



**RAPPORT
ANNUEL
DE GESTION** **2017
2018**

*Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Gaspésie*

Québec 

Cette publication est une production
du Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Gaspésie

215, boulevard de York Ouest
Gaspé (Québec) G4X 2W2
Tél. : 418 368-3301
Télec. : 418 368-6850
www.cisss-gaspesie.gouv.qc.ca

Le *Rapport annuel de gestion 2017-2018* a été adopté par le conseil d'administration lors de la séance régulière du 13 juin 2018, tenue à Gaspé.

Une copie de ce document est conservée dans les archives du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie.

Note

Dans ce texte, le masculin est utilisé dans son sens générique afin d'alléger le texte et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

LISTE DES ACRONYMES

C	CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
	CECIIA	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires
	CECM	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire
	CH	Centre hospitalier
	CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
	CII	Conseil des infirmières et infirmiers
	CIIA	Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires
	CIR	Commission des infirmières régionale
	CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
	CLSC	Centre local de services communautaires
	CM	Conseil multidisciplinaire
	CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
	CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
	CR	Centre de réadaptation
	CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
	CUCI	Comité des usagers du centre intégré
D	DI-TSA-DP	Déficience intellectuelle - trouble du spectre de l'autisme - déficience physique
	DMS	Durée moyenne de séjour
	DQEPE	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
	DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
	DRMG	Département régional de médecine générale
	DSI	Direction des soins infirmiers
	DSM	Direction des services multidisciplinaires
	DSPublique	Direction de santé publique
E	ETC	Équivalent temps complet
G	GMF	Groupe de médecine familiale
	GIS	Groupe interdisciplinaire de soutien
I	IPS	Infirmière praticienne spécialisée
	IRM	Imagerie par résonance magnétique
	ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
L	LMRSSS	Loi modifiant la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences
	LPJ	Loi de la protection de la jeunesse
	LRR	Loi sur la représentation des ressources
	LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
	LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux

M	MADO	Maladie à déclaration obligatoire
	MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
O	OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
P	PAR	Plan d'action régional
	PCI	Prévention et contrôle des infections
	PDG	Présidente-directrice générale
	PEM	Plan d'effectifs médicaux
	PETRAAS	Programme d'évaluation, de traitement et de recherche auprès des auteurs d'agressions sexuelles
	PREM	Plan régional d'effectif médical
R	RI-RTF	Ressource intermédiaire - ressource de type familial
	RPA	Résidence privée pour aînés
	RLS	Réseau local de services
	RTS	Réseau territorial de services
S	SAD	Soutien à domicile
	SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
	SEGA	Service externe de gériatrie ambulatoire
	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance
	SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
	SIV-SIM	Soutien d'intensité variable et suivi intensif en équipe dans le milieu
	SQETGC	Service québécois d'expertise des troubles graves de comportement
U	UMF	Unité de médecine familiale

TABLE DES MATIÈRES

Le message des autorités	4
La déclaration de fiabilité des données	8
La présentation de l'établissement.....	10
Le portrait de santé et de bien-être de la population	16
Le portrait statistique	32
Le conseil d'administration.....	38
Les comités, conseils et instances consultatives	40
Les faits saillants du CISSS de la Gaspésie	48
Prix, hommages et rayonnement.....	58
Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité.....	62
Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	82
L'application de la Politique portant sur les soins de fin de vie	110
Les ressources humaines.....	112
Les ressources financières	116
L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	120
Les organismes communautaires.....	126
Annexe — Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	142

Le message des autorités

C'est avec plaisir que nous vous présentons le *Rapport annuel de gestion 2017-2018* du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie. Ce rapport illustre les éléments marquants du travail et des efforts déployés au cours de la dernière année. Les faits saillants du dernier exercice y sont également présentés.

Plus que jamais, l'usager a été au cœur de l'ensemble de nos décisions dans notre nouvelle organisation qui a déjà souligné ses trois ans. Peu à peu, nous prenons un nouveau rythme facilitant l'intégration de nos activités et assurant la continuité des services pour la population.

Toujours animés par le souci d'offrir des services le plus près possible des personnes, nous avons mis en place de belles initiatives de proximité et à l'image gaspésienne, telles que le déploiement de trois unités satellites d'hémodialyse et l'ouverture de la ressource régionale à assistance continue en santé mentale de New Richmond. Nous pouvons être fiers de ces réalisations qui ajoutent force et diversité au réseau de santé et de services sociaux de la Gaspésie.

Encore une fois, nous présentons une situation financière en équilibre répondant ainsi aux obligations légales, mais démontrant surtout la rigueur de notre organisation. Nous sommes d'autant plus fiers, car nous avons réussi cet accomplissement tout en maintenant les services et en en développant certains tel que les services aux personnes souffrant de maladies chroniques, l'intensification des services de soutien à domicile et l'atteinte des engagements convenus lors des forums sur les meilleures pratiques en CHSLD et en soutien à domicile.

L'automne dernier a été marqué par la visite d'Agrément Canada qui a confirmé notre engagement en matière d'amélioration continue de la qualité. Cette démarche nous a aussi permis d'apprécier le chemin parcouru depuis la création du CISSS et de constater qu'en plus des défis qu'apportait la transformation, nous avons su maintenir, voire augmenter, la qualité des soins et des services offerts. Les recommandations émises dans le rapport viendront consolider et bonifier nos bonnes pratiques.

Par ailleurs, le recrutement médical et la continuité des services médicaux ont été des dossiers prioritaires de la dernière année. Faisant face à plusieurs ruptures en médecine, notamment à l'Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts, ainsi qu'à l'urgence du CLSC de Paspébiac, les efforts de recrutement ont été majeurs. Le recrutement de médecins en région a toujours présenté des défis, mais nous avons réalisé d'importants gains dans les dernières années. Il nous faut poursuivre nos efforts afin de consolider l'offre de service médical et nous assurer de recruter les ressources nécessaires pour répondre aux besoins futurs générés, notamment, par des départs à la retraite et des congés parentaux.

Pour réussir avec succès notre mission d'offrir des soins et des services sécuritaires, de qualité et de proximité, les ressources humaines sont primordiales. En ce sens, nos défis sont de taille autant en matière de recrutement que de présence au travail. Les enjeux de ressources humaines ont occupé une place importante au courant de la dernière année. Que ce soit au sein du CISSS de la Gaspésie ou dans les autres organisations de la région, le déclin démographique conjugué à la hausse des absences maladie a un effet considérable sur les activités. Des efforts de tous sont requis pour parvenir à améliorer la situation.

Ainsi, depuis janvier 2018, l'organisation s'est engagée dans une démarche sans pareille afin d'améliorer la santé, la sécurité et le bien-être du personnel. Impliquant des représentants de la direction, du conseil d'administration, des syndicats, des employés et des médecins par cette démarche, nous abordons autant les aspects de prévention que de réintégration pour le bénéfice de tous. Nous sommes confiants que l'organisation prendra un nouveau virage en 2018-2019 afin de positionner davantage l'employé au centre de l'organisation. En plus de créer de la richesse pour nos usagers, nous consolidons les fondations de notre organisation constituées d'hommes et de femmes passionnés par la santé des Gaspésiens et des Gaspésiennes.

D'ailleurs, nous tenons à souligner l'apport inestimable de tout le personnel, des gestionnaires, des médecins, dentistes et pharmaciens, des bénévoles, de même que des membres du conseil d'administration. C'est grâce à l'implication de tous que nous avons tant accompli au cours de la dernière année et c'est ensemble que nous débuterons une nouvelle année qui s'annonce fertile en défis et en projets.

Dans le même ordre d'idées, nous tenons à remercier sincèrement toutes les personnes qui s'impliquent bénévolement dans différents secteurs de notre CISSS et qui contribuent ainsi à la qualité des services à la clientèle. Nous pensons notamment à tous ceux qui s'investissent dans les fondations, dans les comités des usagers et des résidents, ainsi qu'aux personnes qui offrent du temps afin d'améliorer la qualité de vie des résidents en CHSLD. Les bénévoles sont une véritable force collective et leur implication est vitale pour le bien-être de la communauté. L'année qui se termine aura permis de consolider nos relations de collaboration pour le bien des usagers.

Par ailleurs, nous tenons à souligner la complicité de nos partenaires qui sont des alliés importants de notre réseau de santé. Communautaires ou municipaux, nous pouvons compter sur eux pour assurer la santé et le bien-être de la population gaspésienne. L'année 2017-2018 a permis de solidifier nos liens afin que le CISSS, les élus et les organismes communautaires cheminent ensemble avec l'objectif d'offrir des services de santé et des services sociaux sécuritaires, de qualité et de proximité à la communauté gaspésienne.

Nous tenons à terminer ce mot pour notre principale motivation : l'utilisateur. À toute la population de la Gaspésie, merci de participer activement en tant que partenaires des soins de santé et des services sociaux.

Bonne lecture!

La présidente-directrice générale,



Chantal Duguay

Le président du conseil d'administration,



Richard Loiselle

La déclaration de fiabilité des données

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 annuel de gestion de l'exercice 2017-2018 du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie :

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

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

La présidente-directrice générale,



Chantal Duguay

La présentation de l'établissement

Le CISSS de la Gaspésie est au cœur d'un vaste réseau territorial de services (RTS) qui compte 47 installations. Il assume la responsabilité populationnelle à l'égard de l'état de santé et de bien-être de tous les Gaspésiens.

Né de la fusion des centres de santé et de services sociaux ainsi que du centre de réadaptation et du centre jeunesse de sa région, il est responsable d'assurer l'accessibilité à des soins et à des services de qualité pour répondre aux besoins de sa population. Il veille à l'organisation de soins et services complémentaires, assurant des trajectoires fluides à ses différentes clientèles, et ce, grâce à une véritable intégration des services généraux et spécialisés pour chacun des volets de sa mission : centre hospitalier (CH), centre local de services communautaires (CLSC), centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et centre de réadaptation (CR).

De plus, il a la responsabilité de conclure des ententes avec les organisations partenaires de son RTS, telles que les cliniques médicales, les groupes de médecine familiale (GMF), les cliniques réseaux, les organismes communautaires, les pharmacies communautaires, les partenaires externes, etc.

La mission

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

La vision

Des soins de santé et de services sociaux accessibles et efficaces, qui s'adaptent aux besoins des Québécois.

Notre système de santé et de services sociaux doit veiller à :

- **L'accessibilité des soins et des services**, ce qui suppose de fournir les soins et les services requis, à l'endroit et au moment opportuns, mais également d'assurer un accès équitable à ceux-ci, en fonction des seuls besoins des personnes, sans égard à des caractéristiques personnelles comme le revenu, l'éducation, le lieu de résidence, etc.
- **La qualité des soins et des services offerts**, ce qui implique que ceux-ci soient efficaces (c'est-à-dire de nature à améliorer la santé et le bien-être) et sécuritaires. On doit aussi pouvoir les adapter aux attentes, aux valeurs et aux droits des usagers (réactivité) et les fournir de manière coordonnée et intégrée (continuité).
- **L'optimisation des ressources**, ce qui demande de savoir utiliser les ressources disponibles de façon efficace, mais aussi d'une manière à en assurer la pérennité (viabilité).

Le Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) 2015-2020

Le *Plan stratégique du MSSS 2015-2020* présente les orientations stratégiques, les objectifs et les indicateurs de résultats que fixe le ministère, tant pour lui-même que pour son réseau, de manière à répondre aux enjeux auxquels devra faire face le secteur de la santé et des services sociaux au cours des cinq prochaines années.

Le ministère et son réseau seront confrontés à trois grands enjeux dans la réponse qu'ils apporteront aux besoins de la population québécoise au cours de la période 2015-2020. Ces enjeux correspondent par ailleurs à des gains dont pourraient bénéficier tant la population que le système de santé et de services sociaux. De chaque enjeu découle une orientation des axes et des objectifs. Au total, ce sont 22 objectifs qui doivent être atteints dans le cadre de cette planification.

Enjeu 1 : De nouveaux gains en matière de santé de la population

Orientation : Favoriser les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes de santé

Les axes : Habitude de vie
Prévention des infections

Enjeu 2 : Un système centré sur les usagers et adapté à leurs besoins

Orientation : Offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité au bénéfice des usagers

Les axes : Première ligne et urgences
Services spécialisés
Sécurité et pertinence
Personnes âgées
Personnes vulnérables

Enjeu 3 : Des ressources mobilisées vers l'atteinte de résultats optimaux

Orientation : Planter une culture d'organisation innovante et efficiente dans un contexte de changement

Les axes : Mobilisation du personnel
Organisation efficiente

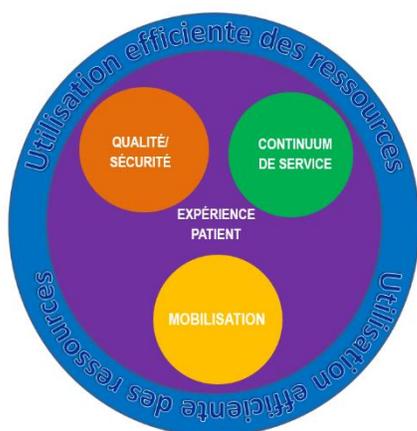
Les valeurs

Les valeurs du CISSS de la Gaspésie sont :

- **La prévoyance** : consiste à faire preuve de sensibilité et d'ouverture, afin de mieux voir venir. La prévoyance, c'est l'attention que l'on porte à la clientèle, à ses proches, aux autres personnes, aux choses, aux situations et aux décisions, en anticipant les événements à venir et en considérant leurs impacts sur la clientèle. La prévoyance nous aide, dans des contextes empreints d'incertitudes, à anticiper, à prendre les précautions nécessaires et à prévoir ce qui est préférable et meilleur pour que l'expérience de notre client soit la plus positive possible.
- **La bienveillance** : action d'exercer une vigilance permanente sur le bien-être de sa clientèle. Agir avec bienveillance, c'est anticiper dans un état d'esprit d'indulgence et de compréhension, afin que le processus de soins ou de services se passe le mieux possible. La bienveillance suppose aussi que cette vigilance s'exerce dans un souci de bien-être professionnel de ses collègues, sur l'efficacité de l'équipe de travail et sur la cohérence par rapport aux valeurs de l'organisation.
- **La collaboration** : travailler et réfléchir avec la clientèle et ses collègues dans un sens commun en s'associant ensemble. Agir en partenariat avec la clientèle et son entourage ainsi qu'avec ses collègues de travail dans la recherche de la collaboration. Celle-ci encourage l'introspection de comportements visant la meilleure performance possible. Elle vise une communication efficace dans une perspective de savoir-être ensemble.
- **La compétence** : qualification professionnelle qui se décline en savoir (connaissances), en savoir-faire (pratiques) et en savoir-être (comportements relationnels) mobilisable, qui s'acquiert dans l'action et qui est nécessaire à l'exercice d'une activité professionnelle.

Les axes de la gouvernance

Le CISSS de la Gaspésie s'est donné des balises pour orienter ses décisions et la gouvernance de l'établissement. Il s'agit de :



L'expérience patient (accessibilité, équité d'accès, réactivité);

Le continuum de service (intégration et continuité);

La gestion efficiente des ressources (efficience, viabilité, efficacité);

La mobilisation;

La qualité et la sécurité.

LE RÉSEAU DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CISSS DE LA GASPÉSIE



Organigramme de la haute direction

CISSS de la Gaspésie

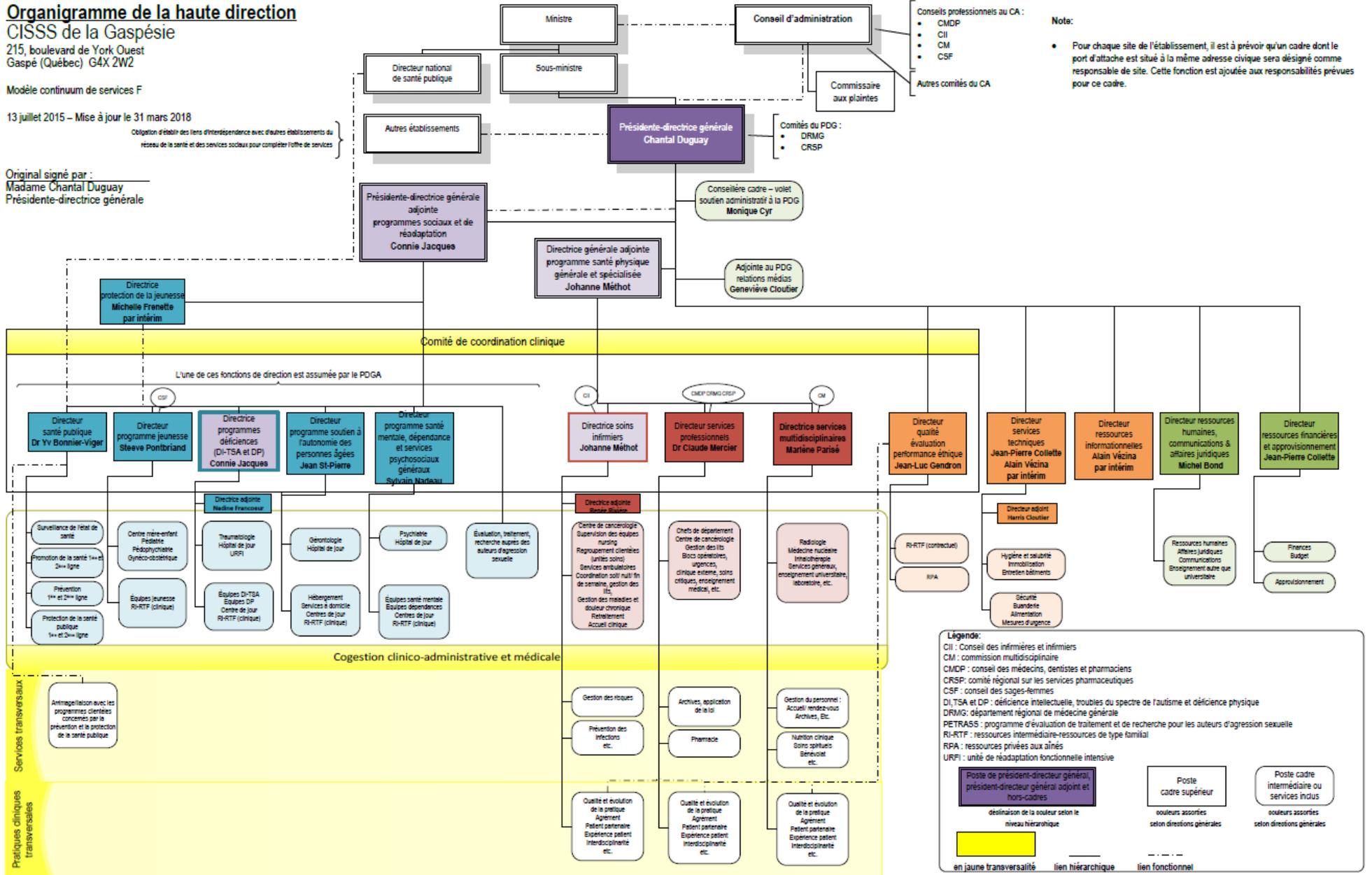
215, boulevard de York Ouest
Gaspé (Québec) G4X 2W2

Modèle continuum de services F

13 juillet 2015 – Mise à jour le 31 mars 2018

Obligation d'établir des liens d'interdépendance avec d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour compléter l'offre de services

Original signé par :
Madame Chantal Duguay
Présidente-directrice générale



Le portrait de santé et de bien-être de la population

Nous présentons les données les plus récentes sur la santé et le bien-être de la population gaspésienne. Nous débutons en examinant comment se situe la Gaspésie eu égard à divers déterminants de la santé, dont la démographie, la situation économique et les habitudes de vie. Ensuite, nous abordons divers indicateurs de santé comme l'espérance de vie, la maternité à l'adolescence, le suicide et le cancer.

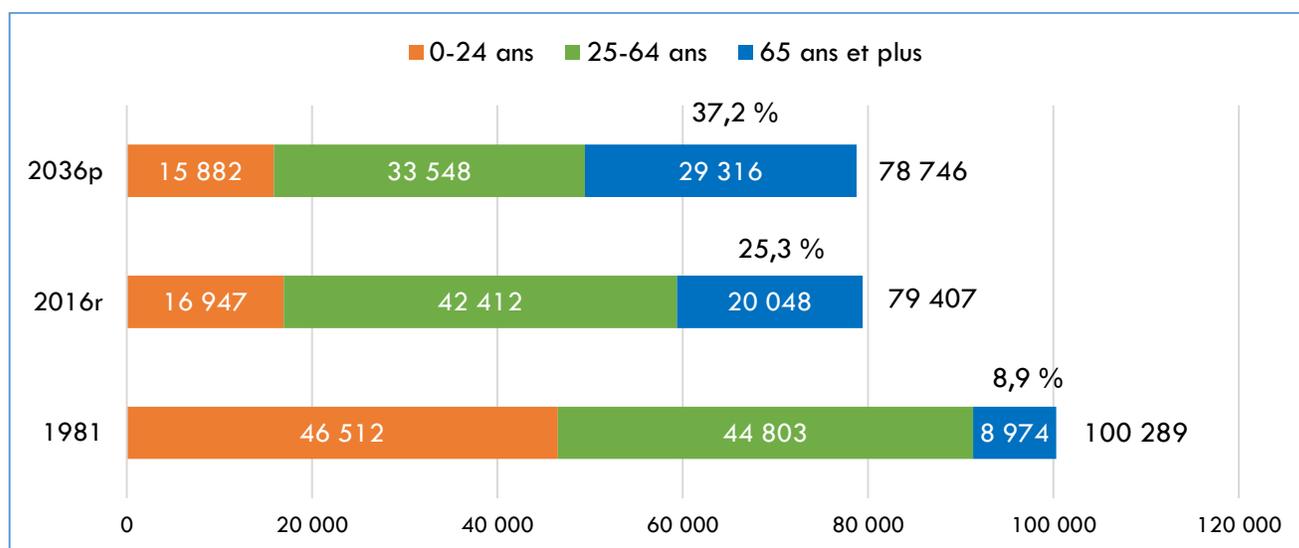
Les déterminants de la santé

La démographie

Depuis le début des années 80, la population de la Gaspésie a connu un déclin démographique relativement important en passant de 100 289 personnes en 1981 à 79 407 en 2016, une perte de 21 % en 35 ans. Et selon les projections, une légère décroissance est encore à prévoir au cours des 20 prochaines années, puisque la population gaspésienne devrait s'établir à 78 746 en 2036 (figure 1).

Parallèlement à ce déclin démographique, la population vieillit. En 1981, les aînés représentaient 8,9 % de la population de la Gaspésie, une proportion qu'on estime à 25 % en 2016 et qui devrait se situer à 37 % en 2036 (figure 1). La population québécoise voit aussi sa proportion de personnes de 65 ans et plus augmenter, mais à un rythme moins élevé : de 8,8 % en 1981, la proportion d'aînés est passée à 18 % en 2016 et devrait s'établir à environ 26 % en 2036 selon les projections (résultats du Québec non illustrés).

Figure 1 : Nombre d'habitants par grands groupes d'âge et proportion d'aînés, Gaspésie, 1981, 2016r, 2036p



r : donnée révisée

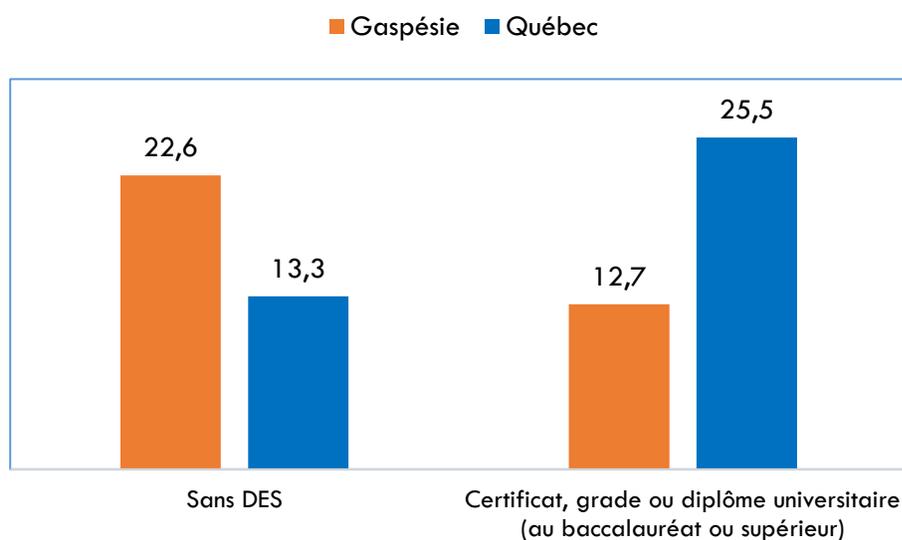
p : projection

Sources : 1981 et 2036 : MSSS, *Estimations et projections démographiques, produit électronique* (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014, données extraites de l'Infocentre de santé publique 2016 : Institut de la statistique du Québec et Statistique Canada, *Estimations de la population*. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

Les conditions sociales

Bien que la population de la Gaspésie soit de plus en plus scolarisée, le retard persiste avec le Québec. En 2016, 23 % de la population de 25 à 64 ans n'a pas de diplôme d'études secondaires (13 % au Québec) et à l'autre bout du spectre, 13 % détient un certificat, grade ou diplôme universitaire (baccalauréat ou supérieur) (26 % au Québec) (figure 2).

