les cibles contenues dans notre PAR soient mieux comprises.

Il n'y a pas de problèmes connus liés à la qualité des données et à la méthodologie de l'indicateur.

1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (anciennement 1.01.24)

L'engagement est largement atteint. Nous avons formé les infirmières à inscrire correctement leurs statistiques dans I-CLSC et nous avons fait un guide de codes à utiliser. De plus, la clinique ITSS de l'installation de Rimouski-Neigette, qui n'avait pas accès à I-CLSC du fait qu'elle est en centre hospitalier, peut désormais inscrire ses statistiques dans I-CLSC, augmentant ainsi facilement nos statistiques de plus de 1 000 dépistages. Nous avons doublé notre performance par rapport à 2015-2016 et 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.

SANTÉ PUBLIQUE - INFECTIONS NOSOCOMIALES

INDICATEURS DU PS DU MSSS 2015-2020	RÉSULTAT 2015-2016	ENGAGEMENT 2016-2017	RÉSULTAT 2016-2017	% D'ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT
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> (DACD)	100 %	80 %	100 %	125 %
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	83,3 %	80 %	83,3 %	104,1 %
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	100 %	100 %	100 %	100 %
INDICATEUR EG2				
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	100 %	100 %	100 %	100 %

Reddition de comptes :

La surveillance de l'incidence des diarrhées associées au *Clostridium difficile*, des bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline et des bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse est obligatoire au Québec. Elle est basée sur des protocoles provinciaux favorisant la qualité des mesures. Au Bas-Saint-Laurent, la collecte et la saisie des renseignements sont assurées par des infirmières compétentes en PCI, en poste depuis plusieurs années.

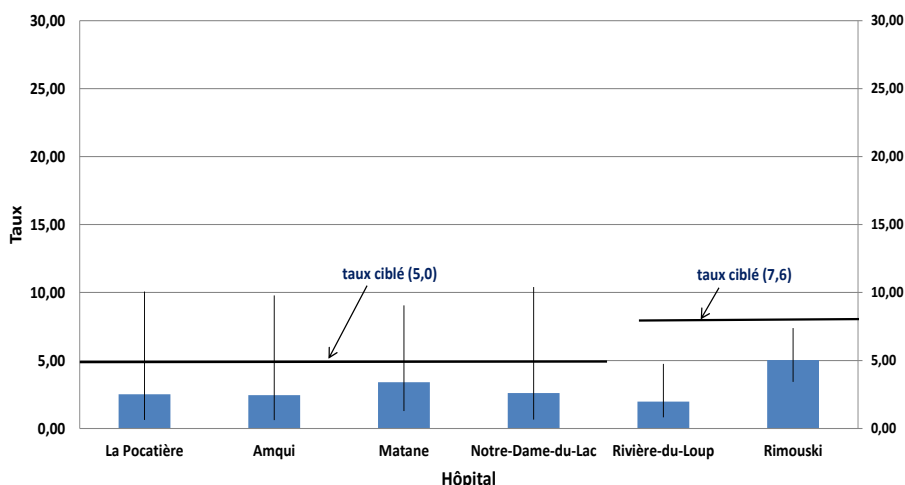
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD)

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 2016-2017. Les taux d'incidence observés sont significativement inférieurs à ceux ciblés selon les catégories d'installations (figure 1).

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 et leurs taux sont respectivement de 5,0 et de 2,0. 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. Leurs taux observés respectent la

Figure 1. Taux d'incidence (cas/10 000 j.p.) observés et ciblés des diarrhées associées au *C. difficile* d'origine nosocomiale dans les hôpitaux du Bas-Saint-Laurent en 2016-2017⁹



⁹ Source taux observés et cibles : SI-SPIN et Infocentre INSPQ (4 mai 2017) et Indicateurs de la planification stratégique 2015-2020 (30 mai 2016).

cible dans chaque installation, soit Matane (3,4), Amqui (2,5), Notre-Dame-du-Lac (2,6) et La Pocatière (2,5). Les taux d'incidence de tous les hôpitaux ont diminué en 2016-2017 comparativement à l'année précédente, notamment celui de La Pocatière qui est passé de 10,3 à 2,5 cas par 10 000 jours-présence.

Différents facteurs expliquent les bonnes performances des hôpitaux du CISSS du Bas-Saint-Laurent en 2016-2017, notamment :

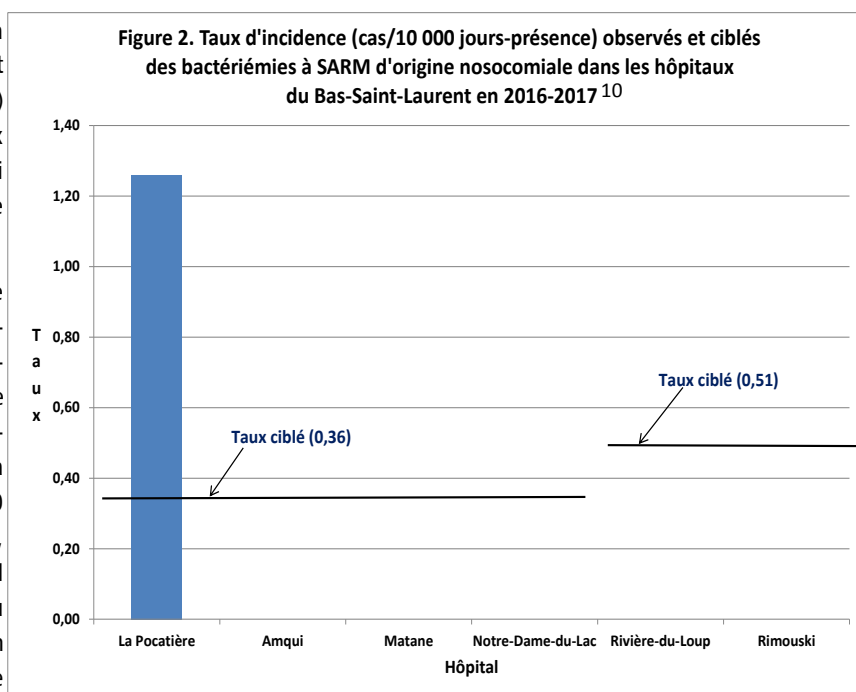
- La détection rapide des cas et l'application rigoureuse des pratiques de base et des précautions additionnelles permettant d'enrayer la transmission;
- Une surveillance active des infections nosocomiales basée sur l'utilisation d'un logiciel (Nosokos) permettant de meilleurs suivis;
- Une gestion des lits priorisant les besoins en prévention et contrôle des infections, notamment par le confinement ou le regroupement des cas;
- La collaboration des services d'hygiène et salubrité pour appliquer les mesures de PCI entourant les patients contagieux;
- La mise en place du suivi post-hospitalisation (par le soutien à domicile) des usagers affectés par une DACD (au Kamouraska pour l'instant);
- L'implication des infirmières dédiées en PCI, dont le ratio peut dépasser légèrement les valeurs minimales établies, ce qui permet de répondre aux besoins croissants des petites et grandes installations;
- La concertation régionale au sein de la TRPIN dont le fonctionnement est demeuré extrêmement efficace au cours des dernières années, notamment en raison de l'engagement des professionnels impliqués, tant de la DSI que de la DSPu, et des microbiologistes-infectiologues de la DSP.

La surveillance des diarrhées associées à *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

L'engagement concernant les bactériémies à SARM est respecté au CISSS du Bas-Saint-Laurent en 2016-2017. Cinq des six hôpitaux (83,3 %) offrant des soins de courte durée ont des taux d'incidence nuls et inférieurs au taux cible établi par le 90^e percentile de leur catégorie, alors que l'entente vise 80 % (figure 2).

Une seule bactériémie à SARM a été observée dans les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent en 2016-2017, soit à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima de La Pocatière. Cela lui procure un taux d'incidence de 1,26 cas par 10 000 jours-présence, dépassant le taux cible de 0,36 de sa catégorie (« non universitaire ayant moins de 110 lits ») qu'il partage avec les hôpitaux de Matane, Amqui et Notre-Dame-du-Lac. L'Hôpital régional de Rimouski et le Centre hospitalier régional du Grand-Portage font partie de la catégorie « non universitaire ayant 110 lits et plus » dont la cible est de 0,51 cas par 10 000 jours-présence.



Cet événement rare à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima, survenant néanmoins pour une deuxième année consécutive, a entraîné la révision de pratiques de soins et le risque de survenue d'une autre bactériémie est faible.

La surveillance des bactériémies à SARM (BAC-SARM) est régie par le protocole provincial intitulé *Surveillance des bactériémies à *Staphylococcus aureus* dans les centres hospitaliers de soins aigus du Québec* (INSPQ, 2013).

¹⁰ Source taux observés et cibles : Infocentre INSPQ et SI-SPIN (4 mai 2017) et Indicateurs de la planification stratégique 2015-2020 (30 mai 2016).

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 2016-2017. Un centre d'hémodialyse est en fonction dans la région et il est localisé à l'Hôpital régional de Rimouski. Aucun cas de bactériémies associées aux accès veineux en hémodialyse n'a été observé, alors que le taux ciblé (basé sur le 90^e percentile des résultats des 40 installations participantes) est de 0,64 cas pour 100 patients-période. En 2015-2016, le taux observé de 0,14 cas par 1 000 patients-période respectait aussi la cible de l'entente de gestion.

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 concernant les bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs est respecté au CISSS du Bas-Saint-Laurent en 2016-2017. Cette situation est identique à celle observée en 2015-2016 où aucun cas n'est observé dans chacune des deux installations participantes. Une participation est exigée en raison de 10 lits et plus de soins intensifs, mais encouragée en présence de 6 à 10 lits. L'Hôpital régional de Rimouski (surveillance obligatoire) et le Centre hospitalier régional du Grand-Portage (surveillance optionnelle) 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), ce qui favorise la qualité des mesures. Au Bas-Saint-Laurent, la collecte et la saisie des renseignements sont assurées par des infirmières compétentes, en poste depuis plusieurs années.

SERVICES GÉNÉRAUX

INDICATEUR EG2	RÉSULTAT 2015-2016	ENGAGEMENT 2016-2017	RÉSULTAT 2016-2017	% D'ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT
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 minutes ou moins	87,1 %	90 %	89,4 %	99,3 %

Reddition de comptes :

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

L'engagement n'est pas atteint, mais il y a une augmentation par rapport à l'année dernière de 2,3 %. Il ne manque que 0,6 % pour atteindre notre engagement. Ceci s'explique par un ratio de personnel insuffisant à certaines périodes de la journée, causant ainsi des débordements dans le délai de la réponse téléphonique. Cette situation s'améliorera dans la prochaine année avec la mise en place d'un service d'accueil régional au Bas-Saint-Laurent.

SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA)

INDICATEURS DU PS DU MSSS 2015-2020	RÉSULTAT 2015-2016	ENGAGEMENT 2016-2017	RÉSULTAT 2016-2017	% D'ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT
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	0 %	85,7 %	71,4 %	83,3 %
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	28,6 %	57,1 %	71,4 %	125 %
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	37,5 %	75 %	87,5 %	116,7 %
INDICATEUR EG2				
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus	N/A	85 %	98,1 %	115,4 %

Reddition de comptes :**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 n'avons pu atteindre notre engagement concernant l'indicateur 1.03.07.01-PS en lien avec les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPÂ), toutefois nous avons atteint notre engagement pour l'indicateur 1.03.07.02-PS qui aborde pour sa part les composante 3, 4 et 5. Pour ces deux indicateurs, nous observons une croissance de nos résultats par rapport à l'année dernière.

Au cours de l'année 2016-2017, la majorité des unités de soins des centres hospitaliers de la région a mis en œuvre des projets d'optimisation qui ont amené une réorganisation importante des équipes de soins. Jumelés à ce contexte, certains gestionnaires de ces unités ont quitté et ont été remplacés par des nouveaux gestionnaires novices dans le domaine. Ce contexte a grandement ralenti le plan d'intégration de l'AAPÂ 2015-2020 de la région. Toutefois, certaines nuances doivent être portées dans l'interprétation des résultats, car la méthodologie utilisée ne démontre pas les réelles avancées de la région qui ont été réalisées malgré ce contexte. Par exemple, pour les composantes 1, 2, 6, la majorité des installations se situe à près de 90 % d'implantation et certaines ont réussi à grandement améliorer leur performance au cours de la dernière année. L'installation de Rimouski était l'an passé à 45 % et est maintenant à 89 % pour ces mêmes composantes. Nous pourrions également faire le même parallèle avec les composantes 3, 4 et 5. Des rencontres statutaires avec le comité régional ont permis d'harmoniser les actions entre les différentes installations. Cette mise à niveau s'avérait nécessaire.

Pour l'année 2017-2018, nous croyons que le contexte organisationnel sera plus favorable et nous permettra de déployer les interventions et les outils cliniques appropriés, la formation régionale ainsi que le soutien clinique associé. Des rencontres statutaires des comités sont prévues et une révision des rôles et responsabilités sont également en cours afin de soutenir le déploiement de l'approche avec plus de pertinence et d'efficacité. Le plan d'action est en révision actuellement pour atteindre les cibles demandées.

Les audits cliniques à venir du MSSS seront également un levier pour nous permettre d'avancer dans ce dossier.

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

L'engagement est atteint. Nous constatons une bonne augmentation par rapport à l'année dernière, 7 installations sur 8 ont atteint l'engagement fixé. Ceci s'explique, entre autres, par les efforts déployés pour l'évaluation et la rédaction des plans d'intervention à jour des usagers ayant des profils personnes âgées avec perte d'autonomie reliée au vieillissement et aussi par le déploiement de la coordination des services en SAD pour tous les usagers inscrits dans l'ensemble des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

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

L'engagement est atteint. Le processus de hiérarchisation des services nous amène à analyser pour chaque situation les modalités pouvant répondre au juste besoin des usagers. Ainsi, ce n'est pas parce que nous avons un profil 10 et + qu'automatiquement nous orientons les usagers en CHSLD. De plus, certaines modalités mises en place pour répondre aux besoins des personnes font la différence : usagers avec un profil 9 qui préfèrent rester dans la communauté plutôt que d'être orientés en CHSLD, le rehaussement de l'offre de service et de l'aide du CISSS pour les RPA, le rehaussement de l'offre de service en RI et des modalités diverses de partenariats dans la communauté.

SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE

INDICATEURS DU PS DU MSSS 2015-2020	RÉSULTAT 2015-2016	ENGAGEMENT 2016-2017	RÉSULTAT 2016-2017	% D'ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	5 125	5 249	5 156	98,2 %
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)	56,7 %	80 %	79,7 %	99,6 %
INDICATEUR EG2				
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	333 481 h	341 692 h	344 316 h	100,8 %

Reddition de comptes :

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 n'est pas atteint, mais nous observons une augmentation par rapport aux résultats de l'an dernier. Il y a eu la révision des charges de cas durant l'année, nous amenant ainsi à cibler les bonnes personnes avec les bons profils. Cette révision a fait en sorte de ne pas atteindre l'engagement fixé. Pour la prochaine année, nous visons à augmenter les achats de services, ce qui rehaussera le nombre de personnes desservies.