Figure 2 : Proportion (en %) des 25-64 ans sans diplôme d'études secondaires et proportion avec un certificat, grade ou diplôme universitaire, Gaspésie et Québec, 2011



Source : Statistique Canada, Recensement 2016.

Les conditions économiques

Les données les plus récentes indiquent encore des conditions économiques plus défavorables en Gaspésie qu'au Québec (tableau 1).

Tableau 1 : Indicateurs économiques, Gaspésie et Québec

Indicateur	Gaspésie	Québec
Taux d'emploi 15 ans et plus, 2016	44,6 %	59,5 %
Taux de chômage population active 15 ans et plus, 2016	16,0 %	7,2 %
Taux d'assistance sociale moins de 65 ans, mars 2016	9,9 %	6,4 %
Revenu annuel disponible par habitant, 2015p	23 955 \$	26 857 \$

p : donnée provisoire.

Sources : Taux d'emploi et taux de chômage : Statistique Canada, Recensement 2016. Taux d'assistance sociale : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Statistiques mensuelles des trois programmes d'aide sociale, données extraites de l'Infocentre de santé publique. Revenu : Institut de la statistique du Québec.

L'environnement social

En 2014-2015, selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 55,5 % de la population de 15 ans et plus en Gaspésie est très satisfaite de sa vie sociale, c'est plus qu'au Québec (47,3 %). Puis, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, on compte, toutes proportions gardées, davantage de personnes de 12 ans et plus qu'au Québec avec un niveau très élevé de soutien social (54,2 % contre 43,7 % en 2009-2010) et avec un fort sentiment d'appartenance à leur communauté (80,6 % contre 58,0 % en 2013-2014) (résultats non illustrés).

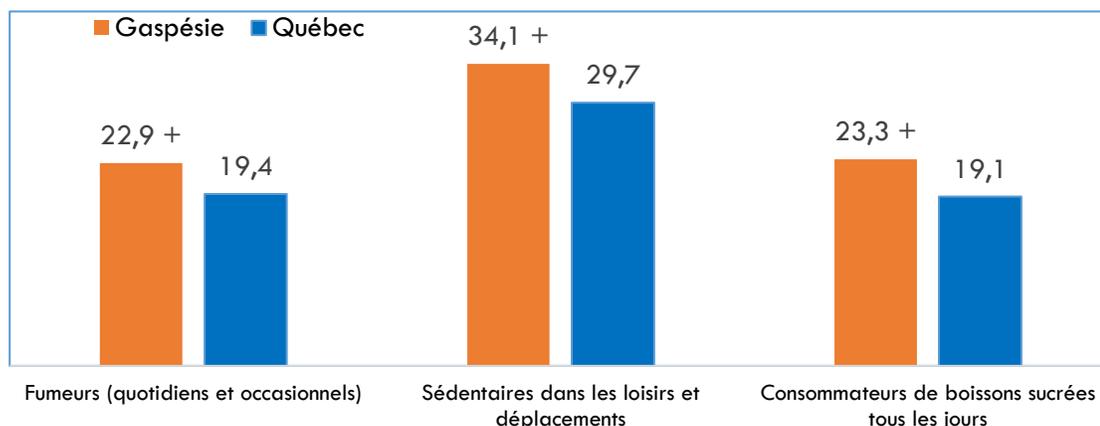
Le bruit dans l'environnement

En 2014-2015, selon l'EQSP, la proportion de personnes de 15 ans et plus à être dérangées par le bruit dans l'environnement est moins élevée en Gaspésie qu'au Québec (11,8 % contre 16,4 %). De même, la proportion dont la qualité du sommeil est souvent ou occasionnellement perturbée par le bruit est moindre en Gaspésie qu'au Québec (12,6 % contre 19,5 %) (résultats non illustrés).

L'usage de la cigarette

En 2014-2015, l'EQSP révèle que 22,9 % des personnes de 15 ans et plus en Gaspésie fument la cigarette, soit tous les jours ou de façon occasionnelle. Cette proportion est inférieure à celle obtenue en 2008 (27,6 %), mais demeure tout de même supérieure à celle du Québec (19,4 %) (figure 3).

Figure 3 : Proportion (en %) des 15 ans et plus selon certaines habitudes de vie, Gaspésie et Québec, 2014-2015



+ Valeur significativement supérieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05.

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

La pratique d'activités physiques

En 2014-2015, moins de personnes de 15 ans et plus, en proportion, sont actives physiquement dans leurs loisirs et déplacements en Gaspésie qu'au Québec (35,2 % contre 41,0 %) et à l'opposé, davantage sont sédentaires (34,1 % contre 29,7 % au Québec) (réf. : figure 3).

La consommation de boissons sucrées et de fruits et légumes

En 2014-2015, 23,3 % des personnes de 15 ans et plus en Gaspésie boivent des boissons sucrées tous les jours, c'est plus qu'au Québec (19,1 %) (réf. : figure 3). Puis en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), la proportion des personnes de 12 ans et plus qui consomment des fruits et des légumes au moins 5 fois par jour ne se différencie pas de celle du Québec (49,1 % contre 46,6 %).

Le poids et l'image corporelle

La Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a connu une hausse générale de l'excès de poids de 1987 à 2014-2015, la proportion ayant grimpé de 40 à 62 % durant cette période. En Gaspésie, selon l'EQSP, 38,7 % des personnes de 15 ans et plus font de l'embonpoint en 2014-2015 et 22,1 % souffrent d'obésité, des proportions supérieures à celles du Québec (34,9 % et 18,8 % respectivement). Au total, c'est donc près de 61 % de la population de 15 ans et plus qui a un excès de poids en Gaspésie (53,7 % au Québec) (résultats non illustrés).

Toujours en 2014-2015, autant de personnes en Gaspésie qu'au Québec, en proportion, se voient avec un excès de poids (38,7 % contre 38,9 %).

Les comportements des conducteurs

Les données de la Société de l'assurance automobile du Québec indiquent que le taux d'infractions reliées à l'alcool a diminué entre 2004 et 2014 en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Malgré cela, ce type d'infractions demeure plus fréquent dans la région qu'au Québec en 2014 (238 infractions pour 100 000 titulaires de permis de conduire contre 150). Par contre, le taux d'infractions pour excès de vitesse en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est inférieur à celui du Québec (résultats non illustrés).

Le recours aux services préventifs

En 2014-2015, la Gaspésie obtient, comparativement au Québec, une plus forte proportion de personnes de 18 ans et plus dont on a pris la tension artérielle lors de leur dernière visite médicale il y a moins d'un an (89,9 % contre 85,3 % au Québec) (tableau 2). Elle compte aussi une proportion supérieure de femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de dépistage du cancer du col utérin (test de Pap) au cours des 3 dernières années (71,7 % contre 67,3 %). Toutefois, comme le montre le tableau 2, la proportion de femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie de dépistage du cancer du sein dans le cadre du PQDCS au cours des deux années 2015 et 2016 est moindre qu'au Québec (56,5 % contre 59,3 %).

Tableau 2 : Indicateurs du recours aux services préventifs, Gaspésie et Québec

Indicateur	Gaspésie	Québec
Population de 18 ans et plus dont la tension artérielle a été prise à la dernière visite médicale il y a moins d'un an, 2014-2015	89,9 % +	85,3 %
Femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de dépistage du cancer du col utérin au cours des 3 dernières années, 2014-2015	71,7 % +	67,3 %
Femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie de dépistage du cancer du sein (PQDCS), au cours des 2 années 2015 et 2016	56,5 % –	59,3 %

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05.

Sources : *Tension artérielle et test de Pap* : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015*, données extraites de l'Infocentre par la Direction de santé publique Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. *Mammographie de dépistage* : Système d'information du PQDCS, Institut national de santé publique du Québec, extraction du 23 mars 2017, données extraites de l'Infocentre de santé publique par la DSP GÎM.

Récapitulatifs des résultats de la Gaspésie comparativement au Québec

Nous concluons cette première partie sur les déterminants de la santé en rappelant au tableau 3 comment se situe la Gaspésie (ou la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine lorsque seules des données régionales sont disponibles) par rapport au Québec eu égard aux déterminants de la santé que nous venons de présenter.

Tableau 3 : Récapitulatif des comparaisons avec le Québec eu égard aux déterminants de la santé

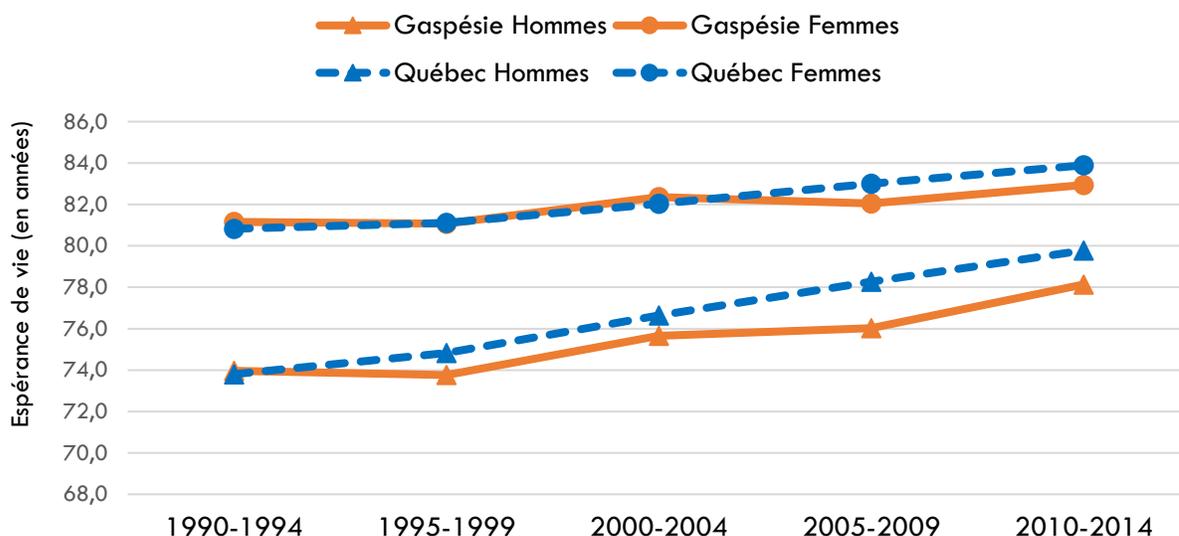
Écarts en faveur de la Gaspésie	Aucune différence entre la Gaspésie et le Québec	Écarts en faveur du Québec
<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction de sa vie sociale • Dérangement à cause du bruit dans l'environnement • Qualité du sommeil perturbée par le bruit • Infractions pour excès de vitesse • Prise de la tension artérielle • Dépistage du cancer du col utérin (test de Pap) 		<ul style="list-style-type: none"> • Vieillesse • Scolarité • Taux d'emploi • Taux de chômage • Taux d'assistance sociale • Revenu disponible • Usage de la cigarette • Pratique d'activités physiques • Consommation de boissons sucrées • Embonpoint et obésité • Infractions reliées à l'alcool • Mammographie de dépistage du cancer du sein (PQDCS)
Écarts en faveur de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	Aucune différence entre la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Québec	Écarts en faveur du Québec
<ul style="list-style-type: none"> • Soutien social • Sentiment d'appartenance à sa communauté 	<ul style="list-style-type: none"> • Consommation de fruits et de légumes 	

L'état de santé de la population

L'espérance de vie à la naissance

Depuis le début des années 90, l'espérance de vie des hommes de la Gaspésie a augmenté de plus de 4 ans et celle des femmes de presque 2 ans (figure 4), si bien qu'en 2010-2014, les hommes et les femmes de ce territoire peuvent s'attendre à vivre jusqu'à 78,1 ans et 82,9 ans respectivement. Comme l'illustre la figure 4, les Gaspésiens accusent un retard à cet égard par rapport aux Québécois (78,1 ans contre 79,8 ans) de même que les Gaspésiennes comparativement aux Québécoises (82,9 ans contre 83,9 ans).

Figure 4 : Espérance de vie à la naissance, Gaspésie et Québec, 1990-1994 à 2010-2014



Source : MSSS, Fichier des décès et Fichier des naissances, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

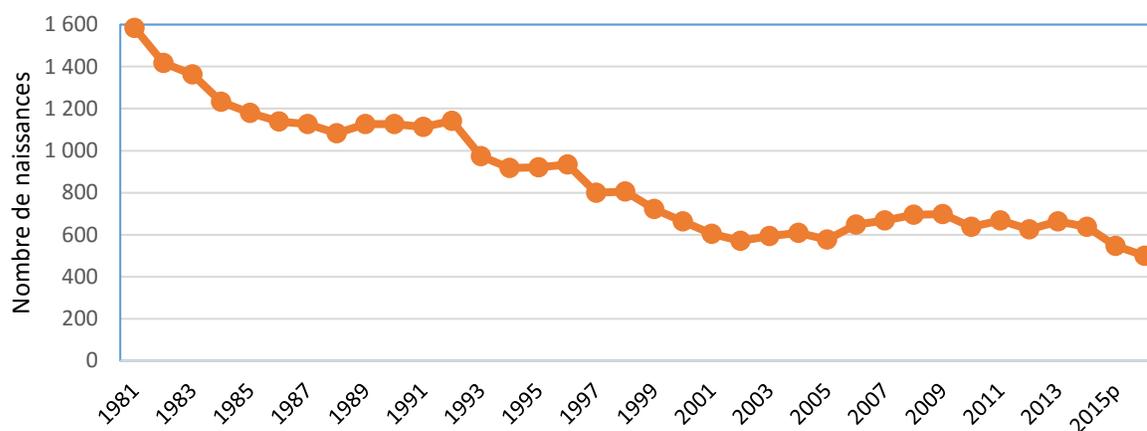
La perception de l'état de santé

En 2014-2015, selon l'EQSP, environ la moitié de la population de 15 ans et plus en Gaspésie perçoit sa santé très bonne, voire même excellente, et à l'opposé, 13,3 % la considère passable ou mauvaise. Avec ces pourcentages, la population gaspésienne fait un bilan plus négatif de sa santé que la population québécoise, laquelle obtient des pourcentages de 56,6 % et 10,3 % respectivement.

La prématurité et l'insuffisance de poids à la naissance

Mentionnons d'abord que le nombre de naissances en Gaspésie a connu une baisse notable depuis le début des années 80 (figure 5). En effet, alors que 1 584 bébés voyaient le jour en 1981, ce nombre a diminué à 571 en 2002 pour rester relativement stable jusqu'en 2005. À compter de 2006, la Gaspésie a vu son nombre de naissances augmenter pour atteindre 698 en 2009, mais cette croissance ne s'est pas maintenue et depuis, on assiste plutôt à un déclin des naissances. Selon les données provisoires, la Gaspésie compte 500 naissances en 2016.

Figure 5 : Nombre annuel de naissances, Gaspésie, 1981 à 2016p



P : Données provisoires.

Note : Les données provisoires sous-estiment d'environ 7 à 8 % le nombre de naissances en Gaspésie.

Source : MSSS, Fichier des naissances, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

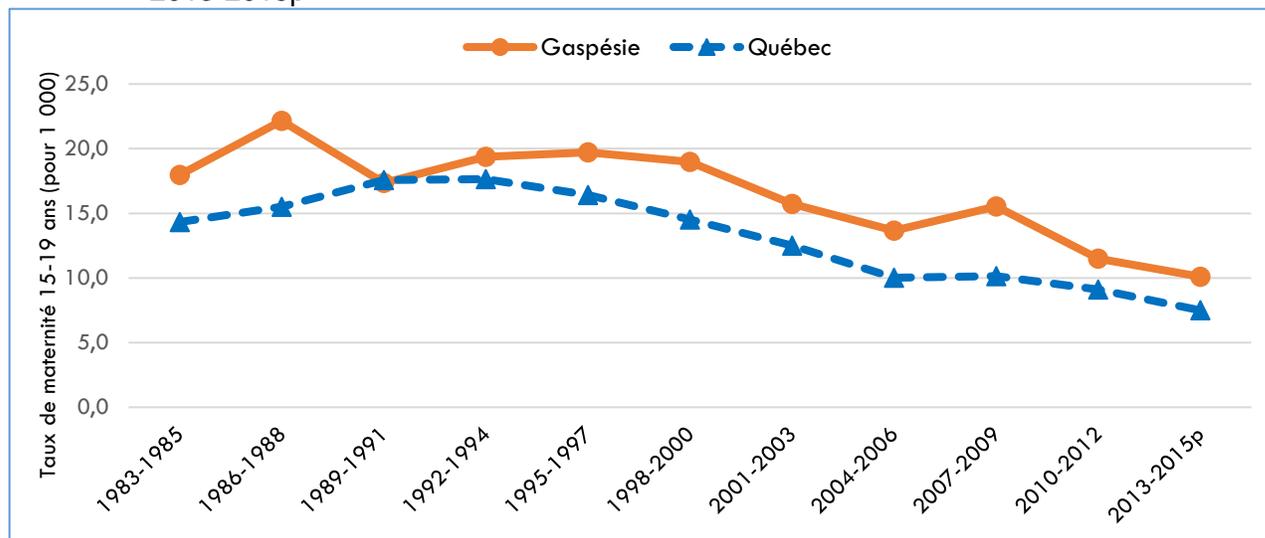
Cela dit, le taux de prématurité, c'est-à-dire la proportion de bébés nés avant 37 semaines de gestation, a connu une hausse relativement marquée entre 1983-1985 et 1998-2000 en Gaspésie en passant de 5,0 % à 10,0 %. Depuis une quinzaine d'années, il est encourageant de constater que ce taux semble vouloir diminuer, comme c'est aussi le cas au Québec (résultats non illustrés). Ainsi, au cours des 3 années 2014-2016, 130 bébés sont nés prématurément en Gaspésie, soit 7,8 % des naissances. Ce taux de prématurité ne se différencie pas de celui du Québec (7,0 %). Quant aux naissances de faible poids (moins de 2 500 grammes), elles ont été au nombre de 112 en 2014-2016 en Gaspésie, pour un taux de 6,8 %. Encore ici, le taux gaspésien ne se distingue pas de celui du Québec (5,9 %). À noter que les données 2015 et 2016 sont provisoires.

La maternité à l'adolescence

Traditionnellement, le taux de grossesses chez les jeunes femmes de 15-19 ans en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine s'est toujours maintenu à un niveau moindre que celui du Québec et ceci est encore le cas aujourd'hui. En effet, en 2013-2015, le taux de grossesses précoces est de 11,2 pour 1 000 dans la région contre 21,4 au Québec. Toutefois, les jeunes femmes de la région ont toujours eu davantage tendance que les jeunes Québécoises à poursuivre leur grossesse, ces dernières ayant plus souvent recours à l'interruption volontaire de grossesse que les premières. Ainsi, malgré un taux de grossesses précoces moindre, le taux de jeunes femmes devenant mères en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a généralement été supérieur sinon égal à celui du Québec, une situation aussi observée en Gaspésie (figure 6). Plus près de nous, en 2013-2015, 58 jeunes femmes de 15-19 ans en Gaspésie ont donné naissance

pour un taux de maternité de 10,1 pour 1 000. Ce taux est supérieur à celui du Québec (7,5 pour 1 000) comme ce fut souvent le cas au cours des 30 dernières années.

Figure 6 : Taux de maternité à l'adolescence (15-19 ans), Gaspésie et Québec, 1983-1985 à 2013-2015p



P : Les données 2015 sont provisoires.

Source : MSSS, Fichier des naissances, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

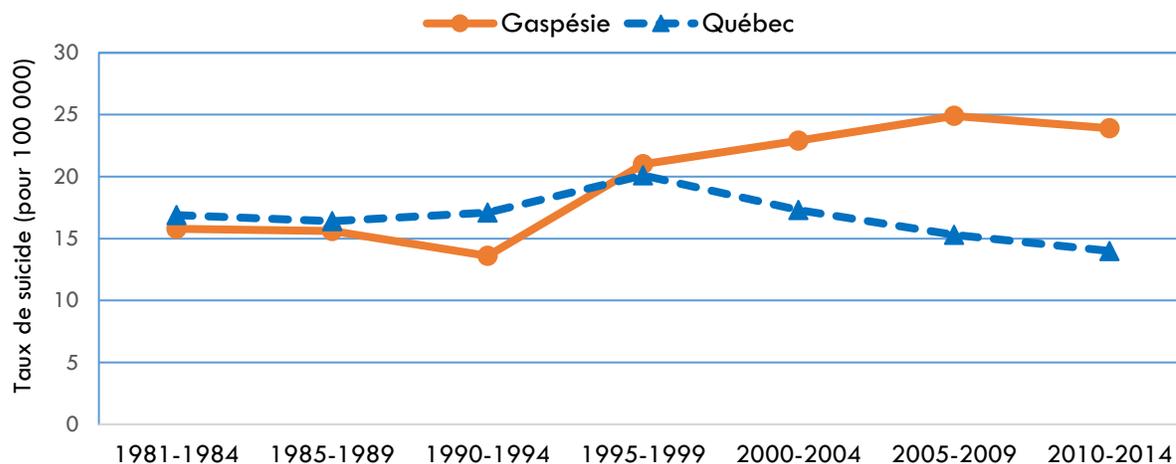
La santé mentale

En 2014-2015, les données de l'EQSP indiquent que 25,3 % de la population de 15 ans et plus en Gaspésie se situe au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Cette proportion est inférieure à celle du Québec, laquelle est de 28,3 %. Par contre, toutes proportions gardées, davantage de personnes en Gaspésie ont reçu un diagnostic de trouble mental en 2015-2016 ou ont été traitées par un médecin pour ce genre de problème (13,8 % contre 11,7 % au Québec) (résultats non illustrés).

Le suicide

Au cours des décennies 80 et 90, le taux de décès par suicide en Gaspésie s'est maintenu au même niveau que celui du Québec, voire même à un niveau inférieur. Or, ceci n'est plus le cas depuis de nombreuses années. En effet, comme l'illustre la figure 7, au tournant des années 2000, le taux de suicide au Québec amorçait une baisse, tandis que le taux gaspésien a plutôt eu tendance à poursuivre sa progression. Ainsi, en 2010-2014, 97 personnes se sont enlevé la vie en Gaspésie donnant à ce territoire un taux de suicide nettement supérieur à celui du Québec (23,9 pour 100 000 contre 14,0) (figure 7).

Figure 7 : Taux annuel moyen de décès par suicide (pour 100 000), Gaspésie et Québec, 1981-1984 à 2010-2014



Source : MSSS, Fichier des décès.

La maladie d'Alzheimer et les autres troubles cognitifs majeurs

En 2015-2016, selon les données du *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec* (SISMACQ), 6,1 % des aînés en Gaspésie souffrent de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre trouble cognitif majeur. Cette prévalence est inférieure à celle du Québec, laquelle s'élève à 7,4 %. Cela dit, l'âge étant le principal facteur de risque des maladies dégénératives, l'augmentation importante du nombre d'aînés dans la région, jumelée à l'augmentation de l'espérance de vie, continue et continuera d'accroître dans les années à venir le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'un trouble cognitif majeur, même si l'incidence de la maladie a commencé à décliner et que la prévalence n'augmente plus depuis quelques années (résultats non illustrés).

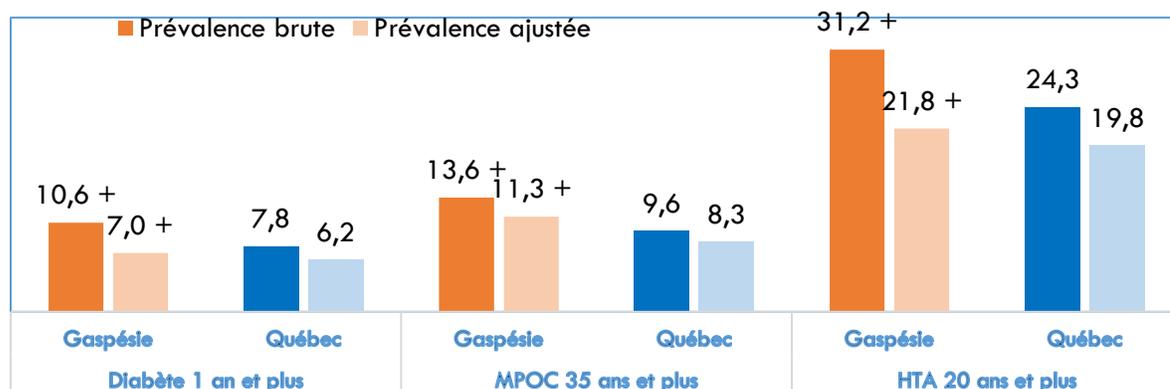
Le diabète

En 2015-2016, selon le SISMACQ, 10,6 % de la population d'un an et plus en Gaspésie souffre de diabète, une proportion supérieure à celle du Québec (7,8 %). Une partie de cette différence est attribuable au fait que la population gaspésienne est plus vieille que celle du Québec, mais une partie seulement, car même quand on élimine l'effet de l'âge (par le calcul de prévalence ajustée), un écart significatif persiste (7,0 % contre 6,2 %) (figure 8).

Par ailleurs, comme l'illustre la figure 9, on note un ralentissement de la progression du diabète au sein de la population québécoise et même une certaine stabilité de la prévalence dans les dernières années. De son côté, la Gaspésie continue de voir sa prévalence augmenter, bien que la hausse soit moins marquée qu'au début des années 2000. Cela dit, il reste que comme

toutes les autres maladies dont la fréquence augmente avec l'âge, le nombre de personnes atteintes de diabète continuera d'augmenter dans les prochaines années en raison du vieillissement qui se poursuivra et de la hausse de l'espérance de vie, et ce, en Gaspésie et au Québec.

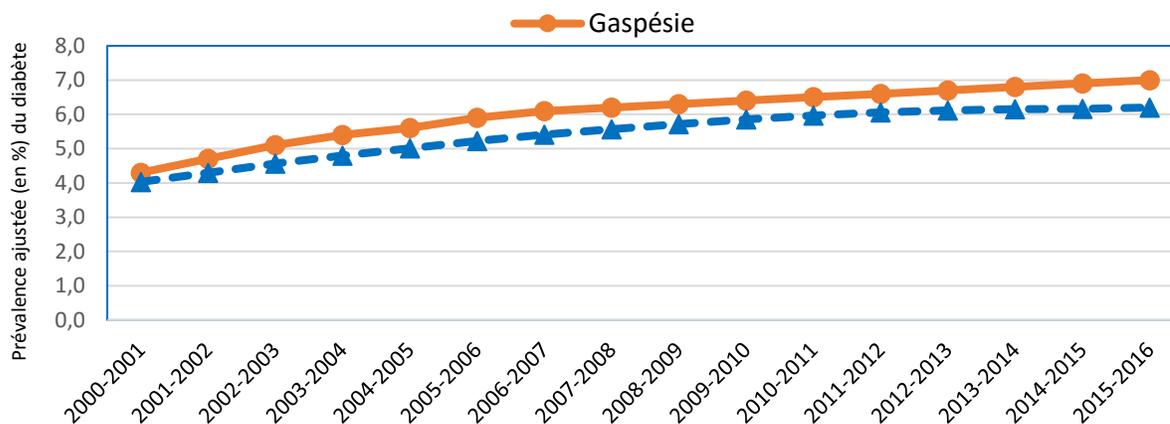
Figure 8 : Prévalence brute et ajustée (en %) de certaines maladies chroniques, Gaspésie et Québec, 2015-2016



+ Valeur significativement supérieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,01.

Source : Institut national de santé publique du Québec, SISMACQ, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Figure 9 : Prévalence ajustée (en %) du diabète dans la population d'un an et plus, 2000-2001 à 2015-2016



Source : Institut national de santé publique du Québec, SISMACQ, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Les maladies pulmonaires obstructives chroniques

En 2015-2016, 13,6 % des personnes de 35 ans et plus en Gaspésie ont une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Cette prévalence des MPOC est plus élevée que celle du Québec (9,6 %), un écart qui reste vrai quand on élimine l'effet de l'âge (11,3 % contre 8,3 %) (réf. : figure 8).

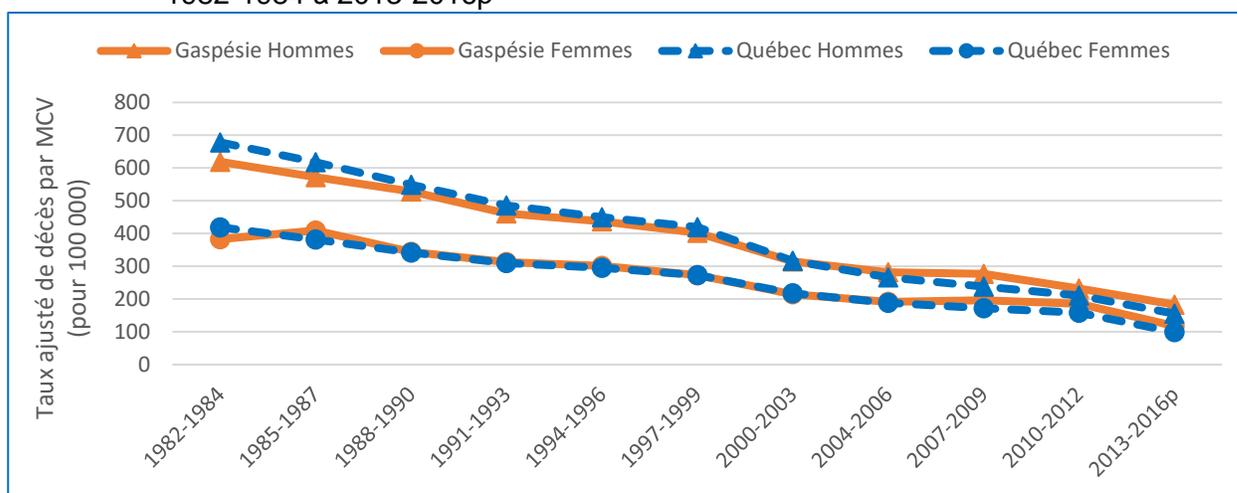
L'hypertension artérielle

Selon les données du SISMACQ, la population de la Gaspésie est plus nombreuse, en proportion, que celle du Québec à souffrir d'hypertension artérielle (HTA). En 2015-2016, 31,2 % des personnes de 20 ans et plus en Gaspésie sont hypertendues contre 24,3 % au Québec (réf. : figure 8). Encore ici, une bonne partie de cette différence s'explique par le fait que la population gaspésienne est plus âgée que celle du Québec. Néanmoins, une légère différence persiste tout de même quand on élimine l'effet de l'âge (prévalence ajustée : 21,8 % contre 19,8 % au Québec) (réf. : figure 8).

Les maladies cardiovasculaires

La mortalité par maladies cardiovasculaires (MCV) a connu une baisse importante depuis le début des années 80 (figure 10), à ce point que ces maladies ont été surpassées par les cancers au chapitre des décès au tournant des années 2000. Mais quoique moins mortelles qu'auparavant, les MCV sont encore responsables d'environ le quart des décès en Gaspésie. Plus précisément, en 2013-2016, 231 personnes sont décédées en moyenne chaque année de ces maladies, autant d'hommes que de femmes. Avec ces nombres, les Gaspésiens et les Gaspésiennes accusent une surmortalité par rapport aux Québécois et Québécoises (183 pour 100 000 contre 156 chez les hommes et 118 pour 100 000 contre 99 chez les femmes (figure 10).

Figure 10 : Taux ajusté de décès par maladies cardiovasculaires (pour 100 000), selon le sexe, 1982-1984 à 2013-2016p



p : Les données 2015 et 2016 sont provisoires.

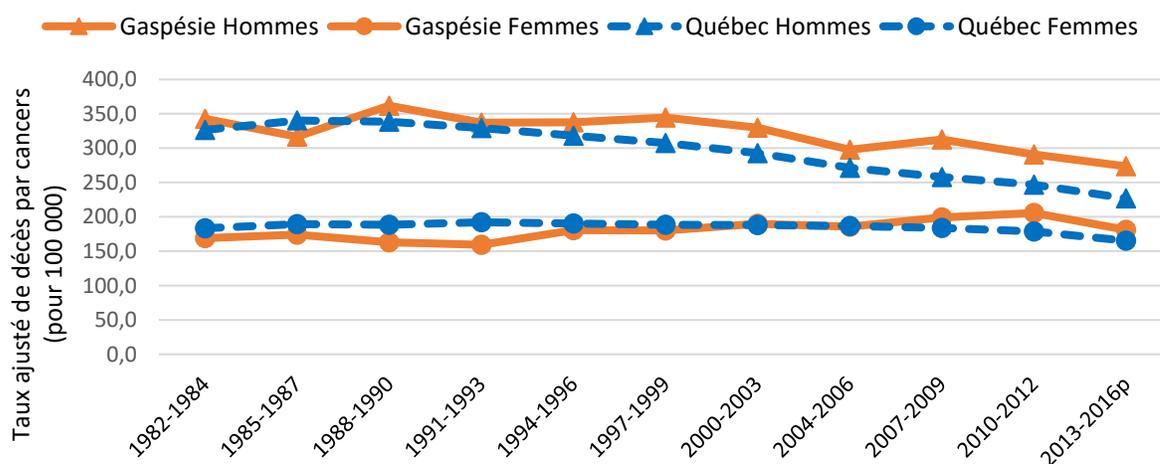
Source : MSSS, Fichier des décès, données 1982 à 2012 extraites de l'Infocentre de santé publique et données 2013 à 2016, compilées et analysées par la DSP GIM.

Le cancer

Comme nous le disions précédemment, le cancer représente maintenant la première cause de décès en Gaspésie. À lui seul, il est la cause d'environ 35 % des décès, soit 313 décès en moyenne par année. Cela dit, la mortalité par cancer chez les hommes de la Gaspésie est en baisse depuis la fin des années 80, le taux de décès ayant chuté d'environ 24 % (figure 11). Néanmoins, en 2013-2016, le taux de décès par cancer chez les hommes de la Gaspésie demeure supérieur à celui de leurs homologues provinciaux (274 pour 100 000 contre 227), comme ce fut généralement le cas au cours des 15 dernières années (figure 11). Cette surmortalité est principalement attribuable au cancer pulmonaire, ce type de cancer étant encore celui qui entraîne le plus de décès en Gaspésie comme au Québec (résultats non illustrés).

Pour ce qui est des femmes, les données des dernières années montrent aussi une surmortalité par cancer chez celles de la Gaspésie par rapport aux Québécoises (181 pour 100 000 contre 165 en 2013-2016) (figure 11). Cette figure illustre par ailleurs une tendance à la hausse de la mortalité par cancer chez les femmes de la Gaspésie au cours des quelques 20 dernières années, alors que les Québécoises connaissent plutôt une légère régression de leur taux, tout siège confondu. Ajoutons cependant que tant en Gaspésie qu'au Québec, la mortalité par cancer pulmonaire progresse encore chez les femmes, sans doute les conséquences des habitudes tabagiques des femmes durant les années 70. Puis comme chez les hommes, le cancer du poumon est le type de cancers faisant le plus de décès chez les femmes, suivi de loin par le cancer du sein. Mentionnons cependant que le cancer du sein fait de moins en moins de décès chez les Québécoises depuis 25 ans, une tendance suivie par les Gaspésiennes depuis environ 15 ans (résultats non illustrés).

Figure 11 : Taux ajusté de décès par cancer tout siège confondu (pour 100 000), selon le sexe, 1982-1984 à 2013-2016p



p : Les données 2015 et 2016 sont provisoires.

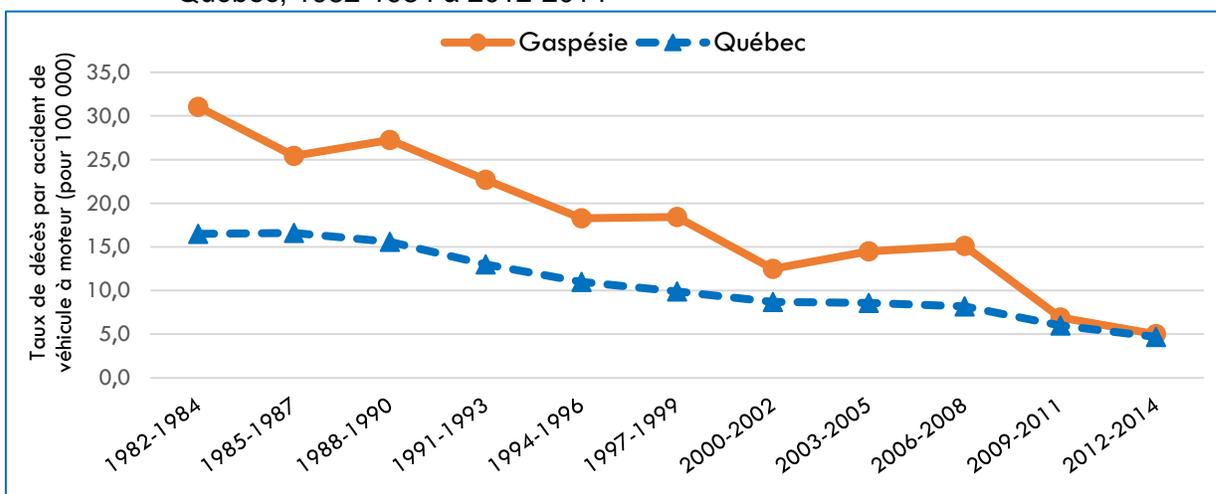
Source : MSSS, Fichier des décès, données 1982 à 2012 extraites de l'Infocentre de santé publique et données 2013 à 2016, compilées et analysées par la DSP GIM.

Les données de prévalence montrent par ailleurs qu'il y avait, en 2011, 1 481 personnes avec un cancer (excluant le cancer de la peau autre que le mélanome) en Gaspésie dont le diagnostic a été posé dans les 5 dernières années, c'est plus qu'au Québec où la prévalence est de 1,4 %. Cette différence avec le Québec est cependant uniquement le reflet de la structure d'âge plus vieille de la population gaspésienne, car lorsqu'on élimine l'effet de l'âge, l'écart disparaît. Enfin, le risque de développer un cancer augmentant avec l'âge, le nombre de personnes atteintes de cette maladie continuera de croître dans les prochaines années en raison du vieillissement de la population, et ce, même si la prévalence du cancer est relativement stable en Gaspésie et au Québec (résultats non illustrés).

Les accidents de véhicule à moteur

En 2012-2014, un total de 12 personnes de la Gaspésie sont décédées dans un accident de véhicule à moteur. Ce nombre correspond à un taux de décès de 5,0 pour 100 000 (Coefficient de variation entre 16,7 % et 33,3 %, donnée à interpréter avec prudence), lequel ne se différencie pas de celui du Québec (4,7 pour 100 000). De plus, à l'image de la situation provinciale, le nombre de décès sur les routes a régressé de manière importante en Gaspésie depuis le début des années 80 comme en témoigne la figure 12.

Figure 12 : Taux de décès par accident de véhicule à moteur (pour 100 000), Gaspésie et Québec, 1982-1984 à 2012-2014



Source : MSSS, Fichier des décès, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Les chutes chez les aînés

En 2014-2015, selon l'EQSP, on estime à 500 le nombre de personnes de 65 ans et plus en Gaspésie vivant dans un logement non institutionnel qui se sont blessées à cause d'une chute de façon suffisamment grave pour limiter leurs activités normales. Ce nombre correspond à une prévalence de 2,6 % (donnée très imprécise fournie à titre indicatif seulement), laquelle ne se différencie pas d'un point de vue statistique de celle du Québec (3,8 %). De plus, bien que cette proportion enregistrée chez les aînés soit légèrement inférieure à celle obtenue dans l'ensemble de la population, les chutes après 65 ans sont généralement plus lourdes de conséquences à long terme. D'ailleurs, les aînés sont beaucoup plus susceptibles d'être hospitalisés en raison d'une chute que les autres groupes d'âge et même d'en décéder.

À ce sujet, de 2013 à 2015, 350 hospitalisations ont eu lieu en moyenne chaque année chez les personnes de 65 ans et plus en Gaspésie en raison d'une chute accidentelle et un total de 64 sont décédées des suites d'une chute en 2010-2014 (résultats non illustrés).

Les limitations d'activités

En 2013-2014, selon l'ESCC, le tiers des personnes de 12 ans et plus vivant en ménage privé en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est limité dans sa participation à des activités à cause d'un problème de santé, c'est plus qu'au Québec (28,5 %) (résultats non illustrés). Cet écart s'explique par le fait que la population régionale est plus âgée que celle de la province.

Récapitulatifs des résultats de la Gaspésie comparativement au Québec

Tableau 4 : Récapitulatif des comparaisons avec le Québec eu égard à l'état de santé de la population

Écarts en faveur de la Gaspésie	Aucune différence entre la Gaspésie et le Québec	Écarts en faveur du Québec
<ul style="list-style-type: none"> • Détresse psychologique • Prévalence de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles cognitifs majeurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Prématurité et insuffisance de poids à la naissance • Prévalence du cancer • Décès par accident de véhicule à moteur • Prévalence des chutes chez les aînés 	<ul style="list-style-type: none"> • Perception de l'état de santé • Espérance de vie • Maternité à l'adolescence • Prévalence des troubles mentaux • Décès par suicide • Prévalence du diabète, des MPOC et de l'HTA • Décès par MCV • Décès par cancer
Écarts en faveur de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	Aucune différence entre la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Québec	Écarts en faveur du Québec
<ul style="list-style-type: none"> • Grossesses à l'adolescence 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitations d'activités 	

Le portrait statistique

La mission centre hospitalier

Performance des blocs opératoires

ANNÉE FINANCIÈRE	MOYENNE RÉGIONALE
2017-2018	79,5 %
2016-2017	78,8 %

Urgence

Installations	Nombre total de visites		Nombre de visites clientèle ambulatoire		Nombre de visites sur civières		Pourcentage de patients sur civières		Durée moyenne de séjour sur civières	
	2016 2017	2017 2018	2016 2017	2017 2018	2016 2017	2017 2018	2016 2017	2017 2018	2016 2017	2017 2018
Hôpital de Chandler	18 542	16 638	15 045	13 322	3 497	3 316	18,86 %	19,93 %	10,6	9,6
Hôpital de Gaspé	16 648	16 096	13 401	12 921	3 247	3 175	19,50 %	19,73 %	9,2	8,9
CLSC de Grande-Vallée	7 839	7 352	7 218	6 686	621	666	7,90 %	9,06 %	6,6	6,1
CLSC de Murdochville	2 661	2 426	2 549	2 342	112	84	4,20 %	3,47 %	24,7	7,6
Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts	14 067	15 341	11 127	12 252	2 940	3 089	20,90 %	20,14 %	6,9	7,6
Hôpital de Maria	18 774	17 010	14 243	12 406	4 531	4 604	24,13 %	27,07 %	17,5	13,2
CLSC de Paspébiac	15 623	14 756	11 912	11 237	3 711	3 519	23,75 %	23,85 %	6,6	6,0
TOTAL	94 154	89 619	75 495	71 166	18 659	18 453	19,82 %	20,59 %	10,6	9,2

Durée moyenne de séjour des urgences

	2015-2016	2016-2017	2017-2018
DMS globale	9,8	10,6	9,2
Pourcentage ≥ 48 heures	1 %	2 %	1 %
Pourcentage ≥ 24 heures	7 %	9 %	6 %

Courte durée

Installations	Nombre d'admissions		Nombre de jours présences		Durée moyenne de séjour*		Nombre d'accouchements	
	2016 2017	2017 2018	2016 2017	2017 2018	2016 2017	2017 2018	2016 2017	2017 2018
Hôpital de Chandler	2 170	2 089	14 492	12 786	5.89	6.12	122	109
Hôpital de Gaspé	1 998	2 002	11 057	9 705	5.50	4.84	123	135
Hôpital de Maria	2 908	3 276	18 116	20 773	6.23	5.97	171	163
Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts	1 167	1 199	6 600	7 105	7.80	5.80	51	49
TOTAL	8 243	8 566	50 265	50 369	6,36	5,69	467	456

* Ce pourcentage exclut la santé mentale

La mission CHSLD

	Lits dressés	Nbre de lits moyens occupés	Heures travaillées	Taux d'occupation
USLD de Chandler	36	34	44 066	93,2%
Centre d'hébergement du Rocher-Percé	62	61	75 746	98,8 %
Centre d'hébergement de Cap-Chat	70	68	90 015	97,7 %
Centre d'hébergement de Maria	95	94	121 874	98,5 %
Centre d'hébergement de New-Carlisle	70	69	96 299	99,1 %
Centre d'hébergement de Matapédia	20	20	29 622	99,1 %
Centre d'hébergement Mgr-Ross de Gaspé	84	83	111 792	98,3 %
Total	437	429	569 414	98,07 %

Les services de soutien à domicile

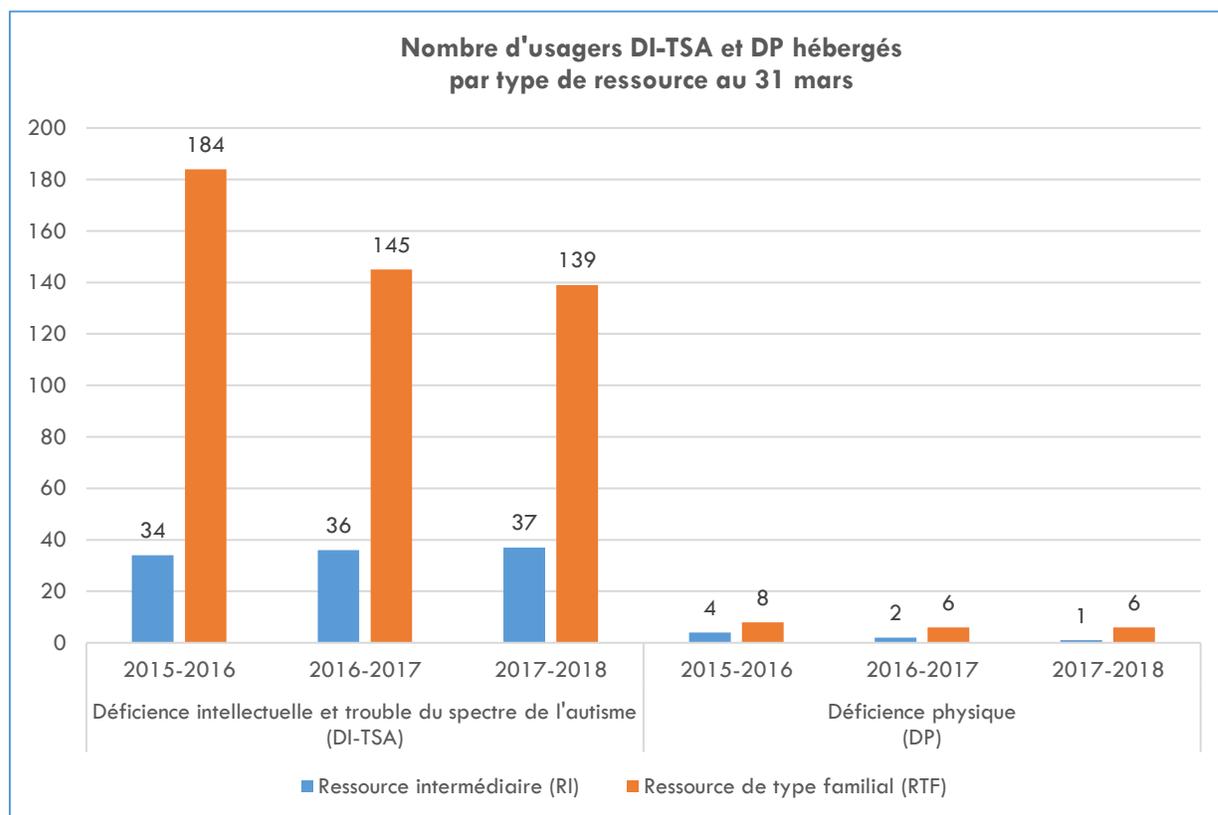
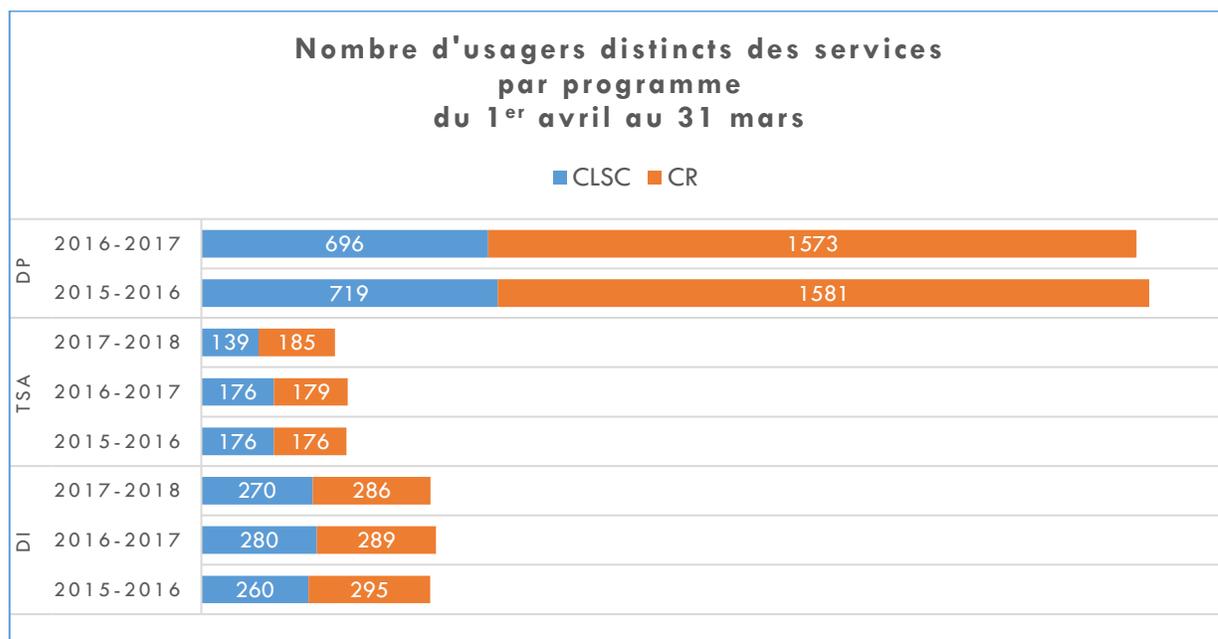
Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services				
	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Cumulatif en heures au 31 mars	284 178	297 800	310 180	361 331