De plus, l'investissement en SAD nous permettra d'afficher des postes en 2017-2018, en ajout à la structure actuelle, ce qui nous permettra également d'augmenter le nombre de personnes desservies et notre intensité de services.

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 n'est pas atteint de seulement 0,3 %. Nous avons obtenu un résultat de 85 % dans la DPSAPA et de 72 % dans la direction DI-TSA-DP.

Dans la direction DI-TSA-DP, le manque de personnel formé comme utilisateur RSIPA, compte tenu des nombreux mouvements et changements durant la dernière année, explique cet écart. Des formations sont en cours actuellement, ce qui devrait nous permettre d'atteindre notre engagement en 2017-2018.

Malgré tout, nous observons une augmentation considérable de 23 % par rapport à l'année dernière. L'investissement en SAD a permis d'ajouter des heures pour compléter et mettre à jour les évaluations et les plans d'intervention. Les suivis des charges de cas nous permettent également d'être plus assidus dans la mise à jour des évaluations et des plans d'intervention. Cet exercice va se poursuivre l'année prochaine.

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

L'engagement est atteint. Nous observons une hausse des heures de service de longue durée au SAD pour l'année 2016-2017. L'achat de services, l'augmentation de l'intensité des services et le travail important fait dans la codification des profils d'utilisateurs dans I-CLSC ont contribué à l'atteinte de notre engagement. Pour 2017-2018, nous avons un défi considérable concernant la saisie des données, des démarches sont en cours pour améliorer cet aspect.

DÉFICIENCES				
INDICATEURS EG2	RÉSULTAT 2015-2016	ENGAGEMENT 2016-2017	RÉSULTAT 2016-2017	% D'ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT
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	93,3 %	90 %	88,6 %	98,4 %
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	92,7 %	90 %	84,9 %	94,3 %
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	93,8 %	90 %	87,3 %	97 %
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	86,2 %	90 %	84,7 %	94,1 %
INDICATEUR DU PS DU MSSS 2015-2020				
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	N/A	90 jours	70 jours	122,2 %

Reddition de comptes :

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

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

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

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

Les engagements de ces 4 indicateurs n'ont pas été atteints. Nous constatons une diminution des résultats pour chacun d'eux par rapport à l'an dernier, mais tout en nous situant au niveau de la moyenne provinciale. Nous sommes conscients des efforts à déployer pour atteindre la cible d'ici 2020.

Nous n'avons observé aucun problème de qualité des données ou dans la méthodologie concernant ces indicateurs.

Pour l'ensemble de ce secteur d'activité, des changements sont à venir au niveau du transfert de certaines charges de cas des services spécialisés vers des services spécifiques, et ce, au cours des années 2017 à 2019. Une nouvelle procédure a été mise en place dans notre direction en mars 2017 pour l'attribution des dossiers et aussi pour déterminer la date du premier contact entre le professionnel et l'utilisateur afin d'avoir plus de latitude avant l'échéance des délais d'accès prévu au PTAAC. Un nouveau rapport de gestion pour le suivi des listes d'attente sera mis en place dès avril 2017. Ce suivi en temps réel sera plus efficace. Un comité de travail a été mis en place avec la DRHCAJ afin de trouver des pistes de solution pour la sélection de la main-d'œuvre dans certains territoires plus vulnérables.

Plusieurs dossiers ont eu des délais de prise en charge supérieurs aux standards attendus au niveau du PTAAC à cause de l'absence d'une procédure uniforme quant à l'attribution des dossiers. Nous avons eu des difficultés à remplacer les absences au travail du personnel dans certains territoires et les nombreux changements au niveau des gestionnaires ont apporté des difficultés dans la continuité et dans l'attribution des dossiers.

Voici des informations plus spécifiques à chacun des indicateurs :

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

Des travaux sont en cours avec la direction SAPA pour revoir la structure de services dispensés à la clientèle DP suivie en soutien à domicile (SAD). Actuellement, nous partageons des ressources entre les deux directions, ce qui peut occasionner des difficultés dans les suivis des listes d'attente et la prestation des services au niveau régional. De plus, le transfert de plusieurs dossiers vers la DP en provenance de la direction SAPA (SAD) amène des défis organisationnels, notamment au niveau de la main-d'œuvre. Un comité de travail est en place pour solutionner le tout.

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

Afin d'améliorer nos délais d'accès, nous procéderons à l'engagement d'un audiologiste à compter de juin 2017.

Nous constatons plus particulièrement dans ce secteur d'activité que les dossiers en déficit du langage occupent une grande place dans la liste d'attente et les dépassements d'accès. De plus, nous observons une augmentation de nouveaux dossiers au niveau du trouble du langage et de la déficience motrice, soit 47 dossiers de plus par rapport à l'année 2015-2016. Enfin, l'absence d'un audiologiste et notre impossibilité de procéder à son remplacement malgré la volonté de recrutement sur une période de 5 mois a également entraîné de longs délais au niveau de plusieurs dossiers en déficience auditive.

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

La première phase des changements qui est prévue en 2017-2018 au niveau du transfert de certaines charges de cas des services spécialisés vers des services spécifiques concernera la clientèle DI-TSA (21 ans et plus). Nous favoriserons davantage le travail en épisode de services spécialisés comme prescrit dans le cadre de référence ministériel en DI-TSA-DP.

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

La première phase des changements qui est prévue en 2017-2018 au niveau du transfert de certaines charges de cas des services spécialisés vers des services spécifiques concernera la clientèle DI-TSA (21 ans et plus), ce qui amènera une diminution des délais au niveau des services spécialisés. Nous favoriserons davantage le travail en épisode de services spécialisés comme prescrit dans le cadre de référence ministériel en DI-TSA-DP du mois d'avril 2017.

Nous avons observé une augmentation du nombre de dossiers, passant à 1 112 pour l'année 2016-2017 comparativement à 1 067 pour l'année 2015-2016, soit une augmentation de 45 dossiers.

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 est atteint. La direction DI-TSA-DP a établi ses priorités afin de prendre en charge le plus rapidement possible les situations d'enfants TSA 0-5 ans et d'éviter des délais d'attente trop longs pour les familles. Il n'y a pas de données comparables avec l'année passée.

Nous n'avons observé aucun problème avec les données. La mise en place d'un tableau de gestion sur nos listes d'attente en temps réel au lieu d'avoir des données mensuellement devrait aider à améliorer le contrôle de nos listes d'attente pour les dossiers en DITSA suivis en services spécialisés. De plus, nous avons mis en place une nouvelle procédure d'attribution pour s'assurer d'un respect plus rigoureux des codes de priorités comme défini dans le PTAAC.

DÉPENDANCE

INDICATEUR EG2	RÉSULTAT 2015-2016	ENGAGEMENT 2016-2017	RÉSULTAT 2016-2017	% D'ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT
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	73,7 %	80 %	63,7 %	79,6 %
INDICATEUR DU PS DU MSSS 2015-2020				
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	78 %	75 %	84,8 %	113,1 %

Reddition de comptes :

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

L'engagement 2016-2017 n'a pas été atteint. Plusieurs facteurs expliquent le résultat au 31 mars 2017, soit :

- Manque de personnel, plusieurs postes vacants;
- Absence de personnel qualifié et compétent en dépendance 2^e ligne sur la liste de rappel;
- Mécanisme d'accès aux services du centre de réadaptation en dépendance doit être amélioré et revu pour permettre un accès dans le délai recommandé.

En 2017-2018, les mesures qui seront mises en place sont les suivantes :

- Révision du mécanisme d'accès aux services spécialisés en dépendance;
- Validation de la saisie des données statistiques;
- Recrutement de personnel sur les postes vacants.

1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance

L'engagement a été atteint, voire dépassé. L'écart positif entre 2015-2016 et 2016-2017 est attribuable en bonne partie à l'utilisation des outils et grilles de détection des adultes et des jeunes présentant un problème de dépendance dans les AAOR.

SANTÉ MENTALE

INDICATEUR DU PS DU MSSS 2015-2020	RÉSULTAT 2015-2016	ENGAGEMENT 2016-2017	RÉSULTAT 2016-2017	% D'ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	266,4	268	309,6	115,5 %
INDICATEUR EG2				
1.08.15-EG2 Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours	98	50	64	78,1 %

Reddition de comptes :

1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère

L'engagement a été atteint, voire dépassé. Des transferts financiers à l'intérieur de la direction ont permis de consolider le nombre de places en suivi d'intensité variable.

1.08.15-EG2 Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours

L'engagement n'est pas atteint. Le Plan d'effectifs médicaux (PEM) en pédopsychiatrie est comblé, mais il y a des congés de maternité en cours non remplacés qui ont certainement eu un impact. Pour la psychiatrie, il y a eu un départ et nous sommes à 85 % de nos effectifs régionaux avec un autre départ annoncé cet automne. Ces facteurs nous ont sans doute ralentis, mais le nombre de clients en attente de plus de 90 jours a diminué de 35 %, ce qui est significatif compte tenu des obstacles rencontrés.

SANTÉ PHYSIQUE - URGENCE

INDICATEUR DU PS DU MSSS 2015-2020	RÉSULTAT 2015-2016	ENGAGEMENT 2016-2017	RÉSULTAT 2016-2017	% D'ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	7,73 h	7,5 h	7,37 h	101,7 %
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	68,4 %	70 %	69,7 %	99,6 %
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	74,1 %	80 %	74,6 %	93,3 %

Reddition de comptes :

1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence

L'engagement a été atteint. La durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence qui était déjà très bonne en comparaison du reste de la province s'est améliorée légèrement. Des coordonnateurs médicaux seront désignés au cours de la prochaine année afin d'améliorer et de rendre encore plus fluide la gestion de ces épisodes de soins.

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

Bien qu'ils se soient légèrement améliorés, ces indicateurs n'ont pas été atteints cette année. Nous conservons notre optimisme de les atteindre à terme. Afin d'améliorer cet indicateur, des travaux sont amorcés avec les GMF pour réorienter les consultations non urgentes et ainsi diminuer la pression sur les ressources intra-hospitalières. Tous les territoires ont débuté cette réorientation à l'exception de Rimouski où elle devrait être mise en place d'ici juin 2017. Les résultats seront évaluable en cours d'année 2017-2018. Un projet de soutien aux cliniques médicales afin de développer l'accès adapté de façon plus importante dans tout le territoire est en discussion et devrait à terme permettre de diminuer les consultations à l'urgence de patients qui peuvent être évalués et traités en clinique externe. Ces diminutions devraient permettre d'améliorer les délais de prise en charge médicale et la durée du séjour ambulatoire à l'urgence.

SANTÉ PHYSIQUE – SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

INDICATEURS DU PS DU MSSS 2015-2020	RÉSULTAT 2015-2016	ENGAGEMENT 2016-2017	RÉSULTAT 2016-2017	% D'ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	864	822	841	102,3 %
1.09-45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	31	20	31	155 %

Reddition de comptes :

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

Il est important de noter que le CISSS du Bas-Saint-Laurent a atteint l'engagement 2016-2017. La collaboration avec la direction SAPA 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. Actuellement, nous répondons à la demande en soins palliatifs et de fin de vie.

Afin d'harmoniser notre offre de service sur le territoire bas-laurentien, différentes actions ont été mises en œuvre :

- Élaboration d'un programme clinique régional pour les soins de fin de vie;
- Déploiement de la formation générale portant sur l'approche en soins palliatifs du MSSS auprès de certains intervenants et formation de mentors en CHSLD du MSSS pour les soins de fin de vie auprès de 21 PAB.

1.09-45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie

Le comité stratégique a décidé de maintenir le nombre actuel de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie et d'élaborer des critères d'admissibilité pour améliorer l'accès. L'engagement est donc atteint.

SANTÉ PHYSIQUE – SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

INDICATEURS DU PS DU MSSS 2015-2020	RÉSULTAT 2015-2016	ENGAGEMENT 2016-2017	RÉSULTAT 2016-2017	% D'ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT
1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)	10	11	11	100 %
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	83,64 %	84 %	88,01 %	104,8 %

Reddition de comptes :

1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)

Un nouveau GMF a vu le jour au Bas-Saint-Laurent (BSL) pour 2016-2017 permettant d'atteindre l'engagement initial de voir le total des GMF au BSL passer de 10 à 11. En effet, le GMF Arthur-Buies, niveau 1 (août 2016), a adhéré au Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF.

En 2016-2017, l'UMF de Rimouski a débuté les démarches pour devenir GMF. La demande a été déposée en janvier 2017. De plus, la clinique de médecine familiale de Rimouski a également débuté des travaux exploratoires afin de devenir GMF pour 2017-2018. Les 2 projets de GMF sont de niveau 1.

1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille

L'engagement de 84 % a été atteint en raison d'une mobilisation médicale afin d'augmenter l'accès aux clientèles orphelines :

- Le déploiement de l'accès adapté dans la majorité des GMF augmente la disponibilité pour l'inscription de nouveaux patients;
- La diminution des activités hospitalières dans certains RLS permet une augmentation de la disponibilité médicale pour des activités de première ligne;
- L'application des nouvelles exigences liées aux activités médicales particulières (AMP) de prise en charge obligatoire chez les nouveaux médecins en 2016-2017 favorise l'inscription de patients orphelins.

SANTÉ PHYSIQUE – CHIRURGIE

INDICATEURS DU PS DU MSSS 2015-2020	RÉSULTAT 2015-2016	ENGAGEMENT 2016-2017	RÉSULTAT 2016-2017	% D'ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies	17	0	10	99,6 %
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	67,6 %	90 %	65,3 %	72,6 %
INDICATEUR EG2				
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier	93,7 %	100 %	92,9 %	92,9 %

Reddition de comptes :

1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies

L'engagement n'a pas été atteint. En 2016-2017, 12 255 chirurgies ont été réalisées dans les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent, 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 8,5 semaines;

- 8 patients disponibles en attente de plus d'un an pour une chirurgie;
- 4 des 8 patients disponibles ont une date prévue d'intervention.

En comparaison de 2015-2016, la production chirurgicale du CISSS du Bas-Saint-Laurent est sensiblement la même. On note une légère diminution du nombre de patients en attente de plus d'un an. Afin de respecter la cible, une gestion active des listes d'attente est effectuée et une vigie des délais est également exercée tout au cours de l'année.

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

L'engagement n'a pas été atteint. Pour l'année 2016-2017, le CISSS du Bas-Saint-Laurent a traité par chirurgie oncologique 884 patients dont le délai d'attente moyen a été de 28 jours. 577 patients, soit 65,3 %, ont été opérés à l'intérieur de 28 jours.