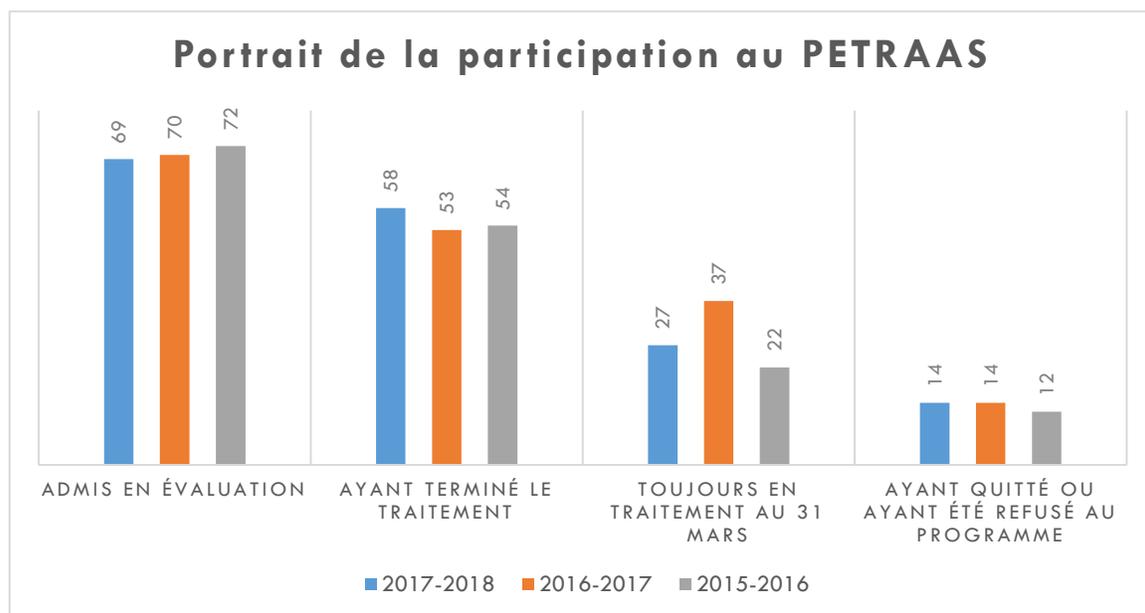
Les services jeunesse

	2016-2017	2017-2018
Nombre d'usagers joints par les CLSC dans le cadre du programme Jeunesse	785	726
Nombre moyen de prestations dispensées par les CLSC dont a bénéficié l'utilisateur dans le cadre du programme Jeunesse	7,79	7,29
Nombre de dossiers suivis à l'application des mesures dans le cadre de la LPJ	416	400
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en LPJ	24,1 jours (cible : < 30 jours)	24,2 jours (cible : < 30 jours)
Nombre moyen d'interventions à l'application des mesures en LPJ	2,3 (cible : 2,3)	2,1 (cible : 2,3)
Taux de jeunes sur 1000 pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence (excluant les autochtones)	24,74	20,18

PORTRAIT DE L'HÉBERGEMENT EN RÉADAPTATION JEUNESSE		
Services de réadaptation	2016-2017 *	2017-2018
Unité La Rade	6-13 ans : 6 jeunes 14-17 ans : 20 jeunes 18 ans et + : 2 jeunes Total : 28 jeunes	6-13 ans : 5 jeunes 14-17 ans : 24 jeunes 18 ans et + : --- Total : 29 jeunes
Unité Gignu	6-13 ans : 3 jeunes 14-17 ans : 10 jeunes Total : 13 jeunes	6-13 ans : 7 jeunes 14-17 ans : 9 jeunes Total : 16 jeunes
Unité La Vigie	6-13 ans : 9 jeunes 14-17 ans : 16 jeunes Total : 25 jeunes	6-13 ans : 7 jeunes 14-17 ans : 18 jeunes Total : 25 jeunes
Unité La Balise	6-13 ans : 7 jeunes 14-17 ans : 19 jeunes Total : 26 jeunes	6-13 ans : 6 jeunes 14-17 ans : 23 jeunes Total : 29 jeunes
Unité Le Rivage	6-13 ans : 10 jeunes 14-17 ans : 1 jeune Total : 11 jeunes	6-13 ans : 13 jeunes 14-17 ans : 3 jeunes Total : 16 jeunes
Ressource intermédiaire Foyer Le Phare Fermeture : 20 janvier 2018	6-13 ans : --- 14-17 ans : 4 jeunes Total : 4 jeunes	6-13 ans : --- 14-17 ans : 1 jeune Total : 1 jeune

* Nombre de jeunes distincts admis dans chacun des services d'hébergement en réadaptation.





Le conseil d'administration

Membres désignés

D^r Jean-François Lefebvre, Département régional de médecine générale (DRMG)
D^{re} Martine Larocque, conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
M^{me} Sabrina Tremblay, comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
M^{me} Ariane Provost, conseil des infirmières et infirmiers (CII)
M. Kevin Lavoie, conseil multidisciplinaire (CM)
M^{me} Jacqueline C. Babin, comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Membres nommés

M^{me} Chantal Duguay, PDG du CISSS
M^{me} Yolaine Arseneau, milieu de l'enseignement

Membres indépendants

M. Richard Loiselle, président, compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
M. Gilles Cormier, vice-président, expertise en réadaptation
M^{me} Ann Béland, compétence en gouvernance ou éthique
M. Jean-Marc Landry, compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
M. Mark Georges, compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
Absence de nomination, expertise dans les organismes communautaires
M. Médor Doiron, expertise en protection de la jeunesse
M. Magella Émond, expertise en santé mentale
M^{me} Nicole Bertrand Johnson, expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux
M. Philippe Berger, représentant des fondations

Le conseil d'administration du CISSS de la Gaspésie a tenu 16 séances durant l'exercice 2017-2018, soit 10 séances extraordinaires et 6 séances ordinaires. De plus, le 7 décembre 2017 a eu lieu la séance annuelle d'information publique où ont été présentés les résultats de l'année 2016-2017.

Les membres du conseil d'administration se sont réunis, en septembre 2017, pour une rencontre de type « lac-à-l'épaule ». Cette journée avait pour objectif de faire le bilan des deux premières années du C. A., de faire un retour sur le mandat et les responsabilités ainsi que sur le fonctionnement. Les membres ont pu faire état de leurs préoccupations en tant qu'administrateurs et ont réitéré leur besoin d'avoir des rencontres plénières et des comités de travail. Le C. A. a profité de cette journée pour aborder les dossiers à prioriser dans la prochaine année, notamment la gestion de la présence au travail.

Pour l'année 2017-2018, aucun cas de manquement au *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs* n'a été soulevé. Une copie de ce document se trouve en annexe du présent rapport annuel ainsi que sur le site Internet du CISSS de la Gaspésie à l'adresse www.cisss-gaspesie.gouv.qc.ca⁹.

Les comités, conseils et instances consultatives

Le comité de vérification

M^{me} Yolaine Arseneau
M^{me} Nicole Johnson
M. Jean-Marc Landry, président
M^{me} Chantal Duguay, présidente-directrice générale
M. Richard Loiselle, président du conseil d'administration

Le comité de gouvernance et d'éthique

M^{me} Ann Béland
M. Gilles Cormier, président
D^{re} Martine Larocque
M. Kevin Lavoie
M^{me} Chantal Duguay, présidente-directrice générale

Le comité de vigilance et de la qualité

M^{me} Ann Béland, présidente
M^{me} Jacqueline Babin
M. Médor Doiron
M^{me} Chantal Duguay, présidente-directrice générale
M^{me} Caroline Plourde, commissaire aux plaintes

Le comité des ressources humaines

M^{me} Chantal Duguay, présidente-directrice générale
M^{me} Ann Béland
M. Médor Doiron
M. Mark Georges
M. Richard Loiselle, président
M. Gilles Cormier, vice-président
M. Michel Bond, secrétaire

Le comité des usagers du centre intégré (CUCI)

M^{me} Jacqueline Babin, services de réadaptation
M. Gilles Brossard, RLS de La Côte-de-Gaspé, secrétaire
M^{me} Jeannine Labrie, RLS de La Haute-Gaspésie
M. Ghislain Poitras, RLS de La Haute-Gaspésie
M. Camille Leduc, RLS de la Baie-des-Chaleurs, président
M. Allen Nellis, CHSLD de Maria
M^{me} May Rochefort, CHSLD Mgr-Ross de Gaspé
M^{me} Margot Cotton, service jeunesse
M^{me} Linda Thurston, service jeunesse, vice-présidente et trésorière

Le comité de gestion des risques

M^{me} Chantal Duguay, présidente-directrice générale

M^{me} Diane Gasse, présidente, gestionnaire des risques et de la qualité (DQEPE)

M^{me} Lise Cotton, agente de planification, de programmation et de recherche (DQEPE)

M^{me} Sandra Cassivi-Bouchard, conseillère clinique à la qualité et aux risques (DQEPE)

M. Maxime Bernatchez, infirmier représentant le comité de prévention des infections

D^r Claude Mercier, directeur des services professionnels

M^{me} Renée Rivière, personne désignée par la directrice des soins infirmiers

M. Jean-François Sénéchal, vice-président, et personne désignée par le directeur des services multidisciplinaires

Poste vacant, personne désignée par le directeur du programme Jeunesse

M^{me} Nadine Francoeur, personne désignée par la directrice du programme DI-TSA-DP

M^{me} Fanny Bernard, personne désignée par le directeur du programme SAPA

M. Sylvain Nadeau, directeur des programmes Santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux

D^r Yv Bonnier-Viger, directeur de santé publique

M. François-Xavier Berger, personne désignée par le conseil des infirmières et des infirmiers (CII)

Poste vacant, personne désignée par le conseil multidisciplinaire (CM)

D^{re} Claudia Dumont, personne désignée par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

M^{me} Marie-Ève Doucet, personne désignée par le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

M^{me} Linda Thurston, secrétaire, personne désignée par le comité des usagers du centre intégré (CUCI)

M. Jean-Marc Landry, conseil d'administration, collège électoral population

M. Jonathan Éthier, représentant des personnes qui dispensent des services aux usagers pour le compte de l'établissement, conformément à un contrat de service ou à une entente de service en vertu de l'article 108 de la loi (RI-RTF)

M. Jean-Luc Gendron, personne-ressource, directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Le comité de coordination clinique

M^{me} Chantal Duguay, présidente-directrice générale
M^{me} Connie Jacques, présidente-directrice générale adjointe, et directrice des services en déficience et en réadaptation physique
M^{me} Johanne Méthot, directrice générale adjointe aux programmes de santé physique généraux et spécialisés, et directrice des soins infirmiers
D^r Claude Mercier, directeur des services professionnels
M. Sylvain Nadeau, directeur des programmes Santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux
M^{me} Marlène Parisé, directrice des services multidisciplinaires
M. Jean St-Pierre, directeur du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
M. Steve Pontbriand, directeur du programme Jeunesse
D^r Yv Bonnier-Viger, directeur régional de santé publique
M^{me} Renée Rivière, directrice adjointe à la Direction des soins infirmiers
M. Jean-Luc Gendron, directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
M. Alain Vézina, directeur des ressources informationnelles et directeur des services techniques – Volet mesures d'urgence et hôtellerie par intérim
M. Michel Bond, directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
M. Jean-Pierre Collette, directeur des ressources financières et de l'approvisionnement, et directeur des services techniques – Volet immobilisation par intérim
Mme Nadine Francoeur, directrice adjointe à la Direction des services en déficience et en réadaptation physique

Le comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

RLS de La Côte-de-Gaspé

D^r Jean-François Lefebvre, médecin de famille, président de l'exécutif
D^{re} Audrey Perry-Melançon, médecin de famille

RLS du Rocher-Percé

D^{re} Claudia Dumont, médecin de famille
D^r Benoît Berthelot, interniste

RLS de la Baie-des-Chaleurs

D^r Alexandre De Lafontaine Ruel, radiologiste
D^{re} Isabelle Mathieu, médecin de famille
M^{me} Marie-France Otis, pharmacienne

RLS de La Haute-Gaspésie

D^r Charles Rhéaume, médecin de famille
D^{re} Mylène Bertrand, radiologiste, secrétaire de l'exécutif

Membres d'office

M^{me} Chantal Duguay, présidente-directrice générale
D^r Claude Mercier, directeur des services professionnels

Le Département régional de médecine générale (DRMG)

Membres élus par et parmi les médecins membres du Département

D^r Robert Benguerel, RLS de la Baie-des-Chaleurs, chef
D^r Sylvain Drapeau, RLS du Rocher-Percé, adjoint au chef
D^{re} Julie Gauthier, RLS du Rocher-Percé

Membres cooptés nommés par les membres élus

D^r Jean-François Lefebvre, RLS de La Côte-de-Gaspé
D^{re} Audrey Perry-Melançon, RLS de La Côte-de-Gaspé
D^{re} Martine Beauchamp, RLS de la Baie-des-Chaleurs
D^r Guillaume Hardy, RLS de La Haute-Gaspésie
D^r Steve Lessard, CISSS des Îles
D^{re} Justine Galarneau-Girard, RLS de la Baie-des-Chaleurs

M^{me} Chantal Duguay, présidente-directrice générale
D^r Claude Mercier, directeur des services professionnels

Le comité régional des services pharmaceutiques (CRSP)

M. Reynald Tremblay, chef du Département de pharmacie, CISSS des Îles, président
M^{me} Marie-Ève Doucet, pharmacienne d'établissement, CISSS de la Gaspésie, RLS de la Baie-des-Chaleurs
M. Jean-Sébastien Laliberté-Gemme, pharmacien propriétaire
M. Laurent Carbonneau-Lebeau, pharmacien propriétaire
M. Dany Bergeron, pharmacien salarié milieu communautaire
M^{me} Marie-France Otis, chef du Département de pharmacie, CISSS de la Gaspésie, RLS de la Baie-des-Chaleurs
M^{me} Sabrina Tremblay, pharmacienne d'établissement, CISSS de la Gaspésie, RLS de La Côte-de-Gaspé
M^{me} Lynnette McGregor, pharmacienne d'établissement, CISSS de la Gaspésie, RLS de La Côte-de-Gaspé
M^{me} Annie Leblanc, pharmacienne salariée milieu communautaire
M^{me} Julie Chabot, pharmacienne salariée milieu communautaire
D^r Claude Mercier, directeur des services professionnels, CISSS de la Gaspésie
M. Maxime Bernatchez, adjoint à la Direction des soins infirmiers

Le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII)

RLS de La Côte-de-Gaspé

M^{me} Sandra Cassivi-Bouchard, conseillère clinique à la qualité et aux risques

M^{me} Mylène Chassé, infirmière clinicienne DI-TSA-DP

M^{me} Géma Fournier-Richard, infirmière clinicienne GMF

M^{me} Sarah Laurin, infirmière clinicienne équipe volante

RLS du Rocher-Percé

M^{me} Stéphanie Bujold-Bourget, conseillère en prévention des infections

RLS de la Baie-des-Chaleurs

M^{me} Esther Desmeules, infirmière praticienne spécialisée, présidente

M^{me} Véronique Pelletier, infirmière praticienne spécialisée, vice-présidente

M^{me} Brigitte Ahier, infirmière clinicienne en santé mentale

M^{me} Gabrielle Chrétien, infirmière clinicienne

M^{me} Véronique Cavanagh, infirmière clinicienne

M^{me} Ariane Provost, infirmière clinicienne et équipe volante SAPA

M^{me} Marie-Hélène Richard, infirmière clinicienne en santé scolaire

Membres d'office

M^{me} Chantal Duguay, présidente-directrice générale

M^{me} Johanne Méthot, directrice générale adjointe

M^{me} Christine Lagacé, représentante, collègues d'enseignement

M. Maxime Bernatchez, adjoint à la directrice des soins infirmiers

Le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CECIIA)

La désignation des membres de ce comité est en cours de réalisation. L'assemblée générale annuelle est prévue le 4 juin 2018.

La commission infirmière régionale (CIR)

Le comité infirmière régionale, eu égard à la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (loi 10), n'existe plus. Cependant, un comité régional sera mis en place pour le partage des bonnes pratiques.

Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CM)

RLS de La Côte-de-Gaspé

M. Kevin Lavoie, travailleur social, Direction des programmes Santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux, responsable des communications

RLS de La Haute-Gaspésie

M. Jean-François Devloo, psychologue/neuropsychologue, Direction DI-TSA-DP, président
M^{me} Nancy Gédéon, travailleuse sociale professionnelle, Direction des programmes Santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux

M^{me} Geneviève Paquette-Landry, archiviste médicale, Direction des services multidisciplinaires

RLS du Rocher-Percé

M^{me} Nicole Boutin, assistante-chef technologue en radiologie, Direction des services multidisciplinaires

M^{me} Nadia Morris, kinésiologue, Direction des programmes santé physique généraux et spécialisés

M^{me} Marlène Parisé, directrice des services multidisciplinaires

M^{me} Andréanne Ritchie, ergothérapeute, Direction du programme DI-TSA-DP

M^{me} Sylvie St-Yves, chef du PETRAAS, et chef de service en violence conjugale et agression sexuelle, Direction programme Santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux

M^{me} Chantal Duguay, présidente-directrice générale

Les faits saillants du CISSS de la Gaspésie

Animées par une meilleure connaissance de notre organisation nouvellement créée, les équipes ont travaillé avec vigueur pour améliorer, maintenir et développer les services à la population. Ainsi, l'année 2017-2018 a été riche en initiatives et en projets d'amélioration des services.

Voici quelques faits saillants du dernier exercice :

Déploiement de l'hémodialyse en Gaspésie

Le 23 mars 2017, M. Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux, annonçait un projet de déploiement d'hémodialyse pour le CISSS de la Gaspésie. Ce projet s'est établi avec un partenariat solide avec le CISSS du Bas-St-Laurent; cet établissement étant le centre principal de référence en hémodialyse pour notre territoire.

Notre projet clinique consistait à déployer une offre de service de proximité grâce à l'ajout de six chaises réparties dans les trois RLS (Hôpitaux de Gaspé, de Ste-Anne-des-Monts et de Maria) et une augmentation du nombre de plages horaires à l'Hôpital de Chandler.

À l'Hôpital de Gaspé, nous avons accueilli les premiers clients le 3 juillet 2018. Le 2 octobre 2018, le site d'hémodialyse de Ste-Anne-des-Monts accueillait ses premiers clients. Enfin, le 26 décembre 2018, l'Hôpital de Maria était prêt à recevoir son premier client. Présentement, chacun des sites est à pleine capacité, en fonction des ressources disponibles en néphrologie, c'est-à-dire quatre patients par site qui reçoivent des traitements trois jours par semaine.

Guichet réadaptation

La Direction des programmes en déficience et réadaptation a poursuivi les travaux entourant la mise en œuvre d'une trajectoire de services intégrés en réadaptation. Au cours de l'année 2017-2018, certaines actions ont permis de concrétiser la vision poursuivie, soit une expérience client positive, fluide et de qualité. Ce qui permet d'ores et déjà de constater une amélioration dans l'offre de service globale, c'est-à-dire :

- Implantation d'un guichet d'accès centralisé en réadaptation;
- Amorçage des formations du personnel aux différents systèmes informatiques clientèles, étape nécessaire à l'actualisation du concept d'intermission;
- Implication de l'ensemble des professionnels d'une même discipline aux mécanismes de collaboration et de concertation en place (rencontres, communautés de pratiques, comités de travail, etc.);
- Réalisation de travaux avec l'équipe de la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées afin d'entrevoir la mise en place d'une trajectoire fluide pour l'utilisateur dont la réponse aux besoins nécessite autant des interventions en réadaptation qu'en soutien à domicile;
- Réalisation de travaux (dont la tenue d'une rencontre de travail de type Kaizen) visant l'amélioration des délais d'accès en orthophonie.

Démarche gestion de la présence au travail

Faisant face à un état de situation préoccupante en matière de gestion de la présence au travail, se traduisant par un important taux d'assurance salaire, le CISSS de la Gaspésie a décidé de lancer une large démarche impliquant l'ensemble de ses partenaires afin d'élaborer un plan d'action. La démarche propose un comité stratégique et trois sous-comités qui travaillent sur des aspects particuliers liés à la gestion de la présence au travail, soit le climat de travail, l'harmonisation des pratiques en matière de gestion de la présence au travail ainsi que la santé et sécurité au travail. Ils sont constitués de représentants de la direction, des gestionnaires et des employés.

Le comité stratégique a pour mandat principal d'assurer une vigie quant aux actions proposées par les différents comités de travail et d'évaluer l'avancement et les résultats. Le comité sera également un lieu d'échanges et de discussions ouvertes. Les relations entre les membres du comité sont sous l'angle du partenariat et de la collaboration.

Présence des services de soutien à domicile dans les hôpitaux

Soucieux de faciliter le continuum de soins pour les usagers, nous avons révisé le processus de « gestion des lits » afin d'impliquer les intervenants du soutien à domicile. Ainsi, la planification du congé est débutée dès l'admission de l'usager. La présence de ces professionnels à la gestion des lits permet de dresser un bilan sur la situation domiciliaire de l'usager, y compris sur les actions mises en place par les différents intervenants et partenaires qui gravitent autour de l'usager et de ses proches.

Cette façon de faire permet de travailler en amont et d'identifier les obstacles pouvant être rencontrés lors du retour à domicile. Parallèlement, un outil clinique (le *LACE*) qui permet de repérer les usagers à risque élevé de réadmission, a été implanté dans un RLS en projet-pilote. Il sera utilisé dans les autres RLS au courant de l'année 2018-2019. Cet outil est complété par l'assistante-infirmière-chef au congé du client. Le score généré par le *LACE* est ensuite connu d'une infirmière-pivot qui communique avec le client (ou son proche) qui a un score élevé dans les 24 heures suivant sa sortie d'hôpital. Elle s'assure que l'usager a bien pris un rendez-vous avec son médecin de famille ou avec les différents spécialistes, comme le requiert sa condition. Elle révisé avec lui son plan de traitement et ses symptômes d'aggravation de la maladie et elle valide qu'il sache avec qui communiquer en cas d'urgence.

Le score *LACE* est inscrit sur toutes les références au guichet d'accès SAD. Selon le score, l'infirmière ajuste le moment de sa première visite à domicile ainsi que l'intensité de son suivi pour les quatre premières semaines, et cela, dans le but d'éviter une réadmission.

Cette nouvelle façon de faire a permis d'améliorer la communication lors des transitions de soins, de miser sur la participation active de l'usager et de ses proches, de faciliter l'exercice de l'autogestion de ses soins (meilleure connaissance de son plan de traitement) et de diminuer le taux de réadmission pour une clientèle visée.

Délai d'attente aux urgences

Au cours de la dernière année, le CISSS de la Gaspésie a bonifié son plan d'action global afin d'améliorer la performance de ses unités d'urgence par une amélioration de l'accessibilité aux soins et par la qualité des services rendus pour la clientèle de son territoire. L'aspect le plus important de cette réalisation est l'amélioration du délai d'attente aux urgences. Le délai moyen de séjour est passé de 10,6 h en 2016-2017 à 9,0 h en 2017-2018, soit 4,1 heures de moins que la moyenne provinciale.

De plus, nous avons travaillé à implanter la redirection des patients des urgences présentant une priorité non urgente (P4 et P5) vers les cliniques des GMF et GMF-U permettant ainsi d'offrir le meilleur service, au meilleur moment et avec la meilleure personne.

Projet JIMMY – Intégration des services jeunesse

Dans le cadre d'une démarche *Lean*, la Direction du programme Jeunesse du CISSS de la Gaspésie a travaillé à l'intégration de la trajectoire de services en jeunesse par l'harmonisation et la simplification des processus d'accueil, la mise en place d'un intervenant famille en GMF et la révision de la trajectoire et du processus clinique.

Ainsi, le rôle de l'intervenant famille, qui travaille en interdisciplinarité avec le médecin de famille en GMF, devient une fonction clé dans l'accompagnement non seulement du jeune et de sa famille, mais également pour l'accès à la gamme de services spécifiques dispensés par le CISSS de la Gaspésie. Le processus clinique a été révisé afin d'assurer la fluidité des services et éviter les bris potentiels ou les « échappés », plus particulièrement pour la clientèle vulnérable et les enfants à risque de situation de négligence ou de compromission dans leur développement.

Enfin, la démarche a aussi assuré la révision des lieux d'échanges cliniques afin d'intégrer les services en LPJ et LSSSS là où cela présentait une pertinence. Ce n'est plus le cadre de loi qui vient guider le choix de l'intervenant qui accompagnera le jeune et sa famille, mais l'analyse clinique de la situation. Cette analyse permet d'identifier l'intervenant de confiance le mieux placé cliniquement pour accompagner ceux-ci.

Ce projet a permis principalement de simplifier l'offre de service pour l'utilisateur et de s'assurer que la communauté de la Gaspésie reçoive des services de qualité qui sont standardisés d'un RLS à l'autre.

Révision de l'offre alimentaire en CHSLD

Un projet d'harmonisation et d'amélioration de l'offre alimentaire pour la clientèle a été mis sur pied par les régions de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches. Devant le succès de la démarche, ce projet s'applique à toutes les régions du Québec, dont la Gaspésie.

Le but de ce projet, qui a débuté à la toute fin de l'année financière 2016-2017 et qui s'est actualisé en 2017-2018, est d'améliorer la qualité de l'offre alimentaire dans l'ensemble des CHSLD. Il vise à assurer une offre de menus commune et équitable dans les CHSLD du CISSS de la Gaspésie, afin de répondre efficacement aux besoins des diverses clientèles, laquelle offre est basée sur :

- Une harmonisation des balises nutritionnelles et alimentaires;
- Une structure commune de menus;
- Une standardisation des recettes;
- La promotion du plaisir dans l'alimentation par le respect des préférences des résidents.

Les nouveaux menus sont maintenant implantés dans tous les CHSLD de la région et la dernière phase d'évaluation se terminera au courant des premiers mois de l'exercice 2018-2019. Quelques ajustements pourront ensuite être effectués selon les commentaires reçus des résidents et de leur famille.

Projet Une saison à la fois

Planifié et animé par deux intervenantes des services de santé mentale adulte du RLS de La Côte-de-Gaspé, le projet « Une saison à la fois » a regroupé sept participants, tous des usagers de leur service, qui ont effectué quatre sorties photos ainsi que des rencontres de préparation et d'intégration. Ils ont présenté, pendant un mois, le résultat de leur démarche à la population du grand Gaspé afin de la sensibiliser au bien-être et à la résilience face à un problème de santé mentale.

Le projet a été un succès et une seconde édition se prépare. L'équipe du projet est présentement en processus de recrutement auprès de la clientèle du programme santé mentale de La Côte-de-Gaspé.

Ce projet avait fait l'objet d'un financement de 9 000 \$ du Fonds communautaire Bell Cause pour la cause. De plus, la démarche a été rendue possible grâce à la collaboration de précieux partenaires, soit la Fondation du CSSS de La Côte-de-Gaspé, Jacques Gratton, photographe, la Ville de Gaspé, le Centre communautaire de Douglstown, CD Spectacles, Max Infographie-Imprimerie du Havre, Concept K et Photo Cassidy.

Galas reconnaissance pour souligner les 25 ans de service et les retraités

Les activités de reconnaissance des employés fêtant leurs 25 ans de service et ceux ayant pris leur retraite, se sont déroulées du 18 mai au 9 juin 2017 dans l'ensemble des RLS, soit Baie-des-Chaleurs (18 mai), Côte-de-Gaspé (1^{er} juin), Haute-Gaspésie (8 juin) et Rocher-Percé (9 juin). Le travail de l'équipe de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) dans tous les RLS a été remarquable pour l'organisation de ces galas qui furent de grande qualité ainsi que l'implication des équipes d'hygiène et salubrité et de la maintenance pour le soutien à la logistique. Ces rencontres ont été réalisées sous le signe de la mobilisation, de la reconnaissance et de la fierté.

Déploiement des salles de pilotage

Les salles de pilotage constituent l'un des premiers piliers pour le déploiement d'une gestion intégrée de la performance et de l'amélioration continue. La déclinaison de la salle de pilotage stratégique vers les salles de pilotage tactiques et opérationnelles permet d'orienter les actions vers les opérations et tirer les problématiques émergentes des opérations jusqu'aux niveaux hiérarchiques supérieurs.

En 2017-2018, le CISSS de la Gaspésie a poursuivi l'implantation de ses salles de pilotage, et ce, à tous les niveaux hiérarchiques de l'organisation, soit stratégique, tactique et opérationnel. La salle de pilotage stratégique, en place depuis avril 2016, cumule un nombre impressionnant de 26 animations à son actif ainsi que des animations qui se veulent démocratisées depuis la dernière année. En vue de maintenir ce rythme soutenu d'animation, la version virtuelle de celle-ci a également été lancée au cours de l'automne 2017, ce qui permet des animations effectuées dans différentes installations du CISSS.

Actuellement, trois salles de pilotage tactiques sont actives, soit celle de la réadaptation, celle de la Jeunesse-DPJ ainsi que celle de la Direction des ressources financières et de l'approvisionnement. Cette dernière constitue la première et unique salle de pilotage tactique virtuelle. Une pratique qui donnera le ton à l'implantation des prochaines salles de pilotage tactiques.

Enfin, onze salles de pilotage opérationnelles ont été implantées dans les directions Réadaptation et Jeunesse, et rapidement, les gains étaient perceptibles, c'est-à-dire une meilleure communication dans l'équipe, l'amélioration de l'adhésion des intervenants à l'atteinte des cibles de performance et l'augmentation de la mobilisation des membres de l'équipe ne sont que quelques-uns des gains mentionnés. Grâce aux principes intégrés de cascade et d'escalade dans les salles de pilotage, la performance opérationnelle est ainsi liée à la performance d'une direction et contribue par conséquent à la performance générale de l'organisation.

Cadre de référence en matière de qualité

Adoption officielle du *Cadre de référence en matière de qualité* et de la *Politique d'amélioration continue de la qualité des services du CISSS de la Gaspésie* par le conseil d'administration. Les objectifs poursuivis étant principalement :

- Déterminer une approche, un cadre et un langage communs pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et services;
- Implanter et poursuivre des activités structurées et coordonnées visant le maintien et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services;
- S'assurer que les efforts d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité se propagent dans tous les secteurs d'activité de l'établissement;
- Mobiliser le personnel à l'aide de moyens visant une implication réelle de celui-ci dans la recherche de pistes d'amélioration continue de la qualité des soins et services offerts à la population.

Avec l'adoption du projet, le CISSS se dotait officiellement d'un mécanisme d'implantation des équipes qualité.

Du 10 au 15 septembre 2017, Agrément Canada a procédé à l'évaluation de l'organisation. Rappelons que les objectifs de la visite étaient d'évaluer la qualité des services, le maintien des acquis et la proximité des services. L'obtention de l'agrément est le résultat d'une évaluation rigoureuse qui a été possible grâce à la collaboration des usagers, du personnel, des administrateurs ainsi que des partenaires. Les représentants d'Agrément Canada ont évalué plus de 2 400 critères et visité plus de 16 installations sur notre territoire.

Le CISSS de la Gaspésie a obtenu une note globale de 88,3 % pour sa première certification d'agrément à la suite de la fusion des établissements. Ce résultat atteste publiquement que le CISSS de la Gaspésie atteint de hautes normes quant à la qualité et la sécurité de ses services, répond aux exigences d'Agrément Canada ainsi qu'aux normes d'excellence en santé.

Cette visite s'est déroulée après deux années d'existence du CISSS de la Gaspésie au cours desquelles l'organisation a eu à relever de nombreux défis, notamment la mise en place de la nouvelle gouverne, le maintien de l'offre de service à la clientèle, la révision des programmes et continuum de soins et de services, l'atteinte des cibles de réduction budgétaire attendues, ainsi que la mobilisation de tous les employés et acteurs du CISSS dans un contexte de changement.

Plusieurs forces ont été soulevées par l'équipe indépendante d'évaluation d'Agrément Canada, tout particulièrement l'engagement de tous les membres de l'organisation en regard de l'amélioration continue, les partenariats et les corridors de service bien établis, l'engagement et la mobilisation du personnel et de l'équipe médicale, ainsi que l'implication du soutien à domicile dans les hôpitaux.

De plus, les visiteurs ont souligné plusieurs réalisations de l'équipe du CISSS qui vont au-delà des résultats attendus et sont dignes de mention. Parmi celles-ci, notons :

- L'atteinte de l'équilibre financier tout en ayant maintenu une offre et une proximité de services de qualité;
- La mise à niveau du parc immobilier en conformité avec les normes;
- L'intégration de la philosophie patient-partenaire dans certains secteurs;
- L'engagement en regard de l'amélioration de la qualité;
- Le développement de partenariats solides avec les organismes de la région.

RAC de New Richmond

Dans le cadre des travaux qui ont mené aux orientations en matière de ressources résidentielles pour la clientèle adulte en santé mentale, le CISSS de la Gaspésie a mis en place une ressource régionale à assistance continue (RAC). Cette RAC a accueilli son premier client le 24 octobre 2017. Cette dernière se veut être une résidence d'hébergement transitoire, en présence de ressources humaines 24 heures par jour, 7 jours par semaine, visant à offrir des services de réadaptation et d'habitation en vue de la réinsertion. Le nombre de places est de 7.

La ressource est située à New Richmond. Les services qui y seront offerts s'adressent à l'ensemble de la population de la Gaspésie selon le mécanisme et les critères d'accès établis. Sa mission première vise à développer le potentiel de la personne en lui dispensant des services intensifs de réadaptation.

La RAC offre des services aux personnes présentant un diagnostic de santé mentale dont les incapacités qui en résultent entravent, de façon significative, l'accomplissement des activités de la vie quotidienne et domestique. Les problèmes de comportement interfèrent de façon significative dans les relations personnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle reliée à la production de travail.

Ces personnes sont dans une impasse thérapeutique engendrant un pauvre niveau de fonctionnement. Elles peuvent également avoir une piètre qualité de vie.

Usage approprié des antipsychotiques en CHSLD chez les résidents ayant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) – Un projet panquébécois concerté et intégré

Le Centre d'hébergement du Rocher-Percé (Villa Pabos) a été choisi comme site pilote en Gaspésie pour participer à la première phase de ce projet sur la réduction de l'utilisation des antipsychotiques et c'est une fierté de pouvoir accueillir un tel projet. L'objectif du projet est de vérifier si les personnes hébergées ont vraiment besoin de prendre ce type de médicaments afin d'améliorer leur qualité de vie.

Le projet a débuté en janvier 2018 et s'applique d'abord à une seule unité. Le lancement du projet s'est fait par une formation donnée au personnel pour en connaître davantage le sujet et dans le but de bien implanter la démarche. De plus, pour assurer la réussite du projet, un comité clinique a également été mis en place pour faciliter la communication et partager ensemble les observations.

Ajout d'effectifs en SIV pour une plus grande présence dans le milieu auprès de la clientèle présentant des troubles de santé mentale

Dans l'optique de consolider les équipes de soutien dans la communauté tant pour les jeunes que pour les adultes atteints de troubles mentaux graves, des ajouts de ressources ont été réalisés dans les services de soutien d'intensité variable. Ces services offerts dans le milieu favorisent l'inclusion des personnes au sein de la collectivité.

Concrètement, ces ajouts ont été de 1,6 ETC éducateur spécialisé, 0,4 ETC psychologue et 0,4 ETC auxiliaire familiale.

Relance du programme de bourses en santé et en services sociaux

Afin de favoriser le recrutement dans les domaines identifiés comme étant vulnérables dans le cadre de l'exercice annuel de planification de la main-d'œuvre des établissements du réseau, le ministère de la Santé et des Services sociaux a repris le programme bourses permettant à des étudiants ou des finissants de recevoir une aide financière appréciable à la suite d'un engagement d'emploi pour le CISSS de la Gaspésie dans un domaine spécifique.

Pour la Gaspésie, ce sont 11 bourses qui ont été offertes dans différents domaines, tels que l'orthophonie et le travail social.

Le CISSS de la Gaspésie faisant face à d'importants enjeux de recrutement, ces bourses ont permis de combler des postes vacants et, ainsi, d'assurer la continuité des services.

Projets d'immobilisations : le CISSS en action

Soucieux d'offrir un environnement physique propice à la dispensation de soins et de services sécuritaires et de qualité, le CISSS de la Gaspésie, par sa Direction des services techniques, a entamé ou achevé plusieurs projets d'amélioration des infrastructures au courant de l'année 2017-2018. Nous pouvons, entre autres, mentionner le projet d'agrandissement de l'urgence de l'Hôpital de Gaspé qui avance à bon rythme prévoyant un début des travaux au printemps 2019. De plus, des travaux de construction d'une nouvelle pharmacie à l'Hôpital de Maria sont entamés. La pharmacie de l'Hôpital de Chandler fera également peau neuve avec un projet majeur d'agrandissement qui s'actualisera en 2018-2019.

Il s'agit seulement de quelques exemples d'une longue liste de travaux visant à améliorer les installations du CISSS de la Gaspésie pour le bénéfice des usagers ainsi que du personnel qui voit leur milieu de travail bonifié selon les meilleures pratiques.

La Direction des ressources informationnelles à l'œuvre pour des systèmes adaptés aux besoins de l'organisation

Les besoins organisationnels en termes d'informatisation sont de plus en plus importants et de nombreux projets sont en cours afin de moderniser et d'unifier, dans l'ensemble du Québec, les systèmes en place. Ainsi, au courant de l'année 2017-2018, la Direction des ressources informationnelles a réalisé un important exercice de planification des ressources afin d'assurer un suivi diligent des projets ministériels pour la région. Les équipes sont donc à l'œuvre afin d'offrir au réseau de la santé et des services sociaux des systèmes adaptés aux besoins de l'organisation et répondant aux meilleures exigences. Ces projets auront un impact significatif sur les activités cliniques du CISSS de la Gaspésie, et ce, au bénéfice des usagers.

Prix, hommages
et rayonnement

Prix loisirs en CHSLD



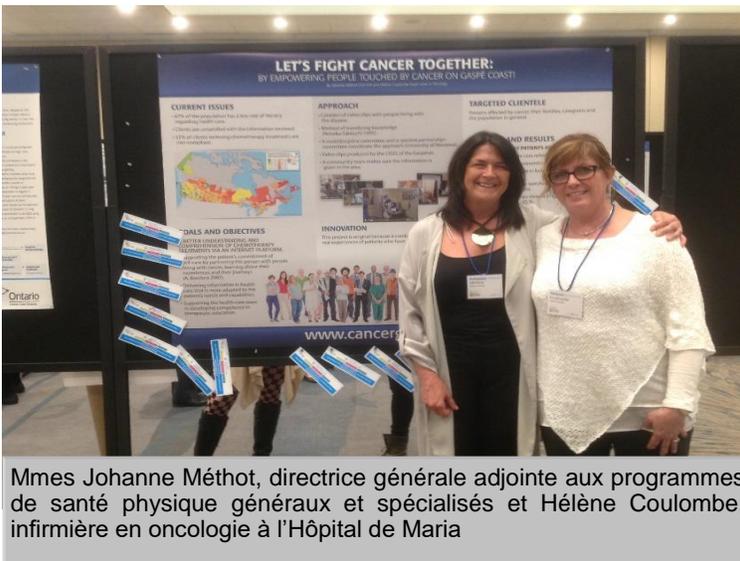
M^{me} Louise Poirier, technicienne en loisir Maria, M^{me} Catherine Poirier, éducatrice spécialisée New-Carlisle, et M. Francis Galarneau-Girard, technicien en loisir Matapédia

La région s'est distinguée lors de la 31^e édition des prix d'excellence de la Fédération québécoise du loisir en institution, remportant deux prix.

Le prix « Loisir et innovation » est décerné à un intervenant et/ou Service d'animation-loisirs ayant réalisé une activité qui se démarque par sa créativité et son originalité et qui a la préoccupation de rejoindre les différentes clientèles de l'installation. C'est ce que se sont vu décerner les équipes des loisirs des CHSLD de Maria, New Carlisle et Matapédia, pour leur Carnaval d'hiver.

La région Bas-St-Laurent—Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine s'est aussi vu décerner le prix de la « Vitalité régionale », qui est remis à une région qui apporte une contribution digne de mention par son dynamisme et son souci de contribuer au développement du loisir dans le réseau de la santé. La région lauréate est choisie par les membres du conseil d'administration provincial.

Faisons équipe contre le cancer à Toronto



Mmes Johanne Méthot, directrice générale adjointe aux programmes de santé physique généraux et spécialisés et Hélène Coulombe, infirmière en oncologie à l'Hôpital de Maria

Les 7 et 8 avril 2017 s'est tenu, à Toronto, l'événement national « Approches novatrices à l'égard de l'optimisation des soins en oncologie au Canada ». Le Canada est un chef de file mondial dans la mise en œuvre d'une stratégie robuste de lutte contre le cancer et de la qualité des soins en oncologie au Canada.

Lors de cet événement, les représentants de l'équipe du projet « Faisons équipe contre le cancer » ont eu le plaisir d'exposer leur modèle clinique de patient-partenaire en cancérologie. C'est à nouveau une belle occasion de

démontrer le leadership clinique en cancérologie en Gaspésie. D'ailleurs, le MSSS a apporté un grand soutien dans la préparation de cet événement.

Campagne Centraide 2017



La PDG du CISSS, M^{me} Chantal Duguay, la directrice de campagne, M^{me} Geneviève Cloutier et le directeur général de Centraide, M. Stéphan Boucher.

impliqués avec dévouement pour le succès de cette campagne. Dans La Haute-Gaspésie 3 320 \$ ont été amassés, pour La Côte-de-Gaspé les dons totalisent 6 470 \$, 4 992 \$ ont été récoltés dans Rocher-Percé et la Baie-des-Chaleurs a contribué pour une somme de 4 486 \$.

Cette grande générosité permet de venir en aide à des centaines de personnes vulnérables.

Le CISSS de la Gaspésie, grâce à la générosité de ses travailleuses et travailleurs, gestionnaires et médecins, a réalisé une campagne record en 2017 pour soutenir Centraide Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

En 2016, une somme de 16 627 \$ avait été amassée et cette année, ce sont 19 268 \$ que les artisans de la campagne ont récoltés. Au cours des deux dernières années, c'est une hausse de plus 43 % que cette campagne a connue.

Des représentants des travailleuses et travailleurs ont sollicité leurs collègues dans le cadre de cette campagne dirigée par M^{me} Geneviève Cloutier, qui agissait alors à titre de représentante de Centraide au sein de l'organisation. Les bénévoles dans les quatre réseaux locaux de services se sont

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

Chapitre III : Les attentes spécifiques

Résultats au regard des attentes signifiées 2017-2018

Attentes spécifiques	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)			
Bilan des activités réalisées	Un bilan faisant état des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	Réalisée	
Comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN)	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et le comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, Santé et Services sociaux, Québec 2006 ».	Réalisée	
SECTION II : SERVICES SOCIAUX (DGSS)			
Implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance et plan de travail	L'établissement devra transmettre au MSSS une liste des installations de son territoire devant implanter le protocole, un plan de travail détaillant les activités prévues ainsi que l'échéancier de l'implantation du protocole. Un gabarit permettant l'identification des installations pertinentes sera fourni. Ces livrables permettront de déterminer la cible associée à l'indicateur « pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance », par établissement et nationalement.	Réalisée	Considérant que le plan de travail est demandé pour le 30 juin 2018, la fiche a été complétée en fonction de la liste qui était demandée au 30 septembre 2017.
Poursuivre la mise en œuvre des composantes des programmes d'intervention en négligence (PIN)	Assurer la mise en œuvre de toutes les composantes obligatoires des PIN avant le 31 mars 2018. Un formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'usagers ayant participé au programme.	Réalisée	

Attentes spécifiques	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	<p>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.</p> <p>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.</p>	Réalisée	
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	Réalisée	
Plan d'action 2017-2022 sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA)	À la suite de la publication du Plan d'action et du plan de déploiement ministériel, l'établissement devra compléter et transmettre le bilan de l'implantation des mesures identifiées.	Réalisée	
ADDENDA – Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA	Les établissements, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés.	Réalisée	

Attentes spécifiques	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
ADDENDA – Mesures alternatives et bonnes pratiques des établissements non fusionnés pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA	Les établissements non fusionnés, de par leur mission suprarégionale, ont un champ d'action différent des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et services sociaux (CIUSSS) qui ont une responsabilité populationnelle. Ils ont des responsabilités dans la prévention et réduction des NSA et dans la collaboration avec les CISSS et CIUSSS. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA.	Réalisée	
ADDENDA – Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements. De plus, il est aussi prévu que des audits aléatoires seront menés par le MSSS dans les établissements.	Réalisée	
SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)			
État d'avancement de l'implantation du Plan d'action par établissement déposé le 31 mars 2016 et réalisé sur la base des orientations ministérielles 2006	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016. Le plan doit préciser : Action – Objectif – Stratégie/Moyens – Responsable – Résultats/Livrables – Échéancier – Indicateur – Cible atteinte. De plus, les obstacles liés à la non-réalisation du plan devront être notés.	Réalisée	
État d'avancement du plan d'action triennal 2016-2019 – Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1 ^{er} juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS-CIUSSS devra être produit.	Réalisée	
État d'avancement sur le plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018	Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	Réalisée	

Attentes spécifiques	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
État d'avancement de l'implantation du Plan d'action déposé le 31 mars 2016 par établissement réalisé sur la base des orientations ministérielles 2015	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016 composé à partir des actions et des objectifs, incluant l'état d'avancement des travaux au 31 mars 2018. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	Réalisée	
Investissements en santé mentale dans l'établissement – Accompagnement par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) pour le déploiement des services de suivi intensif dans le milieu (SIM), de soutien d'intensité variable (SIV) et de premier épisode psychotique (PEP)	Prendre part à un processus d'accompagnement avec le CNESM dans le cadre du déploiement des nouvelles équipes et des nouveaux services prévus dans les investissements annoncés le 28 avril 2017 par le ministre.	Réalisée	
Effectifs dans les équipes de soutien dans la communauté	Fournir les informations requises quant aux effectifs en services dans la communauté : suivi intensif dans le milieu (SIM), soutien d'intensité variable (SIV), Flexible Assertive Community Treatment (FACT) et premier épisode psychotique (PEP). Contrairement au suivi des EGI associés aux SIM et SIV, ce suivi comprend également les services qui ne sont pas homologués.	Réalisée	
SECTION IV : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET (DGFIB)			
Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années	L'établissement a pour objectif de finaliser l'inspection technique de son parc immobilier. À la suite de l'inspection des bâtiments, il doit élaborer la liste des correctifs devant être réalisés dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs+ Réseau.	Réalisée	
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	L'établissement participe à la réalisation du Plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	Réalisée	

Attentes spécifiques	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)			
Sécurité civile	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure d'assumer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer : de veiller à l'élaboration ou à la révision d'un plan de sécurité civile; du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au sujet de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile; de raffermir les liens de partenariats en sécurité civile.	Réalisée	
Mandat ministériel de leadership régional en sécurité civile	Exercer le rôle de leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région. À cet effet, le MSSS s'attend à ce que l'établissement maintienne une instance de concertation régionale en sécurité civile avec des mécanismes de coordination efficaces permettant un déploiement concerté des ressources du RSSS advenant un sinistre.	Réalisée	
Gestion des risques en sécurité civile – Santé et services sociaux	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en arrimage avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit : maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation; compléter la phase d'établissement du contexte du processus; compléter la phase d'appréciation des risques du processus.	Réalisée	
État de situation sur le degré de maturité d'une salle de pilotage stratégique	Un bilan faisant état du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'établissement est demandé. Ce bilan vise à documenter la maturité de la salle de pilotage déployée selon les différentes dimensions abordées, soit la planification, le déploiement, le contrôle/suivi et la réponse-action. Aussi, des questions d'ordre général sont prévues.	Réalisée	