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent participe depuis mars 2017 à un projet pilote de démonstration visant la consolidation du réseau de cancérologie pulmonaire de l'Institut universitaire de cardiologie et pneumologie du Québec (IUCPQ) – Est-du-Québec. Le projet vise à mettre en place une trajectoire de soins et de services parfaitement intégrée, l'accès aux soins et services surspécialisés en temps opportun et aussi implanter des mécanismes de collaboration pour assurer l'accessibilité et la continuité des soins tout au long du continuum.

De plus, 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.

Nous observons un écart entre le résultat de l'entrepôt de données SIMASS et le tableau de bord des indicateurs de gestion (TBIG). Pour les fins de la reddition de comptes, nous avons utilisé la donnée de SIMASS.

1.09.33.02-EG2 Pourcentage de 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 2016-2017, le CISSS du Bas-Saint-Laurent a traité par chirurgie oncologique 821 patients, soit 92,9 % qui ont été traités à l'intérieur de 56 jours. Toutefois, 63 patients, soit 7,1 %, ont dû attendre plus de 56 jours.

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent participe depuis mars 2017 à un projet pilote de démonstration visant la consolidation du réseau de cancérologie pulmonaire de l'Institut universitaire de cardiologie et pneumologie du Québec (IUCPQ) – Est-du-Québec. Le projet vise à mettre en place une trajectoire de soins et de services parfaitement intégrée, l'accès aux soins et services surspécialisés en temps opportun et aussi implanter des mécanismes de collaboration pour assurer l'accessibilité et la continuité des soins tout au long du continuum.

De plus, 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.

Nous observons un écart entre le résultat de l'entrepôt de données SIMASS et le tableau de bord des indicateurs de gestion (TBIG). Pour les fins de la reddition de comptes, nous avons utilisé la donnée de SIMASS.

SANTÉ PHYSIQUE – IMAGERIE MÉDICALE

INDICATEURS DU PS DU MSSS 2015-2020	RÉSULTAT 2015-2016	ENGAGEMENT 2016-2017	RÉSULTAT 2016-2017	% D'ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	71,8 %	80 %	95,5 %	119,4 %
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	99,2 %	85 %	97,6 %	114,8 %
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	100 %	95 %	100 %	105,3 %
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	44,4 %	80 %	78,8 %	98,5 %
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	98,1 %	90 %	98,9 %	109,9 %
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	84,1 %	90 %	95,1 %	105,7 %
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	99,8 %	95 %	99,2 %	104,4 %
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	98,3 %	90 %	96,1 %	106,8 %

Reddition de comptes :

Reddition de comptes :

1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies

L'engagement est atteint. Pour le secteur Matane, il y a eu l'ajout d'heures et la mise en place d'un corridor de services temporaire vers Rimouski. Nous avons une augmentation appréciable des résultats au cours de la dernière année.

1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques

L'engagement est atteint. Nous observons un équilibre entre l'offre et la demande et, dans l'ensemble, les taux se sont maintenus.

1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale 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 de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques

L'engagement n'est pas atteint. 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 une évolution considérable de l'accès dans ce secteur d'activité et une augmentation appréciable de nos résultats.

1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires

L'engagement est atteint. Nous observons également un équilibre entre l'offre et la demande, il y a un maintien des résultats.

1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies

L'engagement est atteint. Dans le secteur d'Amqui, il y a eu la mise en place d'une pratique autonome des technologues. Nous observons une augmentation des résultats dans ce secteur d'activité.

1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries

L'engagement est atteint. Nous observons également un équilibre entre l'offre et la demande, il y a un maintien des résultats.

1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques

L'engagement est 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.

Pour l'ensemble des indicateurs en imagerie médicale, il n'y a eu aucune problématique concernant la qualité des données et la méthodologie des indicateurs.

HYGIÈNE ET SALUBRITÉ				
INDICATEUR EG2	RÉSULTAT 2015-2016	ENGAGEMENT 2016-2017	RÉSULTAT 2016-2017	% D'ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	16,7 %	100 %	0 %	0 %

Reddition de comptes :

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

L'engagement n'est pas atteint. Un comité stratégique des zones grises a été mis en place afin de poursuivre le travail amorcé avant la fusion et l'embauche d'une chargée de projet à raison d'une journée par semaine.

Nous avons des difficultés à intégrer cette tâche (nettoyage et désinfection) dans les tâches et les fonctions actuelles des employés.

Les résultats ont diminué en 2016-2017, car le registre de suivi n'est pas en place. Le calcul de l'indicateur est le résultat de quatre éléments (responsable désigné, relevé effectué, désignation de service et registre implanté).

Il est difficile présentement de mesurer le niveau de réalisation des zones grises. Nous sommes en développement d'un outil de mesure qui sera en place en septembre prochain.

RESSOURCES HUMAINES

INDICATEURS DU PS DU MSSS 2015-2020	RÉSULTAT 2015-2016	ENGAGEMENT 2016-2017	RÉSULTAT 2016-2017	% D'ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	5,81	5,7	6,24	90,5 %
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3,63 %	3,58 %	3,75 %	95,3 %
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,39 %	0,49 %	0,38 %	122,4 %

Reddition de comptes :

3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire

Bien que l'engagement régional n'ait pas été atteint, nous nous situons en dessous de la moyenne du Québec. De nombreuses actions sont en cours ou en voie de réalisation : création de tandems (agente administrative – agent de gestion), prise en charge accentuée des dossiers d'absentéisme chronique, projet pilote avec une direction afin de valider les mesures à mettre en place pour améliorer notre fonctionnement. Nous devons également soutenir les gestionnaires en leur offrant une formation sur la prévention.

Nous constatons que les durées d'absences sont plus longues, les diagnostics de plus en plus chroniques, la complexité des dossiers s'accroît (gestion-accommodement). Nous connaissons également des difficultés dans le recrutement d'un médecin-conseil (volet psychologique). Le nombre de dossiers gérés par nos agents de gestion est à la hausse.

3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires

L'engagement de 3,58 % n'a pas été atteint. Nous constatons pour le CISSS du Bas-Saint-Laurent une économie des heures travaillées en régulier due, en partie, à un manque de personnel disponible à combler les besoins de remplacement, ce qui entraîne une augmentation des heures supplémentaires ainsi que la hausse en assurance salaire et une diminution de l'utilisation de la MOI.

Un chantier d'optimisation de notre performance « temps supplémentaire » est présentement en cours avec plusieurs actions : sensibilisation des gestionnaires, suivi périodique avec les gestionnaires, orientation dans différents secteurs pour le personnel de la liste de rappel. Une analyse des différents services sera à faire afin de réviser la structure de postes et permettre une meilleure utilisation de nos ressources ainsi que de valider les possibilités de donner des garanties d'heures pour favoriser l'embauche. Plusieurs comités de travail sont présentement en création afin d'actualiser le plan d'action pour le recrutement, étroitement lié au taux d'heures supplémentaires.

3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante

L'engagement de 0,48 % a été atteint, mais en ayant un impact sur les heures supplémentaires considérant que le personnel à l'interne a été sollicité pour faire les remplacements. Les gestionnaires sont sensibilisés à réduire le recours à la MOI et l'utilisation se fait comme dernière alternative seulement.

RESSOURCES TECHNOLOGIQUES

INDICATEUR EG2	RÉSULTAT 2015-2016	ENGAGEMENT 2016-2017	RÉSULTAT 2016-2017	% D'ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	93,7 %	95 %	97,9 %	103,1 %

Reddition de comptes :

6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)

L'engagement est atteint. Nous observons une augmentation par rapport à l'année dernière compte tenu du suivi plus serré des pilotes locales dans chacune des huit installations par l'agente de planification, de programmation et de recherche responsable de ce dossier. Celle-ci valide de façon individuelle les mises à jour des pilotes, et ce, de façon hebdomadaire.

A decorative background pattern consisting of various shades of blue triangles arranged in a complex, overlapping geometric design. The triangles are of different sizes and orientations, creating a dynamic and modern visual effect.

6

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

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

6.1. L'agrément

FAITS SAILLANTS

- Mise en place de l'équipe de professionnels pour l'actualisation de la démarche d'agrément.
- Organisation et planification de la première démarche d'agrément du CISSS du Bas-Saint-Laurent : définition de la vision et élaboration d'une structure et d'un calendrier de la démarche.
- Mise en place des comités stratégiques et tactiques dans chaque direction clinique prévue à la visite d'Agrément Canada de 2018.
- Soutien et accompagnement aux différentes directions dans l'appropriation et le déploiement de la démarche d'agrément et dans l'élaboration ainsi que l'actualisation des plans d'amélioration : création d'outils, structuration de processus, etc.
- Élaboration de formations sur la démarche d'agrément et les audits.
- Soutien à la visite de la Commission de l'agrément dentaire du Canada réalisée en mai 2016 par l'Ordre des dentistes du Québec au sein des installations de La Mitis et accompagnement de la DSP dans le suivi du plan d'action.
- Processus de certification complété pour les installations du CRDI et du Centre jeunesse avec le Conseil québécois d'agrément.

Plusieurs installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent étaient en suivi de leur démarche d'agrément au cours de la dernière année. Les tableaux des suivis et preuves supplémentaires déposés par les différentes installations, comme prévu avec Agrément Canada, sont présentés ci-après.

LES INSTALLATIONS DE KAMOURASKA

Des preuves supplémentaires ont été déposées le 24 septembre 2016.

Critères	Normes
Normes sur le leadership	14.5
Normes sur les analyses de biologie délocalisées	6.3, 7.3, 7.4, 8.10, 8.13, 9.5
Services transfusionnels	21.2, 21.4, 21.5

À la suite du dépôt de ces preuves, les installations de Kamouraska ont respecté les exigences en matière de suivi d'Agrément Canada.

LES INSTALLATIONS DE RIVIÈRE-DU-LOUP

Des preuves supplémentaires furent déposées le 20 mai et le 20 décembre 2016.

Critères	Normes
Gestion des médicaments	2.5.4, 2.5.5
Gestion des médicaments	14.6.7
Services de chirurgie	7.7.3
Services de médecine	7.4.3
Normes sur le leadership	11.3
Prévention des infections	13.11
Normes sur les analyses de biologie délocalisées	6.6, 7.3
Normes relatives aux salles d'opération	3.6, 13.1
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	12.7
Services de laboratoires biomédicaux	9.5, 26.5
Services transfusionnels	21.2, 21.4

À la suite du dépôt de ces preuves, les installations de Rivière-du-Loup ont respecté les exigences en matière de suivi d'Agrément Canada.

LES INSTALLATIONS DES BASQUES

Des preuves supplémentaires furent déposées le 5 mai 2016.

Critères	Normes
Normes sur les analyses de biologie délocalisées	7.4
Services d'imagerie diagnostique	5.1

À la suite du dépôt de ces preuves, les installations des Basques ont respecté les exigences en matière de suivi d'Agrément Canada.

LES INSTALLATIONS DE LA MITIS

Des preuves supplémentaires furent déposées le 8 mars 2017. L'établissement est en attente de la décision d'Agrément Canada relativement aux suivis déposés.

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

LES INSTALLATIONS DE LA MATANIE

Des preuves supplémentaires ont été déposées le 19 août 2016.

Critères	Normes
Normes sur le leadership	12.2
Gestion des médicaments et prévention des infections	8.2

À la suite du dépôt de ces preuves, les installations de La Matanie ont respecté les exigences en matière de suivi d'Agrément Canada

6.2. La sécurité des soins et des services

PROMOTION DE LA DÉCLARATION ET LA DIVULGATION DES ÉVÉNEMENTS

- Élaboration et adoption du règlement relatif à la divulgation auprès d'un usager à la suite d'un accident.
- Élaboration et adoption de la procédure de déclaration des incidents et accidents.
- Élaboration d'un dépliant sur la déclaration des incidents et accidents à l'intention des employés.
- Formation des employés sur la déclaration et la complétion du formulaire des incidents et accidents (231 personnes).
- Formation des gestionnaires sur le programme de gestion des risques.
- Formation des agents de saisie sur la gestion des risques et la saisie des AH-223.
- Rencontre des comités des usagers de toutes les installations.
- Rencontre des conseils professionnels.

Le comité de gestion des risques a tenu cinq rencontres au cours de l'année. Pour chaque rencontre, le comité a assuré le suivi des:

- statistiques et enjeux en gestion des risques;
- statistiques et enjeux en prévention et contrôle des infections;
- recommandations des conseillers cadres en gestion des risques.

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

2016-2017	18 180
2015-2016	18 450
Variation	-0,02 %

Les principaux risques identifiés au cours de la dernière année

Chutes	5 052 (28,8 %)
Médicaments	4 706 (25,9 %)
Tests de laboratoire	3 318 (18,3 %)
Obstruction respiratoire	64 (0,4 %)

Les conseillers cadres en gestion des risques ont :

- procédé à l'enquête et à l'élaboration de rapports de 91 événements sentinelles, dont 52,7 % ont nécessité des recommandations;
- émis 164 recommandations afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Des travaux sont en cours pour l'élaboration d'un programme de gestion des mesures de contrôle pour l'ensemble du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

L'équipe de la gestion des risques a soumis 142 recommandations au comité de gestion des risques. Aucune recommandation spécifique fût 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.

RAPPORTS DU CORONER

Bilan :

- Mise en place du *Guide de gestion et de suivi des rapports d'investigation du Bureau du coroner* produit par le MSSS.
- Élaboration du processus de suivi des rapports d'investigation du coroner.
- Mise en place d'un tableau de suivi des recommandations issues des rapports d'investigation du Bureau du coroner.
- Réception de neuf dossiers pour l'année 2016-2017, dont :
 - sept rapports et deux recommandations du coroner;
 - cinq dossiers présentaient des recommandations spécifiques à l'établissement et quatre des recommandations systémiques;
 - six dossiers ont été complétés et un suivi a été effectué auprès du Bureau du coroner en chef;
 - trois dossiers sont en cours de traitement par les directions concernées.
- Suivi de sept recommandations du coroner émises antérieurement pour les installations de Rimouski-Neigette (trois dossiers) et le CISSS du Bas-Saint-Laurent (quatre dossiers) :
 - trois dossiers ont été complétés en 2016-2017 et le suivi a été effectué auprès du Bureau du coroner en chef;
 - quatre dossiers sont en cours de traitement par les directions concernées.

Actions mises en place pour appliquer les recommandations du coroner :

- Formation d'un comité de travail pour la rédaction du protocole régional thromboprophylaxie.
- Analyse et évaluation de deux dossiers concernant des actes médicaux afin de déterminer si les traitements dispensés à l'urgence ont été adéquats et réalisés dans les règles de l'art.