Chapitre IV : Les engagements annuels

Résultats au regard des engagements 2017-2018

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel 2018-2019
Santé publique			
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles ayant mis en œuvre des interventions globales et concertées en promotion et en prévention de la santé selon l'approche École en santé	80	30,6	80
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Depuis 2015, le travail s'est fait auprès des commissions scolaires plutôt qu'auprès des écoles par manque de répondantes dans les deux réseaux. Cette année, nous travaillons avec ses répondantes locales pour redresser la situation et recommencer le travail dans les écoles. En effet, même s'il y a des activités de promotion de la santé dans toutes les écoles, aucune école ne peut répondre oui à certains indicateurs concernant la planification globale et l'évaluation de celle-ci. Afin de mettre en place les meilleures pratiques, nous avons réduit le nombre d'écoles, soit 15 écoles sur 55, afin d'implanter à l'unisson l'ensemble des indicateurs</p>			
1.01.27 EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	93	92,5	93
1.01.28 EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais	90	79,9	90
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) L'équipe travaille sur les interventions nécessaires pour atteindre la cible prévue l'année prochaine. Les pistes d'actions tournent autour d'une analyse fine à faire par MRC parce que la situation n'est pas homogène, un examen de la saisie des données (des récits anecdotiques laissent croire à des erreurs) et à un effort de communication des équipes péri auprès des parents.</p>			
1.01.29 PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez des jeunes de 15 à 24 ans	261	334	261
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	85	64,2	85
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Idem que pour l'indicateur 1.01.28</p>			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel 2018-2019
Santé publique - Infections nosocomiales			
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	75	60,4	75
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Formation à l'embauche sur le lavage des mains; Activités de sensibilisation du personnel et populationnel sur la journée mondiale de l'hygiène des mains; Audits deux fois par année et plan d'action par programme ; Contamination positive par les pairs et la clientèle; Diminution marquée de la performance sur un territoire, qui affecte les statistiques globales de l'établissement.</p>			
Services généraux			
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	95,8	93,3	95,8
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Nous avons eu plusieurs quarts de travail basculés vers la région de Montréal car nous étions à découvert par faute de personnel, ce qui expliquerait en partie certaines difficultés. Nous sommes en processus de faire une fusion de régions avec la Côte Nord pour optimisation, en attente de la nouvelle téléphonie qui sera en place à l'automne 2018.</p>			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel 2018-2019
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)			
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100	100	100
1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	75	100	75
1.03.10-PS Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	75	50	75
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</p> <p>L'engagement n'est pas atteint pour l'année financière 2017-2018 conformément au standard du ministère selon lequel les RLS doivent avoir implanté au moins 80 % des composantes pour être considérés comme ayant atteint la cible. En effet, deux de nos quatre RLS ont eu des résultats respectifs de 81,15% (RLS de La Haute-Gaspésie) et de 85,35 % (RLS du Rocher-Percé). Il est à noter que pour les deux autres RLS, nous étions très près de la cible, soit à 79,29 % pour le RLS de la Baie-des-Chaleurs ainsi que 79,12 % pour le RLS de La Côte-de-Gaspé.</p> <p>Nous observons une diminution de l'implantation des composantes du RSIPA qui varie de minime à légère par RLS comparativement à nos résultats 2016-2017.</p> <p>Ces diminutions s'expliquent par le fait que nous n'avons pas encore déployé la gestion de cas dans notre CISSS. Toutefois, nous sommes à planifier le déploiement de la gestion de cas ainsi que la formation des gestionnaires de cas pour notre CISSS d'ici la fin de l'année 2018. De plus, un comité régional pour ce dossier a été formé et est en place depuis mai 2018.</p>			
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus	92	95,3	93,5
1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO SMAF de 4 à 14 (Nouveau)	293 174	329 786	293 500

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel 2018-2019
1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	1559	1299	1580
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</p> <p>L'engagement n'est pas atteint pour l'indicateur 1.03.15-EG2 pour l'année financière 2017-2018. Nous observons toutefois une augmentation du nombre de personnes desservies en soutien à domicile longue durée ayant un profil ISO-SMAF 4 à 14, comparativement à nos résultats de la fin de l'année financière 2016-2017 (augmentation de 119 personnes).</p> <p>Il est important de noter que nous avons atteint la cible pour le nombre de clients desservis. Toutefois, 266 clients n'avaient pas une évaluation récente (12 derniers mois). La problématique n'est pas d'augmenter le nombre de clients, mais plutôt de s'assurer que les évaluations OEMC et PI sont à jour.</p> <p>Pour ce faire, les stratégies envisagées sont les mêmes que celles mentionnées pour l'indicateur 1.03.11-PS ainsi que les stratégies envisagées à l'indicateur 1.03.12-PS pour l'évaluation globale à jour de cette clientèle.</p>			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel 2018-2019
Soutien à domicile de longue durée (SAPA / DP / DI-TSA)			
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	307 620	361 331	310 181
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	2 273	2011	2 350
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</p> <p>L'engagement n'est pas atteint pour l'année financière 2017-2018. Nous observons toutefois une augmentation du nombre de personnes desservies en soutien à domicile longue durée comparativement à nos résultats de la fin de l'année financière 2016-2017 (augmentation de 190 personnes). Pour atteindre nos engagements 2018-2019, soit desservir 2350 personnes, nous devons augmenter notre nombre total de 339 personnes.</p> <p>Pour ce faire, les stratégies priorisées sont de renforcer le déploiement du PRISMA-7 comme outil de repérage des personnes vulnérables à risque de déclin fonctionnel, bonifier notre arrimage avec la direction DP-DI-TSA afin d'assurer une prise en charge plus précoce et plus optimale des personnes survivant à un AVC, peaufiner notre arrimage avec la santé physique afin d'effectuer une prise en charge plus précoce des personnes considérées comme étant en soins palliatifs, poursuivre nos travaux d'implantation des composantes du RISPA avec nos partenaires afin de mieux repérer les personnes en perte d'autonomie, poursuivre l'arrimage avec la santé physique pour diminuer le nombre de NSA et s'assurer que ces personnes soient suivies par le soutien à domicile (SAD) pour celles qui ne sont pas connues et en terminant, faire davantage connaître l'offre de service en SAD (reprendre notre plan de communication) auprès de la population, des partenaires dans la communauté, des équipes médicales et soignantes, etc.).</p>			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel 2018-2019
1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	90	78,4	90
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Pour l'année financière 2017-2018, nous soulignons toutefois une augmentation du pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention comparativement à nos résultats de la fin de l'année financière 2016-2017 (augmentation de 4,8%). Pour atteindre nos engagements 2018-2019 en regard de cet indicateur, nous devons augmenter notre pourcentage de 11,6 %. La rareté du personnel, certains postes au soutien à domicile non comblés et un taux élevé en assurance salaire pour notre CISSS sont tous des facteurs qui ont affecté notre résultat global pour cette année. Les cadres du soutien à domicile sont en soutien auprès de leur équipe terrain et effectuent un suivi de la gestion de la présence au travail à toutes les semaines. L'implantation des rapports d'état hebdomadaires avec les équipes SAD permettent, entre autres, une meilleure proximité entre le cadre et ses employés, un meilleur suivi des personnes recevant des services du SAD qui ont une évaluation à jour et un plan ainsi qu'une meilleure analyse des obstacles à lever pour maintenir les meilleures pratiques demandées par le ministère. Nous avons également déployé les rapports du comptoir de données dans la direction SAD. Maintenant, tout le personnel a accès à ses rapports personnalisés afin d'effectuer une planification du nombre de personnes dont l'évaluation est à mettre à jour dans les délais requis et ainsi que ceux dont le plan d'intervention est à effectuer. À la mi-juin 2018, nous aurons terminé la mise en place des OCCI. Après une période d'appropriation, nous croyons que nos équipes seront plus productives, n'ayant plus à transcrire les OEMC parfois complétés à la main. De plus, nous sommes à implanter les salles de pilotages opérationnelles et tactiques pour la direction SAPA. Ces salles permettront aux équipes, tant cadres que professionnelles, de suivre certains indicateurs, dont celui-ci, et d'analyser les solutions à mettre en place pour soutenir les équipes terrains dans l'atteinte de la cible.</p>			
<p>Déficiences - Plan d'accès DP / DI-TSA</p>			
1.45.04.01 Taux des demandes de services traitées en CLSC selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services - Déficiences physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	82,9	90
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Un suivi rigoureux est produit périodiquement en regard des listes d'attente et des pourcentages de respect de prise en charge selon les niveaux de priorité. Ce suivi permet d'identifier les zones de fragilité et des actions sont prévues pour l'année en cours (entre autres, les critères servant à déterminer les niveaux de priorité seront revus avec les professionnels aux guichets afin d'assurer une uniformité sur l'ensemble du territoire).</p>			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel 2018-2019
1.45.05.01 Taux des demandes de services traitées en CLSC selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services - DI / TSA - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	93,9	92,5
1.45.04.05 Taux des demandes de services traitées en CRDP selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services - TOUS ÂGES -TOUTES PRIORITÉS	90	85,2	90
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Les résultats sont attribuables à des bris de services en déficience visuelle. Les postes vacants sont présentement en affichage. L'établissement est en contact avec l'université dispensatrice de la formation nécessaire afin de recruter des nouveaux diplômés. Aussi, des services seront offerts dans notre région à quelques reprises au cours de l'année par un autre CISSS. Finalement, le résultat global est fortement influencé par le faible taux de respect observé en déficience du langage (30,43 %). Ici également, des bris de services ont été observés en cours d'année. Les postes devraient tous être comblés au cours de l'année en cours. De plus, des travaux découlant d'un rencontre Kaizen tenue en collaboration avec les orthophonistes sont en cours. Une amélioration est attendue au cours de l'année 2018-2019.</p>			
1.45.05.05 Taux des demandes de services traitées en CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services - TOUS ÂGES -TOUTES PRIORITÉS	94,1	90,7	94,1
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Le résultat s'explique par le faible bassin de la clientèle desservie. Sur 43 demandes traitées, quatre usagers ont reçu un premier service dépassant le délai prescrit par la priorité accordée à leurs demandes. L'établissement a instauré un mécanisme de suivi périodique qui permettra d'améliorer les résultats en 2018-2019.</p>			
1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	85	80	85
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Le résultat obtenu inclut le résultat du CISSS de la Gaspésie ainsi que celui du CISSS des Îles de la Madeleine. * Les données concernent cinq jeunes répartis sur l'ensemble de la région 11, dont deux sont originaires de la Gaspésie et trois des Îles de la Madeleine. * Il est important de noter que le CISSS de la Gaspésie n'est pas responsable de l'offre de service en DI-DP-TSA aux Îles-de-la-Madeleine, à l'exception de l'offre de service en DP. Les jeunes en question ne sont pas concernés par notre offre de service.</p>			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel 2018-2019
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme	43	42,17	43
Jeunes en difficulté			
1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	18	20,18	18
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Le PAPFC2 est mis en place sur les territoires afin d'assurer le suivi de nos jeunes en situation de négligence. Plusieurs équipes chargées de mettre en œuvre le programme ont de la difficulté à recruter les clientèles ciblées. La reprise d'une coordination régionale du programme devrait restructurer le programme et améliorer la performance de l'établissement à cet égard. Par ailleurs, le travail en amont devra continuer d'être effectué en LSSSS afin d'offrir un soutien important aux familles avant d'en arriver à un signalement. Une formation spécifique à la posture d'accompagnement nécessaire pour rejoindre les familles vulnérables apparaît au plan de formation de l'établissement. Les conditions de vie spécifiques à la population de notre territoire expliquent la difficulté que nous avons à atteindre l'engagement</p>			
Dépendance			
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	80	73,9	80
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) L'indicateur n'a pas été atteint dû à une rupture de services. Cette situation a été corrigée</p>			
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	96,4	98,7	96,4
Santé mentale			
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	200	230,4	200

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel 2018-2019
Santé physique - Urgence			
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civières à l'urgence	12	9,22	8
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	73	72,9	75
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	75	77,1	78
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) L'engagement est atteint avec un pourcentage d'atteinte de la cible établi à 99,9 % pour l'année 2017-2018</p>			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel 2018-2019
Santé physique - Soins palliatifs et de fin de vie			
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	358	290	358
1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	25	21,9	25
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Nous observons une diminution de nos résultats comparativement à l'année financière 2016-2017 pour ces deux indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> * diminution de 33 usagers pour l'indicateur 1.09.05-PS * diminution de 0,6 % pour l'indicateur 1.09346-PS. <p>Plusieurs facteurs constatés expliquent cette diminution :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Méconnaissance des services du SAD incluant les SPFV à domicile au niveau des équipes médicales et soignantes. * Méconnaissance des usagers, des proches et de la population eu égard aux services du SAD incluant les SPFV à domicile. * Présence d'une culture du décès en milieu hospitalier. * Offre de service SPFV insuffisante et non harmonisée entre les RLS. * Les usagers ne sont pas référés systématiquement ou assez précocement au SAD lorsqu'ils sont considérés en soins palliatifs. * Le manque d'accessibilité à des médecins de famille enclins à assurer la garde en soins palliatifs à domicile. <p>Des mesures ont été ciblées afin d'atteindre la cible de ces deux indicateurs pour l'année financière en cours :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Peaufinage de l'arrimage entre la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées et la Direction de santé physique. * Révision du plan d'action régional avec l'implication des deux directions. * Informer les médecins et les équipes soignantes sur l'offre de service en SAD, incluant les SPFV à domicile. (plan de communication) * Transmettre de l'information aux usagers, aux proches et à la population concernant les services offerts à domicile pour les SPFV. (plan de communication) * Renforcer l'orientation décès à domicile. * Faire un état de situation de l'offre de service SAD et SPFV par RLS, identifier la situation souhaitée par RLS et combler les écarts dans le respect des ressources disponibles par RLS. * Sensibiliser les médecins et les équipes soignantes à l'importance de référer précocement au SAD les usagers en soins palliatifs. * Poursuivre le développement des compétences des professionnels qui dispensent des services de soins palliatifs à domicile. 			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel 2018-2019
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	8	8	8
Santé physique - Services de première ligne			
1.09.25-PS Nombre total de GMF accrédités	4	5	5
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	85	88,63	91,5
Santé physique - Chirurgie			
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	2	0
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Il y a eu une erreur dans la codification de deux chirurgies pour lesquelles les services ne sont toujours pas offerts dans notre établissement (gastrectomie). Donc, aucun cas en attente de plus de 12 mois au CISSS de la Gaspésie au 31 mars 2018 et l'engagement est atteint.</p>			
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	90	85,2	95
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Dans deux des RLS de la Gaspésie, un poste en spécialité ORL est vacant. Les délais d'accès en chirurgie oncologique sont occasionnés par l'absence du médecin spécialiste lors de vacances, congrès, formation et autres. Tous les cas en chirurgie majeure dans cette spécialité sont traités en dedans de 28 jours; les dépassements sont des chirurgies majeures. La grande majorité de ces cas, soit les chirurgies mineures, en dépassement de 28 jours est réalisée à l'intérieur de 35 jours. Les priorités opératoires en termes d'accès aux disponibilités des salles ont été rehaussées pour cette spécialité. Plusieurs situations cliniques étaient reliées à la non-disponibilité de la clientèle pour lesquelles les délais continuaient de s'accumuler. La situation est régularisée par la mise en place d'un processus rigoureux au niveau de suivi des délais d'attente.</p>			
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100	99,5	100
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Les causes sont reliées à la non-disponibilité de patients et dont les délais continuaient de s'accumuler. Un processus rigoureux de suivi a été mis en place et cela concernait un hôpital du territoire de la Gaspésie.</p>			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel 2018-2019
Santé physique - Imagerie médicale			
1.09.34.02 Demandes en attente moins de 3 mois en Scopies	90	81,8	90
Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Rocher-Percé et Baie-des-Chaleurs : Recrutement 2 radiologues dont l'arrivée est prévue en juillet et en août 2018. 20 % d'amélioration par rapport à l'année précédente.			
1.09.34.03 Demandes en attente moins de 3 mois en Mammographies diagnostiques	100	100	100
1.09.34.04 Demandes en attente moins de 3 mois en Échographies obstétricales	100	100	100
1.09.34.05 Demandes en attente moins de 3 mois en Échographies cardiaques	90	42,3	90
Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) RP : Attente de la lettre de financement pour achat de l'appareil écho cardiaque Côte-de-Gaspé : Formation en cours de la technicienne en EPM pour effectuer des échos cardiaques pour La Côte-de-Gaspé et la Baie-des-Chaleurs			
1.09.34.06 Demandes en attente moins de 3 mois en Échographies mammaires	100	100	100
1.09.34.07 Demandes en attente moins de 3 mois en Autres échographies	90	56,9	90
Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Recrutement des radiologues dont l'arrivée est prévue en juillet et en août 2018.			
1.09.34.08 Demandes en attente moins de 3 mois en Tomodensitométries	95	98,9	95
1.09.34.09 Demandes en attente moins de 3 mois en Résonances magnétiques	95	99,3	95

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel 2018-2019
Ressources matérielles			
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100
Ressources humaines			
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance-salaire	6	8,04	6
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3,26	4,68	3,26
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,68	0,76	0,68
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Une démarche organisationnelle a été engagée avec les différentes instances de l'organisation, dont les syndicats, pour améliorer la présence au travail. Trois comités spécifiques ont été créés et des exercices Kaizen ont été réalisés. Des plans d'action ont été déposés en lien avec la démarche. La fusion des systèmes de paie nous permettra un suivi des indicateurs en temps réel.</p>			
Ressources technologiques			
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	100	90	Retiré de L'EGI 2018-2019
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Dans la situation actuelle, lorsque la personne affectée au répertoire des ressources s'absente, il n'y avait pas de relève pour assurer la continuité. Ainsi, des personnes ont été formées afin de régulariser la situation. Présentement, à la période 2, pour le volet local, c'est un taux d'atteinte de 98 % et pour le volet régional, c'est un taux d'atteinte de 100 %.</p>			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel 2018-2019
Multiprogrammes			
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	79,7	78,1	84,5
<p>Commentaires (Justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Nous avons des difficultés à combler des remplacements dans certains secteurs et ceci a eu un impact sur la prise en charge de la clientèle. Également, certaines données étant à présent colligées par les systèmes GMF ne sont plus accessibles via notre système I-CLSC et donc, ne sont pas comptabilisées.</p>			

Légende

	Atteinte de l'engagement annuel à 100 %
	Atteinte de l'engagement annuel égal ou supérieur à 90% et inférieur à 100 %
	Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 90 %
N/A	Résultat non admissible à cette période

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

L'agrément

Statut d'agrément

À la suite de la visite d'Agrément Canada, tenue du 10 au 15 septembre 2017, le CISSS de la Gaspésie a reçu le statut suivant : AGRÉÉ. Le 13 novembre 2017, nous recevons notre rapport d'agrément identifiant les pistes d'amélioration continue de la qualité pour les domaines et programmes suivants :

- Gouvernance;
- Leadership;
- Santé physique;
- Hébergement;
- Soutien à domicile;
- Normes transversales (critères organisationnels);
 - Gestion des médicaments;
 - Prévention et contrôle des infections;
 - Retraitement.

Depuis, les équipes qualité travaillent sur les suivis des plans d'amélioration continue de la qualité par direction. Le comité de direction clinique est responsable du bon suivi des équipes.

Points forts de la visite 2017 :

Les équipes ont à leur actif plusieurs réalisations qui vont au-delà des résultats attendus et sont dignes de mention. Parmi celles-ci, notons :

- L'atteinte de l'équilibre financier tout en ayant maintenu une offre et une proximité de service de qualité;
- La mise à niveau du parc immobilier en conformité avec les normes;
- L'intégration de la philosophie patient-partenaire dans certains secteurs;
- L'engagement en regard de l'amélioration continue de la qualité;
- Le développement de partenariats solides avec les organismes de la région.

Les défis identifiés lors de la visite 2017 :

- Consolidation du bilan comparatif des médicaments (BCM);
- Passage à la gouverne administrative et à la mise en place d'une philosophie de gestion médico-administrative;
- Recrutement et rétention du personnel;
- Cadre de référence en matière d'éthique clinique;
- Appropriation et communication des résultats d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques au sein des équipes;
- Soutien continu des équipes pour favoriser le changement et développer une véritable culture de sécurité dans l'établissement;
- Mise en commun et partage des meilleures pratiques locales.

Le rapport se termine avec la mention spéciale pour deux programmes dignes de mention :

- Faisons équipe contre le cancer;
- Ensemble, on s'occupe de notre monde.

Taux de conformité aux normes d'agrément pour les programmes Santé physique

Hébergement et soins à domicile, Leadership et Gouvernance :

Critères à priorité élevée	taux de 85 % (843 / 993)
Autres critères	taux de 91 % (1 201 / 1 323)
Taux global	taux de 88 % (2044 / 2 316)

Taux de conformité des pratiques organisationnelles requises (POR) :

Principaux tests	taux de 63 % (164 / 258)
Tests secondaires	taux de 80 % (68 / 858)
Taux global	taux de 83 % (1 116 / 1 348)

Suivi des recommandations du dernier rapport d'agrément Plan d'action de la visite d'agrément 2017

Voici les dossiers prioritaires travaillés en suivi de la visite 2017 :

Pratiques organisationnelles requises POR

- Élaboration d'un plan pour mettre en œuvre le bilan comparatif des médicaments (BCM) et en assurer sa pérennité. Ce plan doit préciser les services ou les programmes concernés par le BCM, de même que l'emplacement et les moments où le bilan comparatif doit être établi;
- Consolidation des plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence qui doivent être mis à l'essai régulièrement par des exercices;
- Poursuite des travaux entourant le Programme de prévention des risques de chutes. De la formation est actuellement en cours sur la prévention intégrée des chutes et le protocole de mesure de contrôle. Une formation d'une heure est offerte dans tous les milieux de soins. Cette formation sera disponible bientôt sous forme de vidéo, sur l'intranet.

Normes

Des plans d'action ont également été élaborés pour répondre aux normes ci-dessous :

- *Analyses de biologie délocalisées*
Moyenne générale : 72 % (taux de conformité de 68 % pour la priorité élevée et taux de conformité de 76 % pour les autres critères).
- *Soins ambulatoires*
Moyenne générale : 79 % (taux de conformité de 60 % pour la priorité élevée et taux de conformité de 79 % pour les autres critères).

- *Médecine*
Moyenne générale : 80 % (taux de conformité de 75 % pour la priorité élevée et taux de conformité de 83 % pour les autres critères).
- *Soins critiques*
Moyenne générale : 88 % (taux de conformité de 74 % pour la priorité élevée et taux de conformité de 95 % pour les autres critères).
- *Leadership* :
 - Le cadre d'éthique visant à favoriser une pratique respectueuse des règles d'éthique est élaboré. Des formations sur l'éthique clinique, sous forme de midis-cliniques, sont prévues en 2018-2019;
 - La démarche d'approche patient-partenaire sera intensifiée au cours de l'année 2018-2019. Les résultats obtenus par l'équipe : *Ensemble, on s'occupe de notre monde* et *Faisons équipe contre le cancer* inspireront les travaux à venir, et ce, dans d'autres secteurs d'activités.

Cycle d'agrément 2018-2023

Dans le cadre d'un nouveau cycle d'agrément 2018-2023, Agrément Canada visitera le CISSS de la Gaspésie en novembre 2018, pour le suivi de la visite 2017 et pour l'évaluation des programmes-services suivants :

- Gouvernance;
- Leadership;
- Santé publique – En collaboration avec le CISSS des Îles;
- Normes transversales (critères organisationnels) :
 - Gestion des médicaments;
 - Prévention et contrôle des infections;
 - Retraitement.

Les résultats de la visite de 2017 seront évalués. Cette visite portera donc sur la validation des suivis pour les normes de la gouvernance, du leadership ainsi que les normes transversales.

Les visites d'évaluation et les sondages de satisfaction

Ressource intermédiaire et ressource de type familial (RI-RTF) – Jeunes en difficulté

Au cours de l'année 2017-2018, le ministère de la Santé et des Services sociaux a réalisé une visite d'évaluation de la qualité dans les RI-RTF, pour le volet JED (Jeunes en difficulté). Lors de la visite, 14 ressources ont été visitées, dont une ressource de type intermédiaire et 13 ressources de type familial.

Sept recommandations ont été émises. Le MSSS recommande que l'établissement :

- Prenne les moyens nécessaires afin de développer une procédure d'élaboration et de révision des plans d'intervention des usagers et d'en assurer le suivi;
- Prenne davantage de moyens afin de compléter et de transmettre tous les documents essentiels qui permettront aux ressources d'offrir des services adaptés aux besoins des usagers;
- Prenne les moyens nécessaires afin d'utiliser la contention et l'isolement dans le respect des orientations ministérielles;
- Prenne les moyens afin de développer et de maintenir un partenariat efficace avec les ressources;
- Prenne davantage de moyens pour mettre en place des modalités et des procédures afin de répondre aux normes de qualité ministérielles;
- Élabore les procédures nécessaires au suivi professionnel des usagers au regard de toutes les étapes de leur placement dans une ressource;
- Prenne les moyens afin que les espaces de vie soient sécuritaires pour les usagers confiés à une ressource.