- Formation sur le suicide dispensée aux médecins lors de l'assemblée générale annuelle du DRMG.
- Réflexion sur l'implantation de nouveaux mécanismes de référence en santé mentale et de procédures de prise en charge. En attente des travaux du MSSS pour assurer l'arrimage de la démarche.
- Traitement d'un accident (chute) en événement sentinelle par le comité de gestion des risques et recommandations transmises à la DPSAPA concernant l'application du programme de prévention des chutes et les références en physiothérapie et ergothérapie.
- Recommandations du comité de gestion des risques à la DL afin d'élaborer l'offre de service de l'équipe du service des aides techniques et de s'assurer d'avoir les recommandations du fabricant lors de modifications aux équipements.
- Transmission, à des fins de formation, d'un rapport du coroner au personnel concerné par l'adaptation des fauteuils roulants et l'adaptation du domicile.
- Rencontres avec le personnel pour améliorer la sécurité des soins sur les unités psychiatriques du CHRGP et de l'Hôpital régional de Rimouski. Exploration de mesures concernant les équipements disponibles aux usagers sur les unités, la révision des procédures concernant les rondes et les fouilles ainsi que la formation et l'orientation du personnel.
- Diffusion d'un article sur l'utilisation adéquate des dispositifs d'alerte médicale *Lifeline* dans le bulletin destiné aux exploitants de RPA en juin 2016.
- Traitement d'un dossier (décès par asphyxie par obstruction des voies respiratoires) en événement sentinelle par le comité de gestion des risques. Recommandations transmises à la DPSAPA et mises en application : offre de service d'une technicienne en diététique, outils nécessaires pour assurer une préparation sécuritaire des textures, formation du personnel par une nutritionniste et formation en réanimation cardio-respiratoire.
- Analyse et évaluation du délai d'adaptation d'un fauteuil roulant et mise en place de mesures pour éviter la récurrence.
- Approbation par le CMDP de l'utilisation du document recommandé par l'Institut d'excellence en soins de santé et de services sociaux (INESSS) concernant le niveau d'intensité de soins.
- Élaboration d'un plan de collaboration avec une RPA-RI ainsi que mise en place de mécanismes de suivi et d'encadrement en continu par la DPSAPA et la DQEPE.
- Transmission d'informations aux exploitants des trois ressources d'hébergement en dépendance à la suite d'une recommandation du coroner précisant que les ressources qui veulent invoquer être certifiées par le MSSS ou toute variante d'une telle formule dans leur publicité sont astreintes à bien préciser la limite d'une telle certification pour ne pas faussement suggérer à la population que toutes les activités de la ressource sont contrôlées et approuvées par le MSSS.

Tableau des mises sous garde du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017

	Rimouski-Neigette	Rivière-du-Loup	Kamouraska	Témiscouata	Les Basques	La Mitis	La Matapédia	La Matanie	Total de l'établissement
Nombre de mises sous garde préventives appliquées	113	36	0	11	0	0	0	22	182
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	66	N/D	0	10	0	0	0	21	97
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	12	3	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	15
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	6	2	0	0	0	0	0	0	8
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	6	3	0	0	0	0	0	0	9
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	59	35	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	94
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)	9	31	0	0	0	0	0	0	40
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)	7	29	0	0	0	0	0	0	36
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	88	34	0	0	0	0	0	0	122

6.3. L'examen des plaintes et la promotion des droits

On retrouve sur le site Web du CISSS du Bas-Saint-Laurent, à la section Plaintes et droits des usagers, différents renseignements sur le régime d'examen des plaintes, entre autres :

- Le Règlement sur la procédure d'examen des plaintes.
- Les coordonnées :
 - de la commissaire et des commissaires adjoints aux plaintes et à la qualité des services;
 - des comités des usagers de la région (CUCI et CUC);

- du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP Bas-Saint-Laurent);
- de PLAIDD-BF (Promotion, Lutte, Aide, Intervention, Défense, Droit – Bas du Fleuve);
- 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

6.4. 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.

Participation à plusieurs tables régionales de concertation, 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 que les secteurs municipaux, communautaires, de la santé et des services sociaux, de la recherche, de l'emploi et de l'éducation.

En plus de différentes publications sur le site Web de l'organisation et d'une tournée de rencontres des ressources privées pour aînés, plusieurs entrevues médiatiques ont eu lieu afin d'informer la population. Plus précisément, des publications ont été mises en place afin d'informer des publics cibles :

- Bulletin *Pas à Pas* offert aux parents et à des usagers par le comité des usagers en DI-TSA du Bas-Saint-Laurent.
- Bulletin d'information destiné aux ressources privées pour aînés de notre territoire.
- Publication du *Plan d'action régional de santé publique 2016-2020 pour améliorer la santé et le bien-être des Bas-Laurentiens*.

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent désire mettre à contribution la population de son territoire. Différents moyens ont été utilisés au cours de la dernière année, soit :

- Participation des usagers à certains comités *Milieu de vie en CHSLD*.
- Création du *comité-conseil sur les soins et les services à la jeunesse et aux familles* à la DPJe.
- Participation des usagers au comité aviseur en santé mentale.
- Témoignages d'usagers diffusés dans la revue *En mouvement*, de la DRHCAJ, dans une section intitulée *La parole aux usagers*.
- Rencontre des comités des usagers continués pour partager les résultats et les enjeux en gestion des risques et de la démarche d'agrément.
- Implication des patients partenaires au sein des comités de santé publique, notamment pour les patients touchés par le cancer au niveau du programme de cancérologie.
- Identification d'un patient partenaire pour le programme d'AVC.

La révision du fonctionnement de l'évaluation de la satisfaction de la clientèle est en cours, en collaboration avec le comité des usagers du centre intégré. Plus précisément, les actions suivantes sont en cours ou ont été réalisées :

- Recensement des meilleures pratiques et élaboration d'un portrait des outils utilisés au sein de l'organisation pour l'évaluation de la satisfaction de la clientèle.
- Rencontre du comité de coordination clinique afin de partager les orientations.
- Rencontre en cours avec les comités des usagers continués pour établir la collaboration dans les sondages sur la satisfaction de la clientèle.
- Élaboration en cours d'un nouveau sondage de satisfaction clientèle.

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

7. 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.

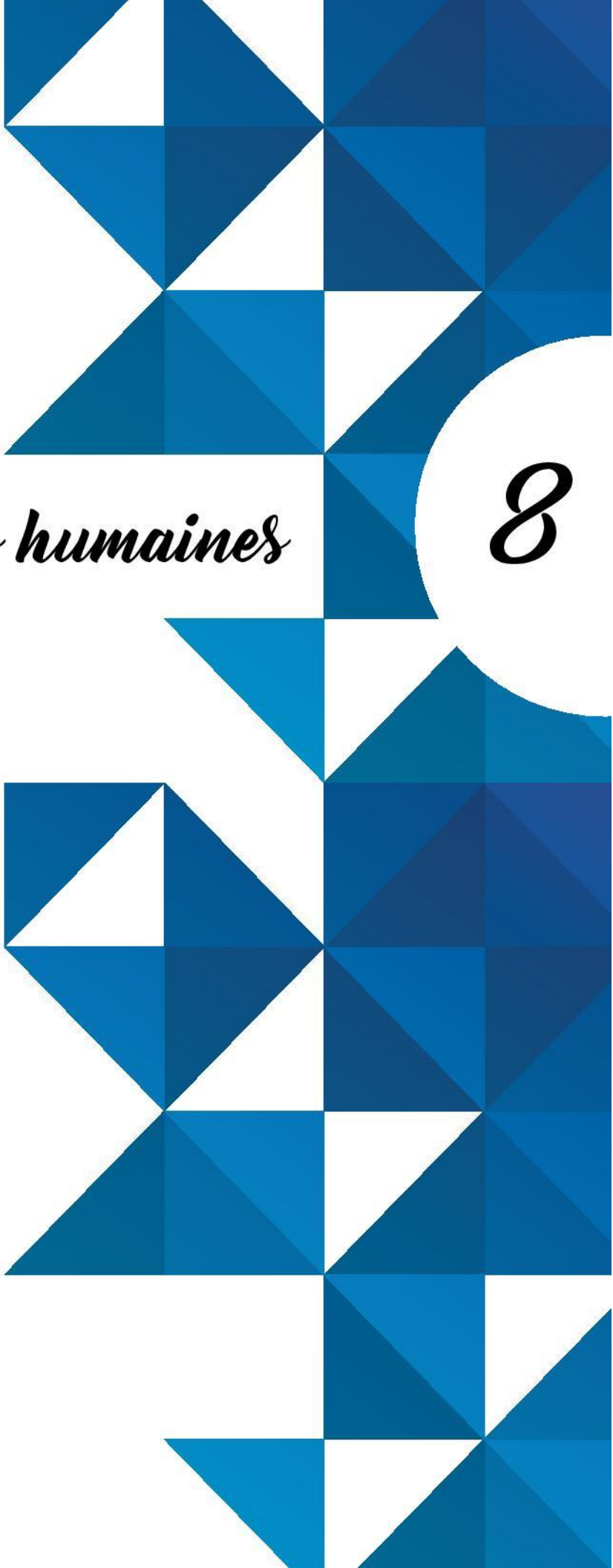
- Tenue de quatre rencontres du comité stratégique et du comité de coordination clinique régional pour soutenir l'organisation et la coordination des soins de fin de vie.
- Élaboration d'un programme clinique régional pour les soins de fin de vie. Le programme inclut notamment :
 - les orientations de l'établissement relativement aux soins de fin de vie;
 - la clientèle visée;
 - l'organisation des soins et des services;
 - les modalités de fonctionnement et la mission;
 - l'actualisation de l'offre de service de chaque mission en fonction des attentes ministérielles;
 - l'implantation du programme et son évaluation.
- Mise en place d'un soutien régional aux groupes interdisciplinaires de soutien (GIS) locaux lors de la dispensation de l'AMM dans les différents territoires.
- Déploiement de la formation générale portant sur l'approche en soins palliatifs du MSSS auprès de certains intervenants et de la formation de mentors en CHSLD du MSSS pour les soins de fin de vie auprès de 21 PAB.
- Déploiement d'outils cliniques pour accompagner les professionnels lors de la dispensation de l'AMM et de la sédation palliative continue.
- Déploiement d'audits cliniques pour l'évaluation de la pratique infirmière lors de l'AMM.

**Bilan des rapports statistiques couvrant les périodes
du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016 et
du 10 juin 2016 au 9 décembre 2016⁹**

Activités	Informations	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs	2 058 personnes ont reçu des soins dans l'une des missions du CISSS, incluant en maison de soins palliatifs
	Sédation palliative continue	13 sédations palliatives continues
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	14 demandes d'aide médicale à mourir formulées
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	9 aides médicales à mourir administrées
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	5 aides médicales à mourir non administrées pour les motifs suivants : 4 personnes ne répondaient pas aux critères de la loi et l'une est décédée avant le soin

⁹ Les données présentées dans le rapport annuel de gestion 2015-2016 étaient celles de la période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016.



A decorative geometric pattern composed of various shades of blue triangles arranged in a complex, symmetrical design. The pattern is located on the right side of the page, partially overlapping a white circle.

Les ressources humaines

8

8. Les ressources humaines

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

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Comparaison sur 364 jours d'avril à mars					
	2014-04-06 au 2015-04-04			2016-04-03 au 2017-04-01		
	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplémentaires	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
	Variation	(9,6 %)	(62,5 %)	(10,0 %)	(9,9 %)	(5,5 %)
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
	Variation	(1,2 %)	(10,0 %)	(1,3 %)	(1,2 %)	0,6 %
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
	Variation	(3,0 %)	(4,2 %)	(3,1 %)	(3,2 %)	(4,1 %)
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
	Variation	(4,1 %)	5,3 %	(3,9 %)	(3,9 %)	(3,9 %)
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
	Variation	(4,6 %)	21,5 %	(4,2 %)	(4,5 %)	(6,4 %)
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
	Variation	(45,8 %)	(90,7 %)	(46,2 %)	(45,8 %)	(38,7 %)
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
	Variation	(3,8 %)	0,2 %	(3,7 %)	(3,8 %)	(3,4 %)

Cible 2016-2017 (en heures rémunérées)	11 607 655
Écart à la cible (en heures)	(199 058)
Écart à la cible (en %)	(1,71 %)

Dans le cadre de l'application de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État (LGCE), l'établissement rencontre la cible ministérielle de réduction de 1% ou plus du total des heures rémunérées.

Nombre d'embauches en 2016-2017	929
---------------------------------	-----



Les ressources financières

9. Les ressources financières

Nom de l'établissement
CISSS du Bas-Saint-Laurent

Code
1104-5119

Page / Idn.
100-00 /

RAPPORT DE LA DIRECTION

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

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

La direction a vu à ce que le timbre valideur (1) à gauche du pied de page au présent rapport de la direction est identique à celui figurant aux pieds de page du rapport financier annuel. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'établissement (2).

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

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

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

Des commentaires au présent rapport de la direction sont présentés à la page 101-00 le cas échéant.

<u>2017/06/15</u>	<u>ISABELLE MALO</u>	<u>[Signature]</u>
Date	Nom	Signature du (de la) président(e)-directeur(trice) général(e)
<u>15 juin 2017</u>	<u>GASTON MADAME</u>	<u>[Signature]</u>
Date	Nom	Signature de la personne désignée
	<u>Directeur des ressources financières</u>	
	Fonction	

(1) Le timbre valideur indique la date/heure/minute/seconde où le statut "en production" du rapport a été modifié pour celui de "en approbation". Il demeure identique jusqu'à la version finale transmise électroniquement au Ministère.

(2) Les concordances sont présentées dans les pages explicatives du rapport financier annuel. Le logiciel L.P.R.G. produit la liste des concordances qui ne balancent pas lesquelles doivent être justifiées par l'établissement.

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du conseil d'administration du
CISSS du Bas-Saint-Laurent

Les états financiers résumés ci-joints du CISSS du Bas-Saint-Laurent, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2017, et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation des actifs financiers nets et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du CISSS du Bas-Saint-Laurent pour l'exercice terminé le 31 mars 2017. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 15 juin 2017. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du CISSS du Bas-Saint-Laurent pour l'exercice terminé le 31 mars 2017 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités du CISSS du Bas-Saint-Laurent pour l'exercice terminé le 31 mars 2017.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 15 juin 2017. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, ainsi qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Établissement et la Société

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS (suite)

Opinion (suite)

québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2017 n'ont pas été déterminées.

De plus, comme l'exige le MSSS, lors de l'application initiale de la nouvelle norme de CPA Canada SP 3410 - Paiements de transfert, la direction n'a pas redressé les états financiers des exercices antérieurs. Ceci a pour effet de comptabiliser uniquement les paiements de transfert ayant fait l'objet d'un vote des crédits annuels par l'Assemblée nationale. Cette situation constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, puisque les revenus de transfert assortis de critères d'admissibilité mais non assortis de stipulations doivent être comptabilisés lorsque le transfert est autorisé et que tous les critères d'admissibilité sont atteints. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2017 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des anomalies décrites, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du CISSS du Bas-Saint-Laurent au 31 mars 2017 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs financiers nets, des gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Mallette S.E.N.C.R.L.

Mallette S.E.N.C.R.L.
Société de comptables professionnels agréés

Mont-Joli, Canada
Le 15 juin 2017

¹ CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A104996

MALLETTE

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions MSSS (FI:P408)	1	600 491 265	566 304 507	28 732 773	595 037 280	608 397 039
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2	62 409	82 410		82 410	96 726
Contributions des usagers	3	37 128 424	37 567 510	XXXX	37 567 510	36 680 998
Ventes de services et recouvrements	4	5 419 100	6 032 264	XXXX	6 032 264	6 583 003
Donations (FI:P294)	5	1 440 000	41 820	1 514 697	1 556 517	1 552 585
Revenus de placement (FI:P302)	6	642 000	707 505	29 894	737 399	691 703
Revenus de type commercial	7	2 547 541	2 934 222	46 551	2 980 773	2 778 771
Gain sur disposition (FI:P302)	8			18 563	18 563	
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	8 741 498	7 504 254	103 263	7 607 517	8 324 379
TOTAL (L.01 à L.11)	12	656 472 237	621 174 492	30 445 741	651 620 233	665 105 204

CHARGES

Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	410 686 358	412 421 779	XXXX	412 421 779	415 287 833
Médicaments	14	18 812 974	17 464 416	XXXX	17 464 416	18 699 674
Produits sanguins	15	7 567 186	10 297 737	XXXX	10 297 737	7 896 928
Fournitures médicales et chirurgicales	16	20 531 607	19 681 207	XXXX	19 681 207	21 700 114
Denrées alimentaires	17	4 929 513	4 845 603	XXXX	4 845 603	5 115 251
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	48 005 714	47 671 946	XXXX	47 671 946	47 087 734
Frais financiers (FI:P325)	19	8 139 000		7 107 649	7 107 649	8 139 016
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	12 463 177	9 339 685	1 737 171	11 076 856	12 275 605
Créances douteuses	21	1 000	672 242	XXXX	672 242	268 577
Loyers	22	9 059 085	7 611 905	XXXX	7 611 905	7 890 935
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	23 637 000	XXXX	22 980 535	22 980 535	23 618 557
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX			111 097
Dépenses de transfert	25	23 434 640	24 239 594	XXXX	24 239 594	24 045 393
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	69 252 293	65 153 614	(825 000)	64 328 614	66 903 167
TOTAL (L.13 à L.27)	28	656 519 547	619 399 728	31 000 355	650 400 083	659 039 881
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)						
	29	(47 310)	1 774 764	(554 614)	1 220 150	6 065 323

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

Fonds d'exploitation

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions MSSS (P362)	1	568 488 163	566 017 225	287 282	566 304 507	576 436 917
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	62 409	1 638	80 772	82 410	96 726
Contributions des usagers (P301)	3	37 128 424	37 567 510	XXXX	37 567 510	36 680 998
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	5 419 100	6 032 264	XXXX	6 032 264	6 583 003
Donations (C2:P290/C3:P291)	5		41 820		41 820	106 721
Revenus de placement (P302)	6	560 000	700 288	7 217	707 505	609 717
Revenus de type commercial (C2:P661/C3:P351)	7	2 547 541		2 934 222	2 934 222	2 740 983
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	8 625 498	1 399 999	6 104 255	7 504 254	8 208 515
TOTAL (L.01 à L.11)	12	622 831 135	611 760 744	9 413 748	621 174 492	631 463 580

CHARGES

Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	410 686 358	407 963 882	4 457 897	412 421 779	415 287 833
Médicaments (P750)	14	18 812 974	17 464 416	XXXX	17 464 416	18 699 674
Produits sanguins	15	7 567 186	10 297 737	XXXX	10 297 737	7 896 928
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	20 531 607	19 681 207	XXXX	19 681 207	21 700 114
Denrées alimentaires	17	4 929 513	4 845 603	XXXX	4 845 603	5 115 251
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	48 005 714	47 671 946	XXXX	47 671 946	47 087 734
Frais financiers (P325)	19			XXXX		
Entretien et réparations (P325)	20	10 512 977	9 330 271	9 414	9 339 685	10 249 101
Créances douteuses (C2:P301)	21	1 000	672 242		672 242	268 577
Loyers	22	9 059 085	7 546 060	65 845	7 611 905	7 890 935
Dépenses de transfert (P325)	23	23 434 640	24 239 594		24 239 594	24 045 393
Autres charges (P325)	24	69 252 293	62 551 725	2 601 889	65 153 614	66 903 167
TOTAL (L.13 à L.24)	25	622 793 347	612 264 683	7 135 045	619 399 728	625 144 707
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	37 788	(503 939)	2 278 703	1 774 764	6 318 873

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	23 376 320	11 203 786	34 580 106	28 514 783	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	23 376 320	11 203 786	34 580 106	28 514 783	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	1 774 764	(554 614)	1 220 150	6 065 323	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7	(270 537)	270 537	0		9
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10	(270 537)	270 537			
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	24 880 547	10 919 709	35 800 256	34 580 106	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	14 373 607	14 458 537	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	21 426 649	20 121 569	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	35 800 256	34 580 106	

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	64 407 938	2 751 690	67 159 628	61 822 283
Placements temporaires	2	5 943 800		5 943 800	5 448 725
Débiteurs - MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	7 114 914	3 542 444	10 657 358	21 907 057
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	7 720 041	759 421	8 479 462	10 779 843
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX			
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(10 886 676)	10 886 676	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	45 003 243	29 647 205	74 650 448	70 620 472
Placements de portefeuille	8	452 629		452 629	1 944 262
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	935 895	935 895	749 102
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	1 047 927	221 110	1 269 037	2 682 600
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	120 803 816	48 744 441	169 548 257	175 954 344
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14		13 464 927	13 464 927	17 951 007
Créditeurs - MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	43 534 010	879 395	44 413 405	56 384 340
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17	XXXX			7 950
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		1 622 444	1 622 444	1 988 996
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	15 097 228	37 984 456	53 081 684	46 240 248
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	271 564 361	271 564 361	275 431 530
Passif au titre des sites contaminés (FI: P401)	22	XXXX	1 920 000	1 920 000	2 745 000
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	49 627 919	XXXX	49 627 919	50 358 518
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	641 539	200	641 739	1 792 271
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	108 900 696	327 435 783	436 336 479	452 899 860
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	11 903 120	(278 691 342)	(266 788 222)	(276 945 516)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P423)	28	XXXX	289 611 051	289 611 051	301 743 480
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	10 048 756	XXXX	10 048 756	8 516 391
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	2 928 671		2 928 671	1 265 751
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	12 977 427	289 611 051	302 588 478	311 525 622
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	24 880 547	10 919 709	35 800 256	34 580 106

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(270 501 167)	13 594 178	(290 539 694)	(276 945 516)	(289 866 419)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(270 501 167)	13 594 178	(290 539 694)	(276 945 516)	(289 866 419)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5	(47 310)	1 774 764	(554 614)	1 220 150	6 065 323
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6	(20 000 000)	XXXX	(10 851 001)	(10 851 001)	(20 163 372)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	23 637 000	XXXX	22 980 535	22 980 535	23 618 557
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX	(18 563)	(18 563)	111 097
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX	21 458	21 458	71 827
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
Ajustements des immobilisations	11		XXXX			
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	3 637 000	XXXX	12 132 429	12 132 429	3 638 109
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15	(47 000 000)	(48 975 725)	XXXX	(48 975 725)	(46 698 165)
Acquisition de frais payés d'avance	16	(1 300 000)	(2 928 671)		(2 928 671)	(1 265 751)
Utilisation de stocks de fournitures	17	47 000 000	47 443 360	XXXX	47 443 360	47 081 541
Utilisation de frais payés d'avance	18	1 300 000	1 265 751		1 265 751	4 099 846
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	0	(3 195 285)		(3 195 285)	3 217 471
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20		(270 537)	270 537	0	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	3 589 690	(1 691 058)	11 848 352	10 157 294	12 920 903
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(266 911 477)	11 903 120	(278 691 342)	(266 788 222)	(276 945 516)

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT				
Surplus (déficit) de l'exercice	1	1 220 150	6 065 323	
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:				
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2			
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	(3 195 285)	3 217 471	
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	(18 563)	111 097	
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5			
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:				
- Gouvernement du Canada	6			
- Autres	7	(2 563 539)	(2 577 039)	
Amortissement des immobilisations	8	22 980 535	23 618 557	
Réduction pour moins-value des immobilisations	9			
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	214 427	283 554	
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11			
Subventions MSSS	12	(7 654 901)	5 315 277	
Autres (préciser P297)	13	672 242	268 577	
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	10 434 916	30 237 494	
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	9 120 919	(1 024 407)	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	20 775 985	35 278 410	

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS

Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(11 726 172)	(22 429 545)	
Produits de disposition d'immobilisations	18	21 458	71 827	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(11 704 714)	(22 357 718)	

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT

Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	20		3 124 222	
Placements de portefeuille effectués	21	(22 629)	(14 777)	
Produits de disposition de placements de portefeuille	22			
Placements de portefeuille réalisés	23	1 514 262		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24	1 491 633	3 109 445	

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT				
Dettes à long terme - Emprunts effectués	1			
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	2	(244 404)	(261 709)	
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	3			
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	4			
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5	77 046 241	70 063 026	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	6	(81 532 321)	(81 596 192)	
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	7			
Autres (préciser P297)	8			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.08)	9	(4 730 484)	(11 794 875)	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.09)	10	5 832 420	4 235 262	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	11	67 271 008	63 035 746	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.10 + L.11)	12	73 103 428	67 271 008	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:				
Encaisse	13	67 159 628	61 822 283	
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	14	5 943 800	5 448 725	
TOTAL (L.13 + L.14)	15	73 103 428	67 271 008	

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:				
Débiteurs - MSSS	1	11 249 699	(2 534 200)	
Autres débiteurs	2	1 628 139	641 632	
Avances de fonds aux établissements publics	3			
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	4	2 160	152 372	
Frais reportés liés aux dettes	5	(401 220)	(352 069)	
Autres éléments d'actifs	6	1 475 901	271 535	
Créditeurs - MSSS	7			
Autres créditeurs et autres charges à payer	8	(11 158 102)	(618 855)	
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	9	(7 950)	(6 485)	
Intérêts courus à payer	10	(366 552)	(374 523)	
Revenus reportés	11	9 404 975	1 400 629	
Passif au titre des sites contaminés	12	(825 000)		
Passif au titre des avantages sociaux futurs	13	(730 599)	629 730	
Autres éléments de passifs	14	(1 150 532)	(234 173)	
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.14)	15	9 120 919	(1 024 407)	

AUTRES RENSEIGNEMENTS:

Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	16	879 372	1 692 205	
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	17	2 500	2 500	
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie (préciser P297)	18		5 315 277	

Intérêts:

Intérêts créditeurs (revenus)	19	737 399	691 703	
Intérêts encaissés (revenus)	20	705 590	688 411	
Intérêts débiteurs (dépenses)	21	6 893 222	7 855 460	
Intérêts déboursés (dépenses)	22	7 259 774	8 229 983	

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

1. CONSTITUTION ET MISSION

Le Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent est constitué en *corporation* par lettres patentes sous l'autorité de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2). Il est un établissement public.

L'établissement a pour mandat de promouvoir la santé, le bien-être et la contribution active de la population de la région du Bas-Saint-Laurent en orchestrant les soins de santé et les services sociaux, en misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité tout en favorisant les partenariats afin de faciliter le cheminement intégré des personnes.

Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région du Bas-Saint-Laurent de la façon suivante : l'installation de Matane, l'installation de Rimouski, l'installation de La Matapédia, l'installation de La Mitis, l'installation de Rivière-du-Loup, l'installation des Basques, l'installation de Kamouraska, l'installation de Témiscouata, l'installation du Centre jeunesse et l'installation du CRDITED.

Le siège social de l'établissement est situé à Rimouski.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu au Québec ou au Canada.

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

a. Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise prioritairement le Manuel de gestion financière rédigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, comme prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2).

Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des éléments suivants :

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de la note d'orientation du secteur public NOSP-2 *Immobilisations corporelles louées* du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public.
- L'établissement ne devrait pas inclure, à titre d'exception à la conformité aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, la comptabilisation des paiements de transferts pluriannuels, puisque le MSSS considère que le traitement préconisé dans le Manuel de gestion financière est conforme à la norme comptable, ainsi qu'à la pratique du gouvernement du Québec.
- Rappelons que la norme SP3410 fait l'objet de divergences d'interprétation au sein de la profession comptable et que le CSSP n'a toujours pas complété ses travaux relatifs à l'analyse des impacts de sa mise en application. Il étudie actuellement si la publication d'une note d'orientation pourrait clarifier la situation.

Pour toute situation pour laquelle le Manuel de gestion financière ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel AS-471 sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public sauf pour l'élément mentionné ci-haut.

b. Incertitude relative à la mesure

La préparation du rapport financier AS-471 requiert que la direction de l'établissement ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont des incidences sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et des charges de l'exercice, ainsi que sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels l'établissement a utilisé des estimations et formulé des hypothèses sont la juste valeur des placements, la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire, les créances irrécouvrables, les coûts de réhabilitation et de gestion du passif au titre des sites contaminés, les réclamations, le passif au titre des avantages sociaux et les cotisations de CNESST relatives au régime rétrospectif.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel AS-471, la direction considère que les estimations et les hypothèses utilisées sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

c. État des gains et pertes de réévaluation

Les chapitres SP 1201 *Présentation des états financiers* et SP 3450 *Instruments financiers* du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public requiert la présentation d'un état des gains et pertes de réévaluation lorsque l'entité qui présente les états financiers détient des instruments financiers évalués à leur juste valeur ou libellés en devises étrangères. Le format du rapport financier annuel AS-471, prescrit par le ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 295 de la LSSSS (RLRQ, chapitre S-4.2), n'inclut pas cet état financier puisque la grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par l'article 265 relativement à l'acquisition d'actions d'une personne morale.