Le plan d'action est actuellement en cours. Parmi les 7 recommandations, 4 ont été réalisées (57 %).

CHSLD

Au cours de l'année 2017-2018, le MSSS n'a pas réalisé de visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD.

Toutefois, l'établissement s'est assuré de bien suivre les plans d'amélioration actuellement en cours, et ce, afin de donner suite aux recommandations qui nous ont été formulées par le MSSS à la suite de visites effectuées en CHSLD en 2016.

Sondage de satisfaction de la clientèle hébergée dans une ressource intermédiaire et dans les CHSLD

Ressource intermédiaire

En janvier 2018, un sondage a été transmis aux résidents aptes à répondre, ainsi qu'aux répondants des résidents hébergés dans une ressource intermédiaire, dans le but d'évaluer la qualité des soins et des services offerts. Cette évaluation de la qualité des services offerts en ressource intermédiaire s'inscrit dans la démarche du Programme d'appréciation continue de la qualité. Elle permet aux gestionnaires et aux responsables de la ressource d'élaborer les actions à court terme afin d'améliorer la qualité des services offerts dans ce milieu.

Le questionnaire se composait de questions mesurant l'opinion des usagers ou de leurs proches concernant quatre secteurs d'information, soit le secteur relationnel, le secteur professionnel, l'organisation des services et le secteur milieu de vie.

À la suite des résultats obtenus, la ressource a fait l'objet d'une évaluation faite dans le cadre du Programme contrôle qualité RI-RTF. Notre établissement a recommandé à la ressource la mise en place d'actions à court terme, afin d'améliorer certains aspects de l'organisation, tels que l'accueil d'un nouvel usager, les informations transmises à l'arrivée, l'organisation et l'animation des activités, l'accès à l'extérieur et le respect du besoin d'intimité.

Afin de nous permettre de vérifier l'amélioration des résultats, l'établissement tiendra à nouveau, dans six mois, un sondage auprès de cette ressource. L'obtention d'un pourcentage minimal de 80 % pour chacune des sections du sondage a été ciblée lors de la passation de la prochaine évaluation auprès des usagers ou de leurs familles. Notons que cette ressource fait l'objet d'un suivi régulier de la part des équipes cliniques et de la DQEPE.

La sécurité des soins et des services

Les actions de promotion de la déclaration et de la divulgation des incidents/accidents

Plusieurs actions ont été entreprises, en collaboration avec l'équipe de pharmacie au courant de l'année, pour intervenir afin de diminuer le risque d'erreurs de médicaments, notamment pour l'administration du chlorure de potassium (KCL) et des narcotiques.

En 2017-2018, 27 événements sentinelles ont été répertoriés et touchaient principalement les chutes (10/27). Ces événements ont tous été évalués par des équipes interdisciplinaires à partir de l'approche récupération d'événement accidentel. Des plans d'amélioration ont été déposés. Le tableau synthèse 2017-2018 sera déposé au comité de vigilance et de la qualité en juin 2018.

Synthèse des événements sentinelles

Nom du plan d'action	Catégorie d'événement	Nombre d'événement	Nombre de recommandations	Nombre terminés	% de réalisation
Santé physique Soins courants (CLSC)	Chute	1	1	1	100
	Médication	1	4	4	100
	Autre	6	11	8	72
Direction du programme SAPA	Chute	6	13	8	62
	Médication	0	0	0	0
	Autre	5	21	19	90
Direction DI- TSA-DP	Chute	3	2	0	0
	Médication	1	1	1	100
	Autre	3	7	7	100
Direction santé mentale et dépendance	Chute	0	0	0	0
	Médication	0	0	0	0
	Autre	1	5	4	80
CISSS GASPESIE		27	65	52	80

RECOMMANDATIONS

Direction SAPA

Prévention des chutes

- Intensifier les travaux concernant la formation : Programme intégré de prévention des chutes;
- Appliquer les outils du Programme intégré de prévention des chutes du CISSS de la Gaspésie;
- Mettre le profil du résident à jour régulièrement (cueillettes de données à jour);
- Effectuer des suivis réguliers avec les équipes sur le terrain;
- Améliorer les suivis des résidents qui chutent de manière répétitive. Revoir avec les équipes les interventions préventives. Planifier une réunion d'équipe pour réévaluer régulièrement les chuteurs répétitifs;
- S'assurer que 100 % du risque de chutes des résidents soit évalué à l'admission;
- Mettre en place des audits de qualité à la suite de l'implantation du Programme intégré de prévention des chutes (6 mois après l'implantation).

Prévention des agressions et de la désorganisation clinique du résident

- Intensifier la formation des employés tout en en assurant le suivi à long terme;
- Analyser la relocalisation des cas problématiques sur les unités de travail.

Direction santé physique

Soins de plaies

- Formation de base en soins de plaie au CISSS de la Gaspésie;
- Faire connaître le guide d'intégrité de la peau dans les soins courants.

Direction des programmes DI-TSA-DP

- S'assurer que la déclaration des incidents et des accidents soit connue dans les RI-RTF;
- Mettre en place un mécanisme de suivi des incidents et des accidents dans les RI-RTF.

Actions réalisées

Une formation sur les codes blancs a été déployée dans deux RLS du CISSS de la Gaspésie. À ce jour, 45 employés ont profité de cette formation. Nous sommes à implanter des évaluations postcode blanc, afin d'améliorer les approches et diminuer le risque de blessures pour les employés et les clients.

De la formation est actuellement en cours sur la prévention intégrée de chutes et le protocole de mesures de contrôle. Une formation d'une heure est offerte dans tous les milieux de soins et dans l'ensemble de l'organisation. Cette formation est disponible sous forme de vidéo, sur l'intranet du CISSS.

Nous avons travaillé sur la mise à jour des outils de prévention du suicide avec les membres de l'équipe de santé mentale. L'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM) a lancé en mai un outil de dépistage du COQ (comment, où, quand) version améliorée. Une formation sur l'évaluation du risque suicidaire selon les nouvelles normes de l'OIIQ sera offerte aux infirmières et infirmiers dès l'automne 2018. Les outils COQ seront ajustés aux nouvelles normes proposées par l'AQIISM.

Culture de non-blâme du CISSS de la Gaspésie

Au CISSS de la Gaspésie, il est important de déclarer les situations à risque ou les erreurs de processus, sans avoir peur d'être puni. À moins d'un acte répréhensible, volontaire ou criminel, tout employé a le droit à l'erreur. Des processus organisationnels sécuritaires sont en place pour protéger notre clientèle. Ces processus doivent donc être respectés, afin de protéger nos usagers.

Les employés sont nos yeux et nos oreilles dans l'organisation. Advenant un incident ou un accident touchant l'utilisateur, il est primordial de remplir un formulaire de déclaration d'incident ou d'accident (AH 223). Ces déclarations permettent de mieux connaître les situations à risque et ainsi mieux prévenir, afin d'éviter la reconduction de situations potentiellement dangereuses.

Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents

Une vaste campagne de sensibilisation s'est tenue avant la visite d'Agrément Canada de septembre 2017. En juin 2017, l'ensemble des cadres du CISSS de la Gaspésie ont été rencontrés lors d'une tournée DQEPE dans les installations des quatre réseaux locaux de services du CISSS de la Gaspésie, soit le RLS du Rocher-Percé, le RLS de La Côte-de-Gaspé, le RLS de La Haute-Gaspésie et le RLS de la Baie-des-Chaleurs. Pendant la période estivale de 2017, toutes les pratiques organisationnelles requises (POR) touchant la divulgation des accidents et des incidents ont été revues en réunion d'équipes dans les quatre RLS.

Cette visite a donc permis d'intensifier nos travaux visant l'harmonisation de nos processus au sein de l'organisation. Ainsi, les pratiques organisationnelles requises (POR) ont été évaluées et consolidées dans l'ensemble de l'organisation, particulièrement celles touchant la gestion des risques et la culture de sécurité.

Voici les quatre POR :

- Divulgation des événements (leadership);
- Gestion des événements (leadership);
- Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (leadership);
- Reddition de comptes en matière de qualité (gouvernance).

Culture de sécurité

Dans son rapport d'agrément de novembre 2017, Agrément Canada reconnaît que les quatre POR touchant la sécurité étaient conformes à 100 % :

- Principaux tests : 15 sur 15 (100 %);
- Tests secondaires : 7 sur 7 (100 %).

Comme outils de communication, en ce qui a trait à la promotion de manière continue de la déclaration et de la divulgation des incidents/accidents, notre site intranet contient un ensemble de vidéos disponibles en permanence. Un outil de validation de la formation a été mis en place afin de s'assurer que le personnel intègre bien les concepts appris. Cet outil permet de répondre à une reddition de comptes concernant le nombre de personnes qui suivent la formation à partir du Web.

Un suivi spécifique des événements relatifs aux chutes et aux erreurs liées à la médication fait l'objet d'une attention particulière, en réponse au rapport du Groupe Vigilance du MSSS de 2014. La salle de pilotage stratégique suit aux trois semaines quatre indicateurs de performance liés à la gestion des risques :

- Nombre total d'incidents et d'accidents dans le CISSS de la Gaspésie (taux d'incidents au CISSS);
- Nombre d'erreurs de médicaments dans le CISSS de la Gaspésie;
- Nombre de chutes dans le CISSS de la Gaspésie;
- Nombre d'événements de niveau F et plus.

Voici les actions découlant de la salle de pilotage :

- Suivi auprès de toutes les directions pour assurer le respect de la procédure de gestion des déclarations des accidents et incidents (délai de 3 semaines maximum entre la déclaration et l'enregistrement au SISSS);
- Révision du mode de gestion du comité régional de gestion des risques en 2018-2019;
- Relance des comités locaux par RLS (prévue en septembre 2018).

L'ensemble de ces actions seront incorporées au plan d'action 2018-2019 du comité de gestion des risques.

La nature des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance

Portrait des risques d'incidents/accidents 2017-2018		
Incidents	1 126	22,3 %
Accidents	3 917	77,7 %
Total	5 043	100 %

Pour l'année 2017-2018, 22,3 % des déclarations ont été classées par indices de gravité de A et de B. Les trois principaux types d'incidents étaient :

- Les chutes, avec 150 incidents, sont pour la majorité survenues en centres d'hébergement de longue durée;

Mission	Nombre d'événements	% du nombre total de chutes au CISSS (1 947)	% du nombre d'événements CISSS (5 269)
Chutes CISSS	150	7,7 %	2,9 %
CHSLD	143	7,3 %	2,7 %

- Les erreurs de médicaments, avec 230 échappées-belles/incidents, la majorité concernant la Dose/Débit d'administration des médicaments;

Circonstance	Nombre d'événements	% du nombre total d'erreurs de médicaments au CISSS (1 408)	% du nombre d'événements CISSS (5 269)
Erreurs de médicaments CISSS	238	16,9 %	4,5 %
Dose/Débit	50	3,6 %	0,9 %

- Les tests diagnostiques de laboratoire, avec 278 incidents, la majorité ont été constatés dans le RLS de la Baie-des-Chaleurs.

Lieux	Nombre d'événements	% du nombre total d'erreurs de laboratoire au CISSS (400)	% du nombre d'événements CISSS (5 269)
CISSS	278	69,5 %	5,3 %
RLS BDC	233	58,25 %	4,4 %

La nature des trois principaux types d'accidents (indices de gravité C et I) mis en évidence au moyen du système local de surveillance

Pour l'année 2017-2018, 77,7 % des déclarations ont été classées par indices de gravité de C à I inclusivement. Les trois principaux types d'accidents étaient :

- Les chutes, avec 1 797 accidents, la majorité en centres d'hébergement de longue durée;

Mission	Nombre d'événements	% du nombre total de chutes au CISSS (1947)	% du nombre d'événements CISSS (5 269)
CISSS	1 797	92,3 %	34,1 %
CHSLD	1 110	57 %	21,1 %

- Les erreurs de médicaments, avec 1 170 accidents déclarés, la majorité concernant l'omission et le mauvais dosage du médicament;

Circonstance	Nombre d'événements	% du nombre total d'erreurs de médicaments au CISSS (1 408)	% du nombre d'événements CISSS (5 269)
Tous	1 170	83,1%	22,2 %
Omission	450	32 %	8,5 %
Dose/Débit	222	15,8 %	4,2 %

- Les épisodes de violence entre les usagers, avec 143 accidents, ont été constatés particulièrement dans les centres d'hébergement de longue durée.

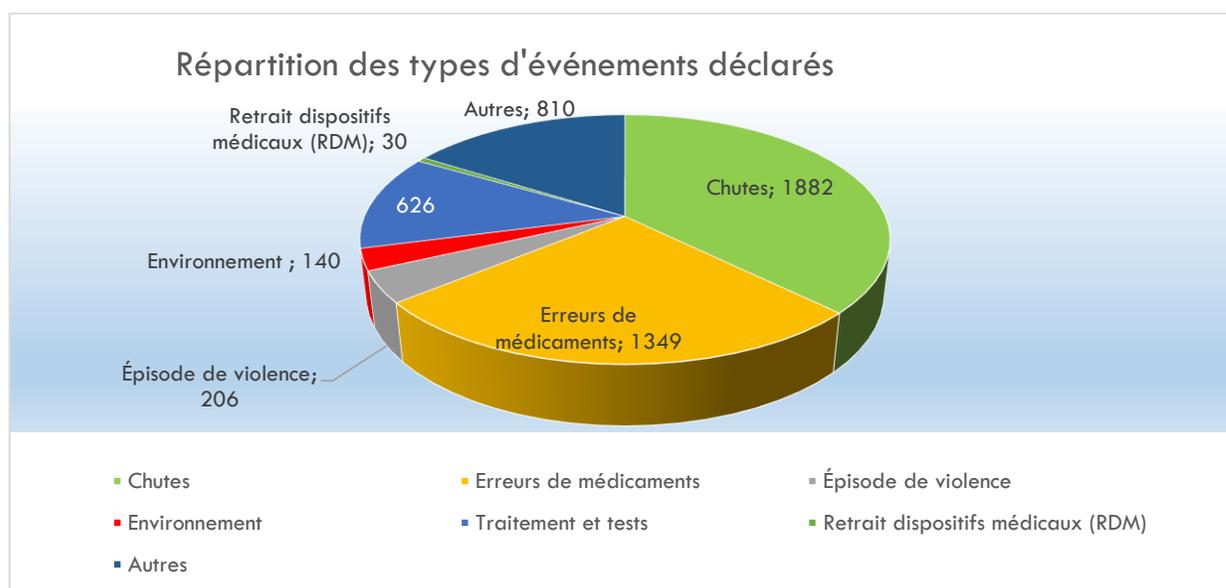
Mission	Nombre d'événements	% du nombre total d'épisodes de violence au CISSS (211)	% du nombre d'événements CISSS (5 269)
CISSS	143	67,8 %	2,7 %
CHSLD	77	36,5 %	1,5 %

Un autre type d'incidents a préoccupé les équipes de travail, soit le risque lié au respect de procédures lors de l'appel d'un code blanc en établissement.

Mesures de soutien

Trois incidents ont fait l'objet de mesures de soutien par le comité régional de gestion des risques. Les mesures entouraient les frais de déplacement des professionnels visant l'accès à un service plus rapide, compte tenu du contexte de la gestion des risques.

Les actions entreprises par le comité de gestion des risques et les suivis de l'établissement en lien avec la gestion des risques d'incidents/accidents et en matière de surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales



Types d'événements		
Chutes	1 882	37,3 %
Erreurs de médicaments	1 349	26,7 %
Épisode de violence	206	4,1 %
Environnement	140	2,8 %
Traitement et tests	626	12,4 %
Retrait dispositifs médicaux (RDM)	30	0,6 %
Autres	810	16,1 %
TOTAL :	5043	100 %

En 2017-2018, nous avons produit des capsules vidéo portant sur la déclaration des incidents et des accidents, la déclaration des événements touchant le retraitement des dispositifs médicaux, la divulgation, ainsi que sur les événements sentinelles et les mesures de soutien. Ces vidéos sont disponibles sur l'intranet du CISSS de la Gaspésie.

Les gestionnaires ont été invités à rencontrer périodiquement leurs employés afin de transmettre les indicateurs de gestion des risques pour leur secteur d'activités. Ces travaux s'inscrivent à l'intérieur du déploiement des salles de pilotage stratégiques, tactiques et opérationnelles.

En 2018-2019, les travaux entourant l'implantation des salles opérationnelles seront entrepris, particulièrement dans la Direction des programmes Santé physique généraux et spécialisés. L'objectif principal étant de faire circuler l'information jusque dans les équipes sur le terrain.

Nous avons également mis en place un outil de communication intitulé : LE SAVIEZ-VOUS? Une publication faite à partir des constats tirés de l'enregistrement des déclarations d'accidents et d'incidents (formulaires AH-223). Cette publication est transmise systématiquement par courriel au personnel du CISSS.

Au cours de l'année 2017-2018, 12 envois ont été faits à partir de problématiques ciblées, voici les titres de ces publications :

- Le *Saviez-vous que?* un nouvel outil de communication;
- Le délirium ou le cauchemar éveillé;
- La sécurité des patients : quand on se donne les moyens;
- Le dilemme éthique : vers qui puis-je me tourner?
- Avis de transfusion de produits sanguins ou de dérivés de ceux-ci;
- Le faible taux de littératie en santé : une problématique peu connue ayant un impact sur la santé de nos concitoyens;
- Le traitement de la douleur chez l'aîné : et si elle était sous-évaluée?
- Les allergies médicamenteuses : c'est du sérieux!
- Une administration de KCl IV trop rapide;
- L'évaluation du risque suicidaire : il faut agir!!!
- Se laver les mains sauve des vies;
- Divulguer les incidents et les accidents, un incontournable pour la sécurité des patients!

Recommandations du comité de vigilance et de la qualité

À partir des statistiques enregistrées pendant les années 2015-2016 et 2016-2017, voici les recommandations qui seront transmises aux comités locaux du CISSS pour l'année 2018-2019 :

Direction des soins infirmiers et les programmes Santé physique et SAPA :

Prévention des chutes

- Intensifier les travaux concernant la formation : Programme intégré de prévention des chutes;
- Appliquer les outils du Programme intégré de prévention des chutes du CISSS de la Gaspésie;
- Mettre le profil du résident à jour régulièrement (cueillettes de données à jour);
- Effectuer des suivis réguliers avec les équipes sur le terrain;

- Améliorer les suivis des résidents qui chutent de manière répétitive. Revoir avec les équipes les interventions préventives. Planifier une réunion d'équipe pour réévaluer régulièrement les chuteurs répétitifs;
- S'assurer que 100 % du risque de chutes des résidents soit évalué à l'admission;
- Mettre en place des audits de qualité à la suite de l'implantation du Programme intégré de prévention des chutes (6 mois après l'implantation).

Prévention des agressions et de la désorganisation clinique du résident

- Intensifier la formation des employés tout en en assurant le suivi à long terme;
- Analyser la relocalisation des cas problématiques sur les unités de travail.

Soins de plaies

- Formation de base en soins de plaies au CISSS de la Gaspésie;
- Faire connaître le guide d'intégrité de la peau dans les soins courants.

Direction des services en déficience et en réadaptation physique

- S'assurer que la déclaration des incidents et des accidents soit connue dans les RI-RTF;
- Mettre en place un mécanisme de suivi des incidents et des accidents dans les RI-RTF.

La surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

Le comité de gestion des risques s'assure d'une collaboration étroite avec la Direction des soins infirmiers pour le volet de la prévention et contrôle des infections.

Au cours de la dernière année, le comité a été mis à contribution pour le nouveau modèle de gouvernance de l'établissement en prévention et contrôle des infections, mais également le volet gestion des risques du programme en prévention et contrôle des infections du CISSS découlant du nouveau cadre de référence du MSSS.

Également, le comité reçoit les données de surveillance de l'établissement *via* un tableau harmonisé pour l'ensemble des réseaux locaux de services. Ce tableau met en relief les données de surveillance pertinentes à la gouverne de notre comité et lui permet des recommandations, entre autres, en ce qui a trait aux éclosions.

Principaux constats de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 LSSSS)

En soins de longue durée, l'utilisation des mesures de contrôle sont, pour la plupart du temps, dans un contexte d'activité de la vie quotidienne, par exemple, lors des repas.

Pour les services en santé mentale, en 2017-2018, le nouveau protocole a été diffusé et des activités de sensibilisation se sont tenues avec le personnel infirmier. Les gestionnaires réalisent une surveillance de l'utilisation de mesures de contrôle et voient aux mesures alternatives en tout temps. Des rencontres multidisciplinaires se tiennent entre les psychiatres et les équipes des unités portant sur les étapes d'utilisation d'une mesure de contrôle dans une étape d'intervention non planifiée et planifiée.

La Direction des services en déficience et en réadaptation physique maintient un suivi trimestriel des mesures de contrôle et d'isolement utilisées principalement en ressource à assistance continue (RAC) et en RI-RTF. Par ailleurs, le programme Jeunes en difficulté fait un suivi des mesures de contrôle et d'isolement utilisées dans ses unités de réadaptation.

Les suivis apportés par l'établissement et son comité de vigilance et de la qualité aux recommandations formulées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et le Protecteur du citoyen

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services présente à chaque rencontre du comité de vigilance son rapport portant sur les plaintes et le suivi des recommandations.

Les recommandations émises par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services font l'objet d'un suivi serré par la direction et les gestionnaires de l'établissement. Il s'agit d'un élément majeur dans la démarche d'amélioration continue de la qualité de l'établissement.

Voici un aperçu des thématiques abordées par les recommandations (exemple : accessibilité aux services) :

Les motifs de plaintes ayant donné lieu à des recommandations sont, par ordre d'importance :

- Les soins et services dispensés (60 recommandations);
- L'organisation du milieu et les ressources matérielles (28 recommandations);
- L'accessibilité aux soins et services (21 recommandations);
- Les droits particuliers (19 recommandations);
- L'aspect financier (17 recommandations);
- Les relations interpersonnelles (14 recommandations).

Voici quelques exemples de mesures mises en place par l'établissement afin de donner suite aux recommandations émises en cours d'année :

- Formation dispensée aux agents d'intervention en jeunesse;
- Rencontres de sensibilisation auprès de différentes équipes de travail pour s'assurer du respect des normes, entre autres, en matière de plans d'intervention, et ce, dans divers programmes;
- Rencontres disciplinaires avec certains employés dans certains cas de fautes professionnelles;
- Révision de la trajectoire de services pour la prise en charge d'usagers avec idéations suicidaires, formation sur les bonnes pratiques en matière de prévention du suicide, plan d'action pour améliorer les pratiques pour la prise en charge des usagers avec idéations suicidaires;
- Démarches faites auprès du personnel pour une application conforme et uniforme du Programme de prévention des chutes;
- Mesures prises pour améliorer l'accès téléphonique et les délais d'attente pour une centrale de rendez-vous;
- Formation donnée sur le programme de prévention et traitement des plaies de pressions;
- Audits des urgences pour s'assurer du respect des normes prévues à l'Échelle canadienne de triage et de gravité;
- Révision de la Politique de déplacement des usagers pour tenir compte de certaines situations particulières;
- Remboursement de frais de déplacement en conformité avec la Politique de déplacement des usagers;
- Adoption d'une règle de soins spécifique à la question de la gestion de la douleur;
- Mise à jour du Protocole relatif à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle en jeunesse;
- Adoption d'un protocole d'application des mesures de contrôle (contention et isolement) pour le CISSS;

- Enquête administrative effectuée dans une ressource intermédiaire;
- Ajustement de l'offre de service d'oxygénothérapie de déambulation pour offrir gratuitement ces services à la clientèle qui se conforme aux critères.

Par ailleurs, le Protecteur du citoyen a fait diverses interventions et a analysé certaines plaintes en deuxième instance au sein de l'établissement en 2017-2018. Pour l'ensemble de ces interventions et de ces recommandations, des actions ont été réalisées afin d'assurer une prestation de services sécuritaires et de qualité à l'ensemble de nos usagers.