Considérant que l'établissement détient des éléments devant être comptabilisés à la juste valeur *et/ou* libellés en devises étrangères dont l'importance est non significative, la présentation de l'état des gains et pertes de réévaluation n'est pas jugée requise dans le présent rapport financier annuel AS-471.

d. Comptabilité d'exercice

L'établissement utilise la méthode de comptabilité d'exercice tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières. Ainsi, il comptabilise les opérations et les faits dans l'exercice au cours duquel ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

f. Revenus de subvention

Les subventions provenant du gouvernement du Québec ou de tout autre gouvernement, ou d'organismes inclus dans leur périmètre comptable, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement réalisées à la date des états financiers qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis

constatées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement du Québec, que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement votés annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, comme exigé dans la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts* (RLRQ, chapitre S-37.01).

g. Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers comprennent notamment les sommes exigibles pour l'hébergement d'usagers dans une installation maintenue par un établissement public ou privé conventionné ou qui sont pris en charge par une ressource intermédiaire d'un établissement public ou par une ressource de type familial, selon les tarifs établis par règlement.

Ils incluent également les montants imposés à des usagers ayant un statut de résidents du Québec, à des non-résidents du Québec, à des non-résidents du Canada et à des tiers responsables pour des services rendus à des usagers en vertu de lois du Québec, du Canada ou de tout autre gouvernement, pour des soins ou des services qui ne sont pas de la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* (chapitre A-28) ou de la *Loi sur les services de santé et des services sociaux* (chapitre S-4.2), ainsi que les montants payable par un bénéficiaire résident recevant des soins de courte durée pour l'occupation d'une chambre privée ou semi-privée selon les tarifs exigibles en vertu de l'article 10 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation* (chapitre A-28, r.1).

Ces revenus sont constatés au moment de la prestation de services et sont diminués des déductions, exonérations et exemptions accordées à certains de ceux-ci.

h. Ventes de services et recouvrements

Les ventes de services représentent des ventes effectuées à partir d'un centre d'activités, autres que la prestation de services aux usagers.

Les revenus de recouvrements sont constitués des récupérations, en tout ou en partie, d'une charge incluse dans le coût direct brut assumé par un centre d'activités.

Ces revenus sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel a lieu la vente de services ou le recouvrement de coûts.

i. Donations

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales sans condition rattachée ou sous condition expresse de doter l'établissement d'un capital à préserver pour une période indéterminée sont comptabilisées aux revenus de l'exercice.

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales à des fins de dotation de durée déterminée ou à des fins spécifiques sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis constatés aux revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

L'excédent de la somme reçue sur les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité prescrits à l'entente est inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde à d'autres fins, le cas échéant. Si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, un revenu reporté est

comptabilisé si celle-ci prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

j. Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

k. Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts* (RLRQ, chapitre S-37.01) et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge dans l'exercice de son émission.

l. Instruments financiers

Les actifs financiers comprennent l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuille et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

Les passifs financiers comprennent les emprunts temporaires, les créditeurs MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme. Ils sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

i. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant, et les placements temporaires de moins de trois mois suivants la date d'acquisition et les placements facilement convertibles à court terme en un montant connu de trésorerie et dont la valeur ne risque pas de changer de façon importante.

ii. Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

iii. Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

iv. Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus est comptabilisé aux crédoeurs et autres charges à payer.

v. Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance.

m. Passif au titre des sites contaminés

Les obligations découlant du passif au titre des sites contaminés sont comptabilisées lorsque toutes les conditions suivantes sont rencontrées :

- La contamination dépasse une norme environnementale en vigueur à la date des états financiers ou il est probable qu'elle la dépasse.
- L'établissement est responsable des coûts de réhabilitation ou il est probable qu'il le soit ou qu'il en accepte la responsabilité.
- Il est prévu que des avantages économiques futurs seront abandonnés.
- Les coûts de réhabilitation sont raisonnablement estimables.

Le passif au titre des sites contaminés comprend les coûts directement liés à la réhabilitation des sites contaminés, estimés à partir de la meilleure information disponible. Ces coûts sont révisés annuellement et la variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du gouvernement du Québec (SCT) pour le financement du coût des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations annuelles survenues au cours des exercices 2011-2012 et les suivantes. La décision quant au financement de ces variations est prise annuellement.

Pour les terrains contaminés non répertoriés au 31 mars 2011, l'établissement comptabilise un passif au titre des sites contaminés, ainsi qu'une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux, après avoir préalablement obtenu l'autorisation de celui-ci.

Le passif au titre des sites contaminés est présenté au fonds d'immobilisations.

n. Passif au titre des avantages sociaux futurs

Le passif au titre des avantages sociaux futurs comprend principalement les obligations découlant de l'assurance salaire, les congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux et les allocations-rétention hors cadre.

i. Provision pour assurance salaire

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'aide de la moyenne des données de paie pour chacune des trois dernières années financières de l'établissement.

Elles sont estimées à l'aide de la méthode dite globale basée sur des données globales en utilisant des facteurs de

croissance de la rémunération et du nombre d'individus en assurance salaire par année financière].

Cette méthode requiert l'utilisation de l'hypothèse que l'assurance salaire évoluera au cours des trois années financière à venir selon les tendances passées.

Ces obligations ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2017 et des taux horaires prévus en 2017-2018. Elles ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iii. Provision pour congés de maladie

Les obligations découlant des congés de maladie-années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux. Ainsi, le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congé de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars, selon les taux horaires prévus en 2017-2018. Ces obligations ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant].

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iv. Régime de retraite

Les employés de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite de l'administration supérieure (RRAS) et au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interemployeurs administrés par Retraite Québec sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, étant donné que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel AS-471.

v. Droits parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2017 et la rémunération versée pour l'exercice 2017-2018, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2018.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

o. Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers acquis, construits, développés ou améliorés, qui sont destinés à être

utilisés de façon durable pour la production de biens ou la prestation de services sur leur durée de vie utile qui s'étend au-delà de l'exercice financier.

Elles sont comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Le coût des immobilisations détenues en vertu d'un contrat de location-acquisition est égal à la valeur actualisée des paiements exigibles. Les immobilisations reçues gratuitement ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur lorsqu'elles proviennent de tiers, ou à leur valeur comptable nette si elles proviennent d'une partie apparentée, avec contrepartie aux revenus reportés s'il s'agit d'un bien amortissable ou aux revenus de l'exercice s'il s'agit d'un terrain. Les revenus reportés sont virés graduellement aux résultats, selon la même méthode et la même durée que l'amortissement de l'immobilisation.

Les immobilisations sont amorties selon une méthode logique et systématique correspondant à leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur sont amorties dès leur mise en service.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains :	10 à 20 ans
Bâtiments :	20 à 50 ans
Améliorations locatives :	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements :	3 à 15 ans
Équipements spécialisés :	10 à 25 ans
Matériel roulant :	5 ans
Développement informatique :	10 ans
Réseau de télécommunication :	10 ans
Location-acquisition :	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les contributions reçues pour l'acquisition d'un bien amortissable sont comptabilisées aux revenus reportés qui sont par la suite inscrits aux revenus au même rythme qu'il est amorti, à l'exception de celles destinées à l'achat d'un terrain qui sont directement inscrites aux revenus de l'exercice.

Les immobilisations pour lesquelles une réduction permanente de leur potentiel de services ou de leurs avantages économiques futurs est constatée font l'objet d'une moins-value. Aucune reprise sur réduction de valeur n'est constatée par la suite. De même, la valeur d'une immobilisation qui n'est plus utilisée ou qui est mise hors service est radiée ou ramenée à sa valeur résiduelle, le cas échéant.

Les biens incorporels, tels que les brevets, les droits d'auteur, les oeuvres d'art autres que celles qui sont incorporées à un bâtiment ou à un aménagement en vertu de la Politique d'intégration des arts à l'architecture et à l'environnement des bâtiments et des sites gouvernementaux et publics, lesquels sont capitalisés au coût du bâtiment, ne sont pas constatés dans les présents états financiers puisque leurs avantages économiques futurs ne peuvent être quantifiés de façon raisonnable et vérifiable selon les méthodes existantes. Leurs coûts sont plutôt imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont encourus.

Les immobilisations et leurs opérations connexes sont présentées au fonds d'immobilisations.

p. Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des débours effectués avant le 31 mars pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers suivants. Ils sont imputés aux charges de l'exercice

au cours duquel ils sont consommés.

q. Stock de fourniture

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers composés de fournitures qui seront consommés dans le cours normal des opérations au cours du ou des prochains exercices. Ils comprennent notamment les médicaments, les produits sanguins, les fournitures médicales et chirurgicales et les denrées alimentaires. Ils sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

r. Autres méthodes

i. Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise un fonds d'exploitation regroupant les opérations courantes de fonctionnement réparties entre les activités principales et accessoires, ainsi qu'un fonds d'immobilisations, lequel inclut les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans les états financiers du fonds concerné.

ii. Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

iii. Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations. Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

iv. Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations.

v. Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre de l'établissement ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de sa mission qu'il exploite selon l'article 269.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation. L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

vi. Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'établissement peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Activités accessoires : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- Activités accessoires complémentaires : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.
- Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

vii. Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

viii. Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

3. MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

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

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2017, l'établissement a respecté cette obligation légale.

4. DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) des pages 200 et 206 du RFA AS4-471 respectivement, sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 15 juin 2016 à l'aide du formulaire *Budget détaillé* RR-446. Les mesures de redressement adoptées par le conseil d'administration et approuvées par le Ministre pour atteindre l'équilibre budgétaire et figurant au Sommaire des données financières – État des résultats prévisionnels de la page 100-01 du formulaire budgétaire sont réparties entre les revenus et les charges de l'état des résultats et sont présentées ci-après :

	Budget initial approuvé par le CA et figurant RR-446 Budget détaillé	Répartition des impacts des mesures de redressement	Budget initial approuvé par le CA après répartition des impacts des mesures de redressement et figurant à l'état des résultats
REVENUS			
Subvention MSSS	600 491 265 \$		600 491 265 \$
Subventions – Gouvernement du Canada	62 409 \$		62 409 \$
Contributions des usagers	37 128 424 \$		37 128 424 \$
Ventes de services et recouvrements	5 419 100 \$		5 419 100 \$
Donations	1 440 000 \$		1 440 000 \$
Revenus de placement	642 000 \$		642 000 \$
Revenus de type commercial	2 547 541 \$		2 547 541 \$
Gain sur dispositions			
Autres revenus	8 741 498 \$		8 741 498 \$
Total	656 472 237 \$		656 472 237 \$
CHARGES			
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	412 909 667 \$	(2 223 309 \$)	410 686 358 \$
Médicaments	18 812 974 \$		18 812 974 \$
Produits sanguins	7 567 186 \$		7 567 186 \$
Fournitures médicales et chirurgicales	20 531 607 \$		20 531 607 \$
Denrées alimentaire	4 929 513 \$		4 929 513 \$
Rétributions versées aux RNI	48 005 714 \$		48 005 714 \$
Frais financiers	8 139 000 \$		8 139 000 \$
Entretien et réparations	12 463 177 \$		12 463 177 \$
Créances douteuses	1 000 \$		1 000 \$
Loyers	9 059 085 \$		9 059 085 \$
Amortissement des immobilisations	23 637 000 \$		23 637 000 \$
Perte sur dispositions d'immobilisations			
Dépenses de transfert	23 434 640 \$		23 434 640 \$
Autres charges	69 391 567 \$	(139 274 \$)	69 252 293 \$
Total	658 882 130 \$	(2 362 583 \$)	656 519 547 \$
SOUS-TOTAL	(2 409 893 \$)	(2 362 583 \$)	XXXXXX
Total des mesures de redressement	2 362 583 \$	XXXXXX	XXXXXX
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(47 310 \$)	XXXXXX	(47 310 \$)

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont celles relatives au fonds d'exploitation adoptées par le conseil d'administration le 15 juin 2016 et transmises au ministère de la Santé et des Services sociaux].

5. INSTRUMENTS FINANCIERS ÉVALUÉS À LA JUSTE VALEUR OU LIBELLÉS EN DEVISES ÉTRANGÈRES

a. Juste valeur des instruments financiers

L'évaluation à la juste valeur est sans effet important sur les données financières. Par conséquent, l'état des gains et pertes de réévaluation n'est pas présenté.

b. Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle, les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que les normes comptables canadiennes pour le secteur public préconisent l'application de la méthode du taux effectif.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

6. PLACEMENTS TEMPORAIRES

La nature des placements temporaires des parties non apparentées ainsi que des entreprises du gouvernement, leur coût, les dates d'échéance maximale moyenne, les taux de rendement effectifs moyens pondérés, ainsi que les provisions pour moins-values sont présentés à la page 631 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement ne détient aucun placement temporaire de parties apparentées.

7. PLACEMENTS DE PORTEFEUILLE

La nature des placements de portefeuille de parties non apparentées ainsi que d'entreprises du gouvernement, y compris les prêts et avances, la valeur comptable, le cours du marché, les dates d'échéance, les taux de rendement effectifs minimums et maximums, les provisions pour moins-values, l'échéancier des remboursements des prêts et avances sont présentés aux pages 632 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement ne détient aucun placement de portefeuille de parties apparentées.

8. EMPRUNTS TEMPORAIRES

Les conditions des emprunts temporaires contractés auprès de parties non apparentées sont présentées à la page 633 du rapport financier annuel AS-471.

9. DETTES À LONG TERME

Les conditions des dettes à long terme contractées auprès de parties non apparentées sont présentées à la page 634 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement a également contracté des dettes à long terme auprès de parties apparentées, dont les principales conditions sont

	Exercice courant	Exercice précédent
Billets à terme contractés auprès du Fonds de financement entre janvier 2014 et février 2017 au taux effectif variant entre 1,17 % et 3,27 % garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels en capital variant entre 23 865 \$ et 1 663 423 \$ plus les intérêts payables semestriellement, échéant entre décembre 2018 et juin 2032.	202 819 531 \$	145 582 251 \$
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec entre janvier 2005 et juin 2013, au taux effectif variant entre 1,72 % et 8,24 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels en capital variant entre 27 137 \$ et 1 016 110 \$, plus les intérêts payables semestriellement, échéant entre avril 2017 et juin 2033.	66 004 840 \$	126 864 885 \$
Billets à terme contractés auprès de Desjardins en décembre 2011, au taux effectif de 3,29 %, remboursable par mensualités de 11 583 \$ incluant capital et intérêts, remboursés au cours de l'exercice.	0 \$	102 840 \$
Emprunt hypothécaire, aux taux effectif de 5,50 % remboursable par mensualités de 2 824 \$, incluant capital et intérêts, échéance : janvier 2019	58 624 \$	87 913 \$
Obligation découlant d'un contrat de location-acquisition, d'un montant de 3 357 825 \$ au taux effectif de 4,79 % remboursable par mensualités de 19 551 \$ incluant capital et intérêts, échéance : juillet 2033.	2 681 366 \$	2 793 641 \$
Total	271 564 361 \$	275 431 530 \$

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2017, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

	\$
2017-2018	35 615 639
2018-2019	76 926 779
2019-2020	11 953 747
2020-2021	25 914 142
2021-2022	9 705 398
2022-2023 et subséquents	111 448 656
Total	271 564 361

10. PASSIF AU TITRE DES SITES CONTAMINÉ

L'établissement est responsable de décontaminer un terrain faisant l'objet d'un usage productif et nécessitant des travaux de réhabilitation à la suite du remblayage du terrain naturel par des matériaux contaminés.

À cet égard, un montant de 1 920 000 \$ a été comptabilisé à titre de passif au titre de sites contaminés dans les états financiers au 31 mars 2017 (2 745 000 \$ au 31 mars 2016). Ce montant est basé sur une *étude de caractérisation*.

L'établissement a également constaté une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux du même montant pour le financement du coût des travaux.

Au cours du présent exercice, l'établissement a radié des travaux de réhabilitation d'un montant de 825 000 \$ à la suite de la non nécessité d'effectuer les travaux pour l'usage actuel.

11. PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX FUTURS

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	1,75 %	1,5 %
Inflation	0 %	0 %
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors cadre	8,65 %	8,65 %

	Exercice courant				Exercice précédent
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	41 713 682 \$	33 537 688 \$	33 453 059 \$	41 798 311 \$	41 713 682 \$
Assurance salaire	6 515 799 \$	14 923 745 \$	15 667 865 \$	5 771 679 \$	6 515 799 \$
Provision pour maladie	1 836 607 \$	12 772 847 \$	12 830 715 \$	1 778 739 \$	1 836 607 \$
Droits parentaux	292 430 \$	1 578 857 \$	1 592 097 \$	279 190 \$	292 430 \$
Allocation rétention hors cadre	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Total	50 358 518 \$	62 813 137 \$	63 543 736 \$	49 627 919 \$	50 358 518 \$

12. AFFECTATIONS

La nature des affectations d'origine interne et externe ainsi que leur variation sont présentées aux pages 289 du rapport financier annuel AS-471.

13. GESTION DES RISQUES ASSOCIÉS AUX INSTRUMENTS FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

a. Risque de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'établissement au risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire), les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, la subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable ainsi que les placements de portefeuille. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentés à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse (découvert bancaire)	67 159 628 \$	61 822 283 \$
Placements temporaires	5 943 800 \$	5 448 725 \$
Débiteurs MSSS	10 657 358 \$	21 907 057 \$
Autres débiteurs	8 479 462 \$	10 779 843 \$
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	74 650 448 \$	70 620 472 \$
Placements de portefeuille	452 629 \$	1 944 262 \$
Total	167 343 325 \$	172 522 642 \$

Le risque de crédit associé à l'encaisse et aux placements temporaires est réduit au minimum. En effet, *l'établissement* s'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire et diversifiée auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Au 31 mars 2017, ces actifs financiers étaient investis dans des fonds communs de placement. La direction juge ainsi que le risque de perte est négligeable.

Le risque de crédit associé aux débiteurs MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir (perçue d'avance)-réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les jours suivant la fin d'exercice.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible, car il comprend des sommes à recevoir d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux de diverses compagnies d'assurances, de la SAAQ, de la RAMQ, de la CNESST, de fondations, de groupes de médecines familiales (financé par le MSSS), d'autres ministères relevant du gouvernement du Québec et des recouvrements de taxes provinciales et fédérales qui jouissent d'une bonne qualité de crédit, ainsi que des usagers eux-mêmes, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

Afin de réduire ce risque, *l'établissement* s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2017, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 31,52 % (37,5 % pour 2015-2016) du montant total recouvrable.

La chronologique des « autres débiteurs », déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars se détaille comme suit :

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance		
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours	5 644 164 \$	6 695 033 \$
De 30 à 59 jours	985 243 \$	3 118 778 \$
De 60 à 89 jours	560 551 \$	247 374 \$
De 90 jours et plus	2 686 512 \$	1 806 356 \$
Sous-total	9 876 470 \$	11 867 541 \$
Provision pour créances douteuses	1 397 008 \$	1 087 698 \$
Sous-total	8 479 462 \$	10 779 843 \$
Total des autres débiteurs	8 479 462 \$	10 779 843 \$

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début	1 087 698 \$	1 180 268 \$
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	495 732 \$	268 577 \$
Montants recouvrés	(58 497 \$)	(361 146 \$)
Radiations	(127 925 \$)	
Solde à la fin	1 397 008 \$	1 087 698 \$

L'établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

Le risque de crédit lié aux placements de portefeuille découle du fait qu'il détient des placements en obligations et billets. De ce fait, il existe un risque qu'un émetteur ne s'acquitte pas de ses obligations, ce qui aurait une incidence sur son actif. Ce risque est essentiellement réduit au minimum puisque l'établissement s'assure de détenir majoritairement des titres émis par le gouvernement du Canada et des gouvernements provinciaux, ou par institutions financières réputées. Au 31 mars 2017, ces actifs financiers étaient investis dans des obligations municipales et paragouvernementales et des certificats de dépôt.

Le risque de crédit associé aux placements de portefeuille est néanmoins limité du fait que selon l'article 265 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), un établissement ne peut acquérir des actions d'une personne morale sans avoir obtenu préalablement l'avis du ministère de la Santé et des Services sociaux et dans la seule mesure prévue dans une entente conclue avec le ministre, dont les conditions, sont rendues publiques.

De plus, l'article 269 de cette même loi stipule que les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contributions autres que celles octroyées par le gouvernement du Québec, incluant les ministères ou organismes visés par l'article 268, faits à des fins particulières doivent être déposées ou placées conformément aux dispositions du Code civil relativement aux placements présumés sûrs, jusqu'à ce qu'elles soient utilisées aux fins prévues.

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2017, l'établissement s'est conformé aux articles 265 et 269 de cette loi.

b. Risque de liquidité

Le risque de liquidité est le risque que l'établissement ne soit pas en mesure d'honorer ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'il ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers

au moment opportun et à un prix raisonnable.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créditeurs MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer, les dettes à long terme.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit sans échéance prédéterminée. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice. Les autres éléments de passif sont majoritairement un montant dû au fonds d'immobilisations pour un projet autofinancé d'économie d'énergie.

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créditeurs sont les suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	44 413 405 \$	56 384 340 \$
De 6 mois à 1 an		
De 1 à 3 ans		
De 3 à 5 ans		
De plus de 5 ans		
Total des autres créditeurs	44 413 405 \$	56 384 340 \$

c. Risque de marché

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison de variations du prix du marché. Il se compose de trois types de risque : le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix.

L'établissement est exposé aux risques suivants *est exposé* aux risques suivants :

i. Risque de change

Le risque de change est le risque émanant d'une évolution défavorable des cours du change sur les marchés.

Le risque de change est minime, car l'établissement réalise très peu d'opérations en devises étrangères. Il ne gère donc pas activement ce risque. L'établissement est exposé au risque de change, car dans le cours normal de son exploitation, il réalise des achats en devise américaine (US). Il est donc exposé aux fluctuations des devises sur les soldes créditeurs liés aux achats d'équipements en devises. L'état de la situation financière inclut les montants suivants en dollars canadiens à l'égard d'actifs et de passifs financiers dont les flux de trésorerie sont libellés dans la devise américaine (US).

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

Devise US	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse	65 611 \$	3 199 \$
Créditeurs	0 \$	0 \$
Total	65 611 \$	3 199 \$

ii. *Risque de taux d'intérêt*

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires et ses dettes à long terme. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	13 464 927 \$	17 951 007 \$
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	0 \$	7 950 \$
Dettes à long terme	271 564 361 \$	275 431 530 \$
Total	285 029 288 \$	293 390 487 \$

Du montant des emprunts temporaires totalisant 13 464 927 \$, un montant de 6 391 709 \$ porte intérêt au taux des acceptations bancaires + 0,3 %, alors que d'autres représentant 7 073 218 \$ portent intérêt à un taux variable. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Du montant de la dette à long terme, un montant de 268 882 995 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont assumés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Un montant de 2 681 366 \$ représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes pour lesquels les intérêts sont assumés par l'établissement. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime. Par conséquent, ces emprunts sont exposés au risque de taux d'intérêt et l'établissement ne gère pas activement ce risque.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisses et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

iii. *Autre risque de prix*

L'autre risque de prix est le risque encouru du fait d'une variation défavorable du prix du marché ou du cours d'un instrument financier.

14. OPÉRATIONS AVEC DES PARTIES APPARENTÉES

L'établissement est apparenté à toutes les autres entités du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, tous les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, toutes les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Ces parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces parties apparentées autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du rapport financier annuel AS-471.

15. BIENS DÉTENUS EN FIDUCIE

La description des biens détenus en fiducie et gérés par l'établissement ainsi que le sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel AS-471.

16. ÉVÉNEMENTS POSTÉRIEURS À LA DATE DES ÉTATS FINANCIERS

a. OPTILAB

Le projet « OPTILAB » entrant en application le 1^{er} avril 2017 consiste en une vaste réorganisation provinciale des services de biologie médicale au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Ces services, auparavant fournis dans les unités administratives des établissements publics, seront dorénavant offerts dans l'une des 11 grappes de laboratoires de biologie médicale créés à cet effet ayant pour but une offre de services concertée et complémentaire et un accroissement de l'efficience globale du réseau. Ainsi, le 1^{er} avril 2017, l'ensemble des ressources humaines, financières, informatiques et matérielles affectées au laboratoire de biologie médicale des établissements sera intégré dans l'une des onze grappes appelées « centres serveurs ».

À cette fin, l'établissement a été désigné « centre serveur » pour le CISSS de la Gaspésie. Il a conclu avec ce dernier une convention qui prend effet à compter du 1^{er} avril 2017 en vertu de laquelle il assume à compter de cette date l'entière responsabilité de l'exploitation des activités cédées et toutes les obligations qui en résultent envers les employés, les fournisseurs et les tiers en général. De plus, il jouit de tous les droits et assume toutes les obligations découlant des conventions collectives de travail en vigueur des employés visés par la cession. À titre de successeur subrogé, il assume tous les droits et obligations découlant des contrats d'approvisionnement ou de services afférents aux activités cédées.

L'incidence financière du transfert d'actifs sera comptabilisée au cours du prochain exercice.

17. CHIFFRES COMPARATIFS

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de rendre leur présentation conforme à celle adoptée pour le présent exercice.

Précision no 3 aux É/F - partie 2-Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

REVENUS REPORTÉS RELATIFS AUX SOMMES REÇUES PAR DONS, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS (art.269 LSSSS)

	Revenus reportés au début 1	Ajustements à la colonne 1 2	Sommes allouées dans l'exercice 3	Revenus inscrits dans l'exercice 4	Revenus reportés à la fin (C1+C2+C3-C4) 5	Variation des revenus reportés (C1+C2-C5) 6	Notes
CONTRIBUTIONS DE TIERS:							
Contributions de tiers SANS fins particulières	1	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Contributions de tiers AVEC fins particulières, lister:							
Fonds de soutien adoption	2	4 669		2 279	2 390	2 279	
Fonds abus sexuel	3	318		318	0	318	
Fondation - Basques	4	152 111		16 344	134 455	17 656	
Fondation - Rimouski	5	3 869 017	(87 303)	219 354	3 367 873	413 841	
Entreprise privées et autres - Rimouski	6	371 673	87 303	27 750	227 840	231 136	
Fondation Action Santé - Matapédia	7	294 933		61 540	296 268	(1 335)	
Fondation de la Mitis	8	361 244		22 936	299 662	61 582	
Contribution fonds dotation - Mitis	9	429 167		25 000	404 167	25 000	
Contribution CAUREQ aménagement locaux - Mitis	10	95 908		3 982	91 926	3 982	
Fondation HNDP - Kamouraska	11	396 623		53 847	389 762	6 861	
Fondation - Témis	12	1 580	(1 580)		0	0	
Fondation - Témis	13	347 530	1 580	105 631	389 426	(40 316)	
Solde 2012-2013 (Matane)	14	298 317	(298 317)		0	0	
Fondation 2013-2014 (Matane)	15	62 374	(62 374)		0	0	
Opération Enfant Soleil - Matane	16	6 966	13 690	2 058	18 598	2 058	
Fondation 2014-2015 (Matane)	17	82 455	(82 455)		0	0	
Opération Enfant Soleil 14-15 (Matane)	18	12 516	(12 516)		0	0	
Praxair-Biron 2014-2015	19	1 056	(1 056)		0	0	
Fondations-financement d'activités	20		38 245	38 245	0		
Fondation - Matane	21	120 375	431 776	86 413	561 898	(9 747)	
Entreprises privées - Matane	22		11 252	1 665	9 587	1 665	
...	23						
...	24						
Autres (préciser P297)	25						
TOTAL (L.01 à L.25)	26	6 908 832	0	1 347 040	6 193 852	714 980	
DOTATIONS							
Capital	27						
Revenus non réservés accumulés	28	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Revenus réservés accumulés:							
...	29						
Fonds à destination spécial (volontariat)	30	1 407			1 407	0	
Fonds de dotation	31	463 154		978	462 176	978	
Revenus réservés - Rivière-du-Loup	32	1 289 320		198 932	1 279 753	9 567	
...	33						
Autres (préciser P297)	34						
TOTAL (L.27 à L.34)	35	1 753 881		209 477	1 743 336	10 545	
GRAND TOTAL (L.26 + L.35)	36	8 662 713		1 556 517	7 937 188	725 525	
REVENUS REPORTÉS (L.36) AU:							
Fds Exploitation - ACT.PRINC.(P290)	37	469 548		38 245	465 973	3 575	
Fds Exploitation - ACT.ACCES.(P291)	38						
Fonds Immobilisations (P294)	39	8 193 165		792 747	7 471 215	721 950	
TOTAL REV. REPORTÉS (L.37 à L.39)	40	8 662 713		830 992	7 937 188	725 525	

L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

L'établissement respecte l'équilibre budgétaire entre ses revenus et ses charges globalement ainsi qu'au niveau de ses activités d'exploitation. 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 SERVICES

Contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2017

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹⁰	0	-
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ¹¹	67	9 783 659,76 \$
Total des contrats de services	67	9 783 659,76 \$

LA RÉPARTITION DES CENTRES D'ACTIVITÉS PAR PROGRAMMES-SERVICES

**Répartition des centres d'activités par programmes-services
(non audité)**

Programmes-services	Total
Déficience physique	20 269 638 \$
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	99 757 954 \$
Jeunes en difficulté	32 031 628 \$
Dépendances	1 647 302 \$
Déficience intellectuelle et TSA	31 937 339 \$
Santé mentale	30 200 372 \$
Santé physique	230 629 494 \$
Administration	42 410 790 \$
Soutien aux services	46 415 034 \$
Gestion des bâtiments et des équipements	41 727 915 \$
Santé publique	7 640 360 \$
Services généraux, activités cliniques et aides	27 596 857 \$
Total	612 264 683 \$

¹⁰ Inclut les personnes physiques, qu'elles soient en affaire ou non

¹¹ Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectifs, en commandite ou en participation.



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

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

Nom de l'établissement
CISSS du Bas-Saint-Laurent

Code
1104-5119

Page / Idn.
140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

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 : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

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 2017		
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 l'ensemble de l'établissement,	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

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 Politique de tarification des stationnements du MSSS n'est pas réalisée pour l'ensemble des installations	2017	O	Des investissements seront réalisés en 2017-2018 afin de respecter les directives du MSSS			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 2017	O	En processus de réalisation		PR	
Un plan directeur de la sécurité des actifs informationnels devrait être adopté	2009	O	C'est l'outil d'évaluation des règles particulières de la sécurité organisationnelle (RSPO), mis en place en juin 2016, qui fait office de plan directeur. Le responsable de la sécurité de l'information et la PDG signent le bilan annuel des RPSO transmis au MSSS ainsi qu'au Conseil du trésor le 30 juin de chaque année, selon les règles de gouvernance ministérielles	R		

*Les organismes
communautaires*

11. Les organismes communautaires

NOMBRE D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

124 organismes communautaires ont été subventionnés au programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC).

LES ACTIONS RÉALISÉES AU SUIVI DE LA REDDITION DE COMPTES

- Rappel annuel des documents à fournir ainsi que les délais normatifs s'y rattachant.
- Lors de la réception des rapports d'activités et rapports financiers, une validation de la conformité de ceux-ci est effectuée en lien avec la brochure *La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale* et la convention 2015-2018.
- Un suivi s'impose et est réalisé dans le cas où un organisme présente un excédent financier accumulé non affecté supérieur à 25 % de ses dépenses annuelles.
- Début des travaux pour la finalisation du cadre de référence de soutien au financement des organismes communautaires concernant les seuils planchers régionaux attribués aux typologies.

LES ALLOCATIONS FINANCIÈRES RÉGULIÈRES VERSÉES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE CHAQUE MRC

MRC de Kamouraska

Organismes	Enveloppe	
	2016-2017	2015-2016
Arc-en-ciel du cœur	34 093 \$	33 689 \$
Association des personnes handicapées du Kamouraska Est inc.	46 358 \$	45 808 \$
Association kamouraskoise en santé mentale La Traversée	137 619 \$	135 987 \$
Association pocatoise des personnes handicapées inc.	46 358 \$	45 808 \$
Carrefour des jeunes de La Pocatière inc.	90 409 \$	89 337 \$
Centre d'action bénévole Cormoran inc.	209 317 \$	206 834 \$
Centre-Femmes, La Passerelle du Kamouraska	193 641 \$	191 345 \$
La Montée, Centre de prévention et de traitement des dépendances au Bas-Saint-Laurent	240 472 \$	237 621 \$
Maison de la famille du Kamouraska	14 751 \$	14 576 \$
Moisson Kamouraska	54 388 \$	53 743 \$
Quartier-Jeunesse 1995	90 407 \$	89 335 \$
Tandem-Jeunesse	295 001 \$	291 503 \$
Total – MRC de Kamouraska	1 452 814 \$	1 435 586 \$

MRC de Rivière-du-Loup

Organismes	Enveloppe	
	2016-2017	2015-2016
Association des stomisés du Grand-Portage	10 478 \$	10 354 \$
Association du trouble primaire du langage de l'Est	37 691 \$	37 244 \$
Association Multi-défis	66 417 \$	65 629 \$
Carrefour d'initiatives populaires de Rivière-du-Loup	72 930 \$	72 065 \$
Centre d'action bénévole des Seigneuries inc.	224 428 \$	221 768 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) du KRTB	130 860 \$	129 308 \$
Centre de prévention du suicide du KRTB	171 326 \$	169 295 \$
Centre d'entraide l'Horizon de Rivière-du-Loup	159 272 \$	157 383 \$
Centre-Femmes du Grand-Portage	193 642 \$	191 346 \$
Centre-Jeunes de Cacouna	41 169 \$	40 681 \$
Comité d'accompagnement La Source inc.	34 093 \$	33 689 \$
Corporation de l'Entre-jeunes de Rivière-du-Loup	83 838 \$	82 844 \$
Corporation du comité jeunesse 1997	40 617 \$	40 135 \$
Justice alternative du KRTB inc.	187 434 \$	185 212 \$
Les Diabétiques-Amis du KRTB	36 481 \$	36 048 \$
Les Grands Amis du KRTB	34 093 \$	33 689 \$
Maison des jeunes de Saint-Épiphanie	74 839 \$	73 952 \$
Maison d'hébergement La Bouffée d'air du KRTB	444 609 \$	439 337 \$
Trajectoires Hommes du KRTB	210 245 \$	207 752 \$
Total – MRC de Rivière-du-Loup	2 254 462 \$	2 227 731 \$

MRC de Témiscouata

Organismes	Enveloppe	
	2016-2017	2015-2016
Association des personnes handicapées Entre-Amis du Témiscouata inc.	65 441 \$	64 665 \$
Centre d'action bénévole région Témis inc.	210 587 \$	208 091 \$
Centre des femmes du Ô Pays	193 644 \$	191 348 \$
Centre des femmes du Témiscouata	193 643 \$	191 347 \$
Cuisines collectives de Cabano	33 913 \$	62 259 \$
Cuisines collectives de Dégelis	33 942 \$	33 540 \$
Cuisines collectives du Haut-Pays	33 643 \$	33 244 \$
L'Autre-Toit du KRTB	669 841 \$	661 898 \$
Maison de la famille du Témiscouata	14 504 \$	14 332 \$
Maison des jeunes « La Piôle »	26 584 \$	26 269 \$
Maison des jeunes « Le Coin » de Dégelis	65 382 \$	64 607 \$
Maison des jeunes « Pirana »	68 007 \$	38 453 \$
Maison Entre-Deux de Cabano	38 914 \$	38 453 \$
Place des jeunes de Squatec	44 948 \$	44 415 \$
Source d'espoir Témis inc.	145 939 \$	144 209 \$
Total – MRC de Témiscouata	1 838 932 \$	1 817 130 \$

MRC des Basques

Organismes	Enveloppe	
	2016-2017	2015-2016
Association des personnes handicapées l'Éveil des Basques inc.	67 311 \$	66 513 \$
Centre d'action bénévole des Basques inc.	138 085 \$	136 448 \$
Centre-Femmes Catherine Leblond inc.	193 644 \$	191 348 \$
Corporation de la Maison des jeunes de Trois-Pistoles inc.	88 769 \$	87 716 \$
Cuisine collective Croc-Ensemble des Basques	31 586 \$	31 212 \$
Périscope des Basques	108 092 \$	106 810 \$
Total – MRC des Basques	627 487 \$	620 047 \$

MRC de Rimouki-Neigette

Organismes	Enveloppe	
	2016-2017	2015-2016
Association de la déficience intellectuelle de la région de Rimouski	34 093 \$	33 689 \$
Association des personnes ACVA-TCC du BSL	120 536 \$	119 107 \$
Association des personnes handicapées visuelles du Bas-Saint-Laurent	110 313 \$	109 005 \$
Association du cancer de l'Est du Québec	35 393 \$	34 973 \$
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) – Bas-Saint-Laurent inc.	13 273 \$	13 116 \$
Autisme de l'Est-du-Québec	102 211 \$	100 999 \$
Aux Trois Mâts	99 363 \$	98 185 \$
Centre d'action bénévole Rimouski-Neigette	309 547 \$	305 877 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) de Rimouski	274 393 \$	271 139 \$
Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent	925 721 \$	914 744 \$
Centre périnatal Entre Deux Vagues	217 926 \$	215 342 \$
Centre polyvalent des aînés et aînées de Rimouski-Neigette	22 726 \$	22 457 \$
Centre-Femmes de Rimouski	193 748 \$	191 451 \$
Contre toute agression conjugale (C-TA-C)	210 245 \$	207 752 \$
Diabète Bas-Saint-Laurent inc.	60 000 \$	59 289 \$
Entraide le Rameau de Rimouski	54 282 \$	53 638 \$
Justice alternative de l'Est	212 081 \$	209 566 \$
L'Arrimage, Centre de traitement des dépendances	324 416 \$	320 569 \$
La Débrouille	739 804 \$	731 032 \$
La Lueur de l'espoir du Bas-Saint-Laurent inc.	260 895 \$	257 801 \$
Le Répit du passant inc.	296 268 \$	292 755 \$
Les Grands Amis de Rimouski	44 143 \$	43 620 \$
Loisirs de jeunesse (Rimouski) inc.	372 425 \$	368 009 \$
M.A.I.N.S. Bas-Saint-Laurent	98 277 \$	97 112 \$
Maison des jeunes de Pointe-au-Père	48 693 \$	48 116 \$
Maison des jeunes de Rimouski	114 445 \$	113 088 \$
Maison des jeunes du Bic	83 838 \$	82 844 \$
Moisson Rimouski-Neigette inc.	73 776 \$	72 901 \$
PLAIDD-BF	203 578 \$	201 164 \$
Popote le Gourmet Roulant inc.	27 532 \$	27 205 \$
Pro-Jeune-Est Rimouski-Neigette	67 380 \$	66 581 \$
Regroupement des dynamiques de Rimouski	40 009 \$	39 535 \$
Regroupement des organismes communautaires en santé mentale Bas du Fleuve (ROCASM-BF)	14 616 \$	14 443 \$

MRC de Rimouki-Neigette (suite)

Organismes	Enveloppe	
	2016-2017	2015-2016
Répit-Loisirs Autonomie	132 030 \$	130 464 \$
Ressource d'aide aux personnes handicapées du Bas-Saint-Laurent – Gaspésie – Île-de-la-Madeleine	27 826 \$	27 496 \$
Santé mentale Québec – Bas-Saint-Laurent	309 328 \$	305 660 \$
Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi (SAIME)	41 723 \$	41 228 \$
Société canadienne de la sclérose en plaques – Section Bas-Saint-Laurent	19 314 \$	19 085 \$
Table régionale des organismes communautaires du Bas-Saint-Laurent (TROC-BSL)	115 803 \$	114 430 \$
Total – MRC de Rimouski-Neigette	6 451 970 \$	6 375 467 \$

MRC de La Mitis

Organismes	Enveloppe	
	2016-2017	2015-2016
Centre d'action bénévole de La Mitis	225 742 \$	223 065 \$
Centre femmes de La Mitis	193 641 \$	191 345 \$
Le groupe de personnes handicapées Les Alcyons inc.	63 370 \$	62 619 \$
Maison de l'Espoir de Mont-Joli inc.	296 985 \$	293 463 \$
Maison des jeunes de Mont-Joli inc.	195 108 \$	192 795 \$
Maison des tournesols	151 238 \$	149 445 \$
Parkinson Bas-Saint-Laurent	11 002 \$	10 872 \$
Pivot-Famille Mitis	14 164 \$	13 996 \$
Unité Domrémy de Mont-Joli inc.	80 443 \$	79 489 \$
Total – MRC de La Mitis	1 231 693 \$	1 217 089 \$

MRC de La Matapédia

Organismes	Enveloppe	
	2016-2017	2015-2016
Centre d'action bénévole de la Vallée de la Matapédia	180 786 \$	178 644 \$
Centre de femmes de la Vallée de la Matapédia inc.	193 641 \$	191 345 \$
Centre Éclosion inc.	11 364 \$	11 229 \$
Grands Amis de la Vallée	32 961 \$	32 570 \$
La Jeunathèque d'Amqui inc.	108 196 \$	106 913 \$
La Maison des jeunes de Causapscal	74 839 \$	73 952 \$
La Maison des jeunes de Sayabec	83 838 \$	82 844 \$
La Maison des jeunes de Val-Brillant	40 876 \$	40 391 \$
Les Amirams de la Vallée inc.	63 944 \$	63 186 \$
Moisson Vallée Matapédia	53 283 \$	52 651 \$
Rayon de partage en santé mentale	137 316 \$	135 688 \$
Total – MRC de La Matapédia	981 044 \$	969 413 \$

MRC de La Matanie

Organismes	Enveloppe	
	2016-2017	2015-2016
Centre alternatif en santé mentale et sociale Le Marigot de Matane	143 141 \$	141 444 \$
Centre d'action bénévole de la région de Matane inc.	174 732 \$	172 660 \$
Centre régional A.D.H. « Le Tremplin » maison de transition pour hommes	290 903 \$	287 454 \$
L'Association des handicapés gaspésiens	63 188 \$	62 439 \$
La Cuisine collective de la région de Matane	49 327 \$	48 742 \$
La Gigogne inc.	704 751 \$	696 394 \$
La Lucarne - Maison des jeunes de Matane	114 445 \$	113 088 \$
La Maison des jeunes, Le Refuge Jeunesse	54 935 \$	54 284 \$
Les Grands Amis de la région de Matane	34 093 \$	33 689 \$
Regroupement des femmes de la région de Matane	193 641 \$	191 345 \$
Relais Santé (Matane)	71 893 \$	71 039 \$
Société Alzheimer du Bas-Saint-Laurent	214 453 \$	211 910 \$
Total – MRC de La Matanie	2 109 502 \$	2 084 488 \$

Sous total des allocations régulières versées aux organismes communautaires

	Année	
	2016-2017	2015-2016
Sous-total	16 947 904 \$	16 746 951 \$

Autres organismes

	Enveloppe	
	2016-2017	2015-2016
Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec inc.	54 612 \$	53 964 \$
Total – Autres organismes	54 612 \$	53 964 \$

Total des allocations régulières versées aux organismes communautaires

	Année	
	2016-2017	2015-2016
Total global	17 002 516 \$	16 800 915 \$
Nombre total d'organismes subventionnés¹²	124	124

¹² 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.



A decorative background pattern consisting of various shades of blue triangles arranged in a complex, symmetrical geometric design, resembling a stylized star or snowflake. The pattern is composed of triangles in different sizes and orientations, creating a sense of depth and movement.

*Code d'éthique
et de déontologie
des administrateurs*

Annexe

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

Un manquement de la part d'un membre du conseil d'administration a eu lieu au printemps 2016 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.

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 prémisses 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 lobbyisme (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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 assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

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 habiletés 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 Discretion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- Préserver la confidentialité des délibérations 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 élective.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

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

Date

ANNEXE II – AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE

AVIS SIGNÉ

Je, soussigné, _____, déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon
Prénom et nom en lettre moulées
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, _____, membre du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent, déclare les éléments
Prénom et nom en lettre moulées
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 conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent (nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés) :

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du 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, _____, président-directeur général et membre d'office du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent, déclare les éléments suivants :

Prénom et nom en lettre moulées

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 conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent (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 et je m'engage 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 :

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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 :

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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