Recommandations du Protecteur du citoyen au CISSS de la Gaspésie en 2017-2018	Suivi
<ul style="list-style-type: none"> • Effectue un rappel à tous les intervenants concernés sur le droit à l'accompagnement et sur l'importance de consigner au dossier toute intervention s'y rapportant. • Prend les moyens afin de s'assurer que tous les intervenants soient en mesure, lorsqu'applicable, de concilier le droit à l'accompagnement et le droit à la confidentialité lors des rencontres avec les usagers. 	<p>L'établissement a fait parvenir au Protecteur le suivi demandé dans les délais requis. Nous avons reçu confirmation du Protecteur de la fermeture du dossier le 10 mai 2017.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Élabore une stratégie de recrutement prioritaire pour éviter les situations de rupture de service en orthophonie faisant appel aux meilleures pratiques dans ce domaine. 	<p>L'établissement a fourni au Protecteur le suivi attendu. Nous avons reçu confirmation du Protecteur de la fermeture du dossier le 21 novembre 2017.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • De vous verser d'ici le 9 juin 2017, la somme supplémentaire de 230 \$ pour vos frais des cinq déplacements que vous avez effectués à Rimouski en octobre et novembre 2016. 	<p>L'établissement a transmis le suivi au Protecteur dans les délais requis. Nous avons reçu confirmation du Protecteur de la fermeture du dossier le 2 juin 2017.</p>

Recommandations du Protecteur du citoyen au CISSS de la Gaspésie en 2017-2018	Suivi
<ul style="list-style-type: none"> • D'assurer une présence des intervenants du programme de suivi intensif et de suivi d'intensité variable au moins une fois par semaine auprès des résidents de la ressource intermédiaire Le Prisme. • De s'assurer que soit dispensée une formation aux membres du personnel de la ressource intermédiaire Le Prisme sur les façons d'intervenir auprès de la clientèle en santé mentale de même que sur la pacification. • D'organiser des réunions entre leurs directions respectives (Direction santé mentale Secteur Haute-Gaspésie et GASP des Monts) et les intervenants concernés, en vue de rétablir la communication et la collaboration entre les différents dispensateurs de services aux usagers en santé mentale, ayant notamment pour objectifs : <ul style="list-style-type: none"> - De circonscrire les causes de la mésentente de part et d'autre; - De positionner le rôle et le champ d'expertise de chacun; - De s'assurer de respecter le rôle et l'expertise de chacun, et d'éviter l'empiètement; - De s'entendre sur les pistes de solutions, de se doter de moyens concrets pour rétablir la communication et de fixer des échéanciers pour ce faire; - De s'assurer de respecter les besoins des usagers tout en tenant compte de leur degré d'autonomie; - De s'abstenir de quelque façon que ce soit de mettre les usagers au cœur des difficultés vécues de part et d'autre. • De s'assurer que lorsque les usagers reçoivent à la fois des services du CISSS et du GASP, qu'il y ait collaboration et concertation entre les intervenants impliqués auprès d'eux de façon à coordonner leurs interventions afin qu'elles soient cohérentes. • De s'assurer que lorsque des plans de services individualisés sont requis, de solliciter les usagers et leurs proches aidants à leur élaboration. • De procéder diligemment à l'étude du comportement de l'employé en cause et au suivi du dossier. 	<p>L'établissement a fourni au Protecteur le suivi attendu. Nous avons reçu confirmation du Protecteur de la fermeture du dossier le 2 juin 2017.</p>

Recommandations du Protecteur du citoyen au CISSS de la Gaspésie en 2017-2018	Suivi
<ul style="list-style-type: none"> • Former le personnel infirmier à l'urgence de l'Hôpital de Chandler sur les symptômes d'accident vasculaire cérébral et sur les protocoles d'intervention clinique s'y rapportant. • Réviser avec les membres du personnel infirmier de l'urgence de l'Hôpital de Chandler, les normes de documentation relatives à la feuille de triage, notamment : <ul style="list-style-type: none"> - La description par le patient de la raison de sa consultation à l'urgence, dont les données subjectives qu'il transmet; - Les antécédents du patient; - La confirmation que le patient a été avisé de revenir voir le personnel infirmier si sa situation se détériore; - Toute autre information nécessaire et tout élément investigué pour établir la priorité attribuée à un patient. 	<p>L'établissement a transmis au Protecteur le suivi attendu dans les délais requis. Nous avons reçu confirmation du Protecteur de la fermeture du dossier le 8 mai 2018.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Rappeler au personnel infirmier au triage l'importance d'évaluer la douleur des usagers, nonobstant que leur consultation résulte d'une visite de suivi. 	<p>L'établissement a transmis au Protecteur le suivi dans les délais requis. Nous avons reçu confirmation du Protecteur de la fermeture du dossier le 29 septembre 2017.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Se doter, dans chacun des milieux d'hébergement sous sa responsabilité, d'un mécanisme formel de sécurisation de l'offre de soins infirmiers aux résidents permettant au personnel infirmier d'obtenir rapidement et de façon ponctuelle du soutien en cas de surcharge. • Offrir, dans chacun des milieux d'hébergement sous sa responsabilité, une réponse diligente aux besoins de soutien et d'assistance des résidents, et ce, en : <ul style="list-style-type: none"> - Réalisant des audits afin d'établir les délais réels de réponse aux cloches d'appel actionnées par les résidents; - Assurant une évaluation diligente de l'urgence de la situation des résidents qui actionnent leur cloche d'appel. • Se doter, pour l'ensemble des milieux d'hébergement sous sa responsabilité, d'un protocole détaillé de réponse aux besoins des résidents ayant des troubles du comportement, notamment dans le but : <ul style="list-style-type: none"> - De définir des pratiques rigoureuses d'évaluation du profil et des besoins des résidents ayant des troubles du comportement; - De donner les suites appropriées aux évaluations effectuées afin que les résidents concernés soient dirigés vers les milieux d'hébergement qui correspondent à leur profil de besoins et de comportements; 	<p>L'établissement a fourni au Protecteur le suivi des 19 recommandations. Nous avons reçu confirmation du Protecteur de la fermeture du dossier le 13 février 2018.</p>

Recommandations du Protecteur du citoyen au CISSS de la Gaspésie en 2017-2018	Suivi
<ul style="list-style-type: none"> - De préciser les critères d'admission et de maintien dans les différentes unités d'hébergement, afin d'éviter toute situation d'incompatibilité entre les profils de comportement de la clientèle; - De respecter en tout temps le droit de chaque résident à un milieu de vie qui assure sa sécurité, notamment lorsque des résidents atteints de troubles du comportement cohabitent avec une clientèle en situation de vulnérabilité. • Fournir aux membres de son personnel une formation spécifique sur la manière d'intervenir adéquatement auprès des résidents atteints de déficits cognitifs ainsi que de symptômes comportementaux et psychologiques associés à ces déficits cognitifs • Réévaluer en équipe multidisciplinaire chacune des mesures de contrôle utilisées auprès des résidents de l'unité spécifique du Centre d'hébergement de Maria, en s'assurant que celles-ci sont appliquées dans le respect des règles en la matière et des droits fondamentaux des personnes concernées. • Renforcer la capacité de surveillance auprès des résidents de l'unité spécifique du Centre d'hébergement de Maria, afin de restreindre l'utilisation des mesures de contrôle uniquement aux résidents dont la condition clinique le requiert, dans le respect des règles applicables et des droits fondamentaux des personnes concernées. • Fournir à l'ensemble des résidents du Centre d'hébergement Mgr-Ross de Gaspé la possibilité de recevoir un bain avec immersion dans l'eau, dans le respect de leurs préférences et de leur condition clinique. • Améliorer la qualité du milieu de vie offert aux résidents des milieux d'hébergement placés sous sa responsabilité, et ce, en : <ul style="list-style-type: none"> - Respectant le rythme de vie ainsi que les préférences des résidents au regard du moment du réveil en début de journée; - Définissant une offre de soutien relationnelle et émotionnelle à l'intention des résidents; - Appliquant un programme de promotion et de maintien de la marche auprès des résidents, en fonction de leurs souhaits et de leur état de santé fonctionnel. • S'assurer que chaque patient qui consulte pour un problème de santé à l'urgence des CLSC de Grande-Vallée et de Murdochville soit évalué au triage, avant son inscription à l'urgence. • S'assurer que le personnel infirmier au service d'urgence du CLSC de Murdochville : <ul style="list-style-type: none"> - Respecte le délai de dix minutes prescrit pour procéder à l'évaluation initiale au triage; - A une vue complète, en tout temps, de tous les patients de la salle d'attente. 	

Recommandations du Protecteur du citoyen au CISSS de la Gaspésie en 2017-2018	Suivi
<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que le personnel infirmier à l'urgence des hôpitaux de Maria, de Chandler et de Gaspé effectue les réévaluations selon les délais prescrit par l'ETG. • Diminuer la durée moyenne de séjour à l'urgence de l'Hôpital de Maria afin d'éviter tout séjour prolongé notamment, en orientant certains patients vers des ressources alternatives, en réduisant les délais pour les consultations et les examens diagnostiques ou en attribuant des ressources supplémentaires au moment des pics d'achalandage. • Réduire, à l'Hôpital de Maria et à l'Hôpital de Chandler, le délai entre la demande d'hospitalisation et le départ du patient pour l'unité de soins, en tenant compte des différentes étapes liées au processus d'admission, afin de respecter un délai moyen de deux heures. • Poursuivre les travaux afin de développer de nouvelles ententes de réorientation des patients se présentant à l'urgence des hôpitaux de Maria, Chandler, et Gaspé et ayant un degré de priorité de 4 et 5. • S'assurer qu'en tout temps l'emplacement des bacs destinés aux utilités souillées à l'Hôpital de Maria permet d'éviter le croisement avec des éléments propres. • Poursuivre le développement de la nouvelle politique de transferts interétablissements. • S'assurer, notamment par des audits de dossiers, que les plans thérapeutiques infirmiers sont effectués à l'unité de chirurgie de l'Hôpital de Maria. • Bonifier l'offre de formation faite au personnel infirmier des hôpitaux de Maria, Chandler et Gaspé afin de la rendre plus accessible et s'assurer qu'elle contribue véritablement à améliorer la qualité des soins et services offerts aux patients. • Fournir au personnel concerné des hôpitaux de Maria, de Gaspé ainsi qu'au CLSC de Grande-Vallée et Murdochville une formation afin qu'il puisse intervenir adéquatement auprès des patients en soins palliatifs et de fin de vie. 	

Recommandations du Protecteur du citoyen au CISSS de la Gaspésie en 2017-2018	Suivi
<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que lorsque des mesures de contrôle dans un contexte d'intervention non planifiée perdurent dans le temps, qu'elles soient reconnues et déclarées à titre de mesures planifiées, • S'assurer que la personne est soumise à la volonté d'une tierce personne de façon à ne pas quitter l'espace désigné que cet isolement soit reconnu et déclaré à titre de mesure de contrôle. • S'assurer que lors de l'application de mesures de contrôle, dans un contexte d'intervention planifiée, le consentement libre et éclairé de l'usager ou de son représentant soit recherché et qu'à défaut, une autorisation du tribunal soit demandée. • S'assurer qu'une mesure de contrôle ne soit en aucun cas utilisée pour pallier au manque d'intervenant ou de professionnel. 	<p>L'établissement a fait parvenir au Protecteur le suivi des 4 recommandations le 30 avril 2018. En attente d'un retour de leur part.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre ses démarches et prendre les mesures afin de former une équipe interne pour soutenir l'équipe de soins dans ses interventions auprès de la clientèle présentant des troubles de comportement. • Prendre les mesures afin que la divulgation des incidents ou accidents soit faite le plus tôt possible après l'évènement, même en cas d'absence de la personne responsable de la divulgation. 	<p>L'établissement a transmis au Protecteur le suivi attendu. Nous avons reçu confirmation du Protecteur de la fermeture du dossier le 12 mars 2018.</p>

De plus, en janvier 2018, le Protecteur du citoyen nous informait de sa décision d'intervenir de sa propre initiative à la suite d'informations reçues concernant la qualité des soins et des services fournis par une ressource intermédiaire.

Le dossier est actuellement en cours et suit son déroulement normal. L'équipe DQEPE suit de près le plan de conformité. Aucune recommandation n'a encore été émise.

Les suivis apportés par l'établissement et son comité de vigilance et de la qualité aux recommandations formulées par le coroner

Pendant l'année, nous avons traité une recommandation du coroner. Cette recommandation concernait la prévention du risque de suicide dans l'organisation.

Deux recommandations ont été émises :

- Poursuivre la mise en place des mesures entamées à la suite de l'analyse du dossier dans le cadre de l'événement sentinelle;
- Effectuer des rappels aux professionnels, à une fréquence régulière ou annuelle concernant le processus d'évaluation du risque suicidaire des services de suivis.

Un plan de communication a été élaboré à cet effet.

Pour l'année 2018-2019, l'équipe de la Direction de santé mentale travaillera sur l'intégration d'un outil d'identification du risque suicidaire pour le CISSS de la Gaspésie.

Les suivis apportés par l'établissement et son comité de vigilance et de la qualité aux recommandations formulées par d'autres instances

Enquêtes administratives

À l'automne 2017, à la suite d'une recommandation du commissaire aux plaintes et à la qualité des services, l'établissement a procédé à une enquête dans une ressource intermédiaire. Cette enquête visait les écarts de qualité entre les services attendus de la ressource et les services rendus. En suivi des faits recueillis, les éléments suivants ont été adressés à la ressource : l'organisation du travail, la formation du personnel, les soins et les services aux usagers; la communication, la déclaration des incidents et des accidents, etc.

Un plan de conformité a été produit en décembre 2017. Plusieurs actions proposées ont été réalisées ou sont en cours de réalisation.

Quatre autres enquêtes administratives ont également été réalisées :

- Programme DI-TSA (2 enquêtes);
- Programme SAPA (1 enquête);
- Programme Jeunesse (1 enquête);
 - 3 décisions ont mené au maintien de l'entente spécifique avec la mise en place de recommandations ou plan de conformité;
 - 1 maintien d'entente, où il y a eu recommandation de revoir le jumelage de l'utilisateur, a mené à une fin d'entente compte tenu que la place était en clause alternative;
 - 1 enquête a donné lieu à une fermeture de gré à gré.

De plus, deux examens préliminaires pré-enquêtes ont été réalisés sans toutefois mener à une enquête administrative formelle.

- Une au programme DI-TSA;
- Une au programme SAPA;

Inspection de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Du 14 au 16 mars 2017, s'est déroulée une inspection générale de l'exercice infirmier au Centre mère-enfant de l'Hôpital de Chandler. En juin 2017, nous recevons le rapport d'inspection professionnelle, lequel comportait 13 recommandations énumérées ci-dessous. Un plan d'amélioration a été élaboré. Les objectifs poursuivis au plan d'amélioration sont majoritairement atteints. L'ensemble des objectifs prescrits seront atteints pour 2018.

- Procéder à une évaluation de la condition de santé physique et mentale de la femme enceinte afin d'établir un profil de santé de référence et assurer la surveillance clinique de la cliente en procédant aux évaluations de manière pertinente et aux moments opportuns, selon les normes et standards de pratique;
- Procéder à une évaluation de la condition de santé foetale en période anténatale afin d'établir un profil de santé de référence et assurer la surveillance clinique du fœtus en procédant à des évaluations aux moments opportuns, selon les normes et standards de pratique;
- Consigner au dossier les notes d'évolution justifiant ses constats et ses décisions : les données d'évaluation, la surveillance effectuée, les constats, les interventions et les résultats de soins observés chez la cliente ou le fœtus;
- Déterminer le PTI de la cliente dont la condition de santé justifie un suivi prioritaire et procéder aux ajustements selon l'évolution de la situation;
- Procéder à une évaluation de la condition de santé physique et mentale de la femme en travail afin d'établir un profil de santé de référence et assurer la surveillance clinique en procédant aux évaluations aux moments opportuns, selon les normes et standards de pratique;
- Procéder à une évaluation de la condition de santé foetale en période intrapartum afin d'établir un profil de santé de référence et assurer la surveillance clinique du fœtus en procédant aux évaluations aux moments opportuns, selon les normes et standards de pratique;
- Déterminer et effectuer les interventions requises en fonction de la condition de santé de la cliente et du foetus en respectant les protocoles et procédures en vigueur;
- Consigner au dossier les notes d'évolution justifiant les constats et les décisions : les données d'évaluation, la surveillance effectuée, les constats, les interventions et les résultats de soins observés chez la cliente et le nouveau-né;
- Déterminer le PTI de la cliente et du nouveau-né dont la condition de santé justifie un suivi prioritaire et procéder aux ajustements selon l'évolution de la situation;
- Procéder à une évaluation de la condition de santé physique et mentale de la cliente en période post-partum afin d'établir un profil de santé de référence et assurer la surveillance clinique en procédant aux évaluations aux moments opportuns, selon les normes et standards de pratique;
- Procéder à une évaluation du nouveau-né en période post-partum afin d'établir un profil de santé et de référence et assurer la surveillance clinique en procédant aux évaluations aux moments opportuns, selon les normes et standards de pratique;
- Consigner au dossier les notes d'évolution justifiant ses constats et ses décisions : les données de son évaluation, ses constats, ses interventions et les résultats de soins observés chez la cliente et le nouveau-né;
- Déterminer le PTI de la cliente et du nouveau-né dont la condition de santé justifie un suivi prioritaire et procéder aux ajustements selon l'évolution de la situation.

Voici quelques-unes des activités réalisées ou en voie de l'être pour donner suite aux recommandations :

- Assurer la formation pour l'examen physique et mentale des infirmières en centre mère-enfant;
- Rencontrer l'ensemble du personnel infirmier pour leur faire part du plan d'action et de leur responsabilité à l'égard de la qualité de l'exercice infirmier au centre mère-enfant;
- Rencontrer le personnel infirmier ne respectant pas les normes de pratique;
- Assurer une formation pour l'évaluation de la condition de santé fœtale en période anténatale;
- Valider la conformité des PTI;
- Valider la conformité des notes d'évolution.

Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement

La législation

La loi applicable relativement aux personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement est la *Loi de la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (P-38.001). Le bureau du directeur des services professionnels est le « gardien » de cette loi.

Article 4 de cette loi :

« Lorsque l'examen psychiatrique a été requis d'un établissement, il appartient au directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, au directeur général de l'établissement, de transmettre le rapport du médecin au tribunal qui l'a imposé. »

Article 7 de cette loi :

« Tout médecin exerçant auprès d'un tel établissement peut, malgré l'absence de consentement, sans l'autorisation et sans qu'un examen psychiatrique ait été effectué, mettre une personne sous garde préventive dans une installation maintenue par cet établissement pendant au plus 72 heures, s'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Le médecin qui procède à la mise sous garde de cette personne doit immédiatement en aviser le directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, le directeur général de l'établissement.

À l'expiration de la période de 72 heures, la personne doit être libérée, à moins qu'un tribunal n'ait ordonné que la garde soit prolongée afin de lui faire subir une évaluation psychiatrique. Toutefois, si cette période se termine un samedi ou un jour non juridique, qu'aucun juge compétent ne peut agir et que cesser la garde présente un danger, celle-ci peut être prolongée jusqu'à l'expiration du premier jour juridique qui suit. »

Les types de garde

Dans le cadre de la loi, l'établissement est en mesure de procéder à trois types de garde, soit :

Garde préventive :

Mise sous garde d'une personne malgré l'absence de consentement, sans l'autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique ne soit fait, dans une installation maintenue par l'établissement pendant au plus soixante-douze (72) heures par tout médecin exerçant auprès d'un établissement s'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Garde provisoire :

Mise sous garde d'une personne sans son consentement, ou dans le cas où son consentement n'est pas éclairé, obtenue par un jugement de la Cour du Québec avant l'expiration de la période de soixante-douze (72) heures afin de lui faire subir une évaluation psychiatrique lorsqu'un médecin a des motifs de croire qu'elle le nécessite, car elle présente un danger.

Garde en établissement :

Mise sous garde d'une personne, sans son consentement, ou dans le cas où son consentement n'est pas éclairé, obtenue par un jugement de la Cour du Québec à la suite de deux rapports psychiatriques concluant à la nécessité de cette garde puisque cette personne présente un danger pour elle-même et/ou pour autrui, d'une durée déterminée par la Cour.

Portrait des personnes mises sous garde dans les installations du CISSS de la Gaspésie du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018					
	Hôpital de Gaspé	Hôpital de Chandler	Hôpital de Maria	Hôpital de Ste-Anne-des-Monts	Total CISSS de la Gaspésie
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	18	41	35	31	125
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	15	40	26	25	106
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	()	()	Sans objet	-
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	Sans objet	()	()	Sans objet	-
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	Sans objet	()	()	Sans objet	-
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	6	8	7	()	-
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)	()	8	()	()	-
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisés par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	()	7	()	()	-

Portrait des personnes mises sous garde dans les installations du CISSS de la Gaspésie du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018					
	Hôpital de Gaspé	Hôpital de Chandler	Hôpital de Maria	Hôpital de Ste- Anne- des- Monts	Total CISSS de la Gaspésie
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 auxquelles il a été soumis)	17	43	30	26	116

(i) Nombre trop petit pour en permettre la publication

L'examen des plaintes et la promotion des droits

Le *Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits* sera disponible en ligne sur le site Internet du CISSS de la Gaspésie, tout comme ceux des années antérieures. Des copies papier seront également disponibles au bureau de la commissaire et auprès du Service des communications advenant toute demande en ce sens.

Au cours de l'année 2017-2018, la commissaire a effectué la promotion du régime d'examen des plaintes, notamment en distribuant des dépliants et des affiches sur le régime d'examen des plaintes dans toutes les installations du CISSS. Une présentation a aussi été faite dans un comité de résidents du RLS de la Baie-des-Chaleurs. Le rapport annuel de l'année précédente a également été présenté au conseil d'administration du CISSS lors de l'Assemblée générale annuelle.

L'information de la population

L'année 2017-2018 sur le plan des communications à la population est marquée par l'arrivée du CISSS de la Gaspésie sur les réseaux sociaux. L'établissement dispose d'un profil sur les plateformes Facebook, Twitter et LinkedIn. Ces moyens de communication permettent un accès plus rapide et direct à la population afin de transmettre des messages portant notamment sur les services. Il s'agit également d'un outil de premier plan dans le recrutement et l'affichage des postes vacants.

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

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

En complément, conformément à la loi en vigueur, le CISSS de la Gaspésie a ouvert au public les séances de son conseil d'administration. Une période de questions, appréciée de la population, y est également animée.

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

La *Loi concernant les soins de fin de vie* a été sanctionnée le 10 juin 2014 par l'Assemblée nationale et elle est entrée en vigueur le 10 décembre 2015. Cette loi s'appuie sur des valeurs de solidarité, de compassion et de respect des volontés individuelles. Elle propose une vision globale et intégrée des soins et des droits des personnes en fin de vie. La loi a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie et en précise leurs droits.

C'est donc en respect des composantes de la loi, mais également dans un souci affirmé d'offrir à la population de tout le territoire gaspésien des soins palliatifs et de fin de vie accessibles, continus et de qualité, que l'établissement s'est doté, en décembre 2015, d'une politique d'établissement et d'un programme clinique encadrant l'organisation et l'administration des soins palliatifs et de fin de vie à sa population.

L'établissement s'est également doté de guides cliniques qui soutiennent l'organisation et la prestation des soins de fin de vie. Une guide clinique encadrant la sédation palliative en continue et l'aide médicale à mourir permet aux intervenants de bien circonscrire les attendus de l'établissement dans l'administration de ces soins à notre clientèle.

Pour l'aide médicale à mourir, un groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) agit en soutien conseil aux équipes interdisciplinaires des différents RLS. Il est en quelque sorte le gardien des processus clinico-administratifs entourant ce soin de fin de vie. Tous les territoires de RLS ont en place une équipe interdisciplinaire qui est en mesure d'offrir un encadrement clinique et administratif dans l'administration des soins palliatifs et des soins de fin de vie.

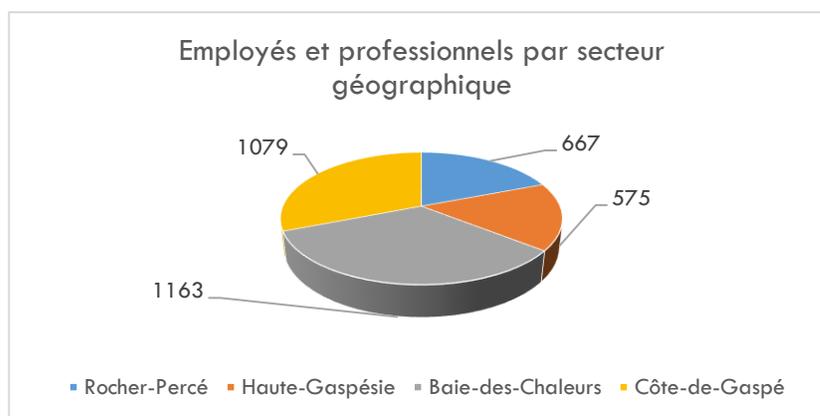
Soins palliatifs et de fin de vie au CISSS de la Gaspésie pour la période du 10 décembre 2016 au 9 décembre 2017		
Activité	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	482
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	3
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	6
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	6
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	0

Les ressources humaines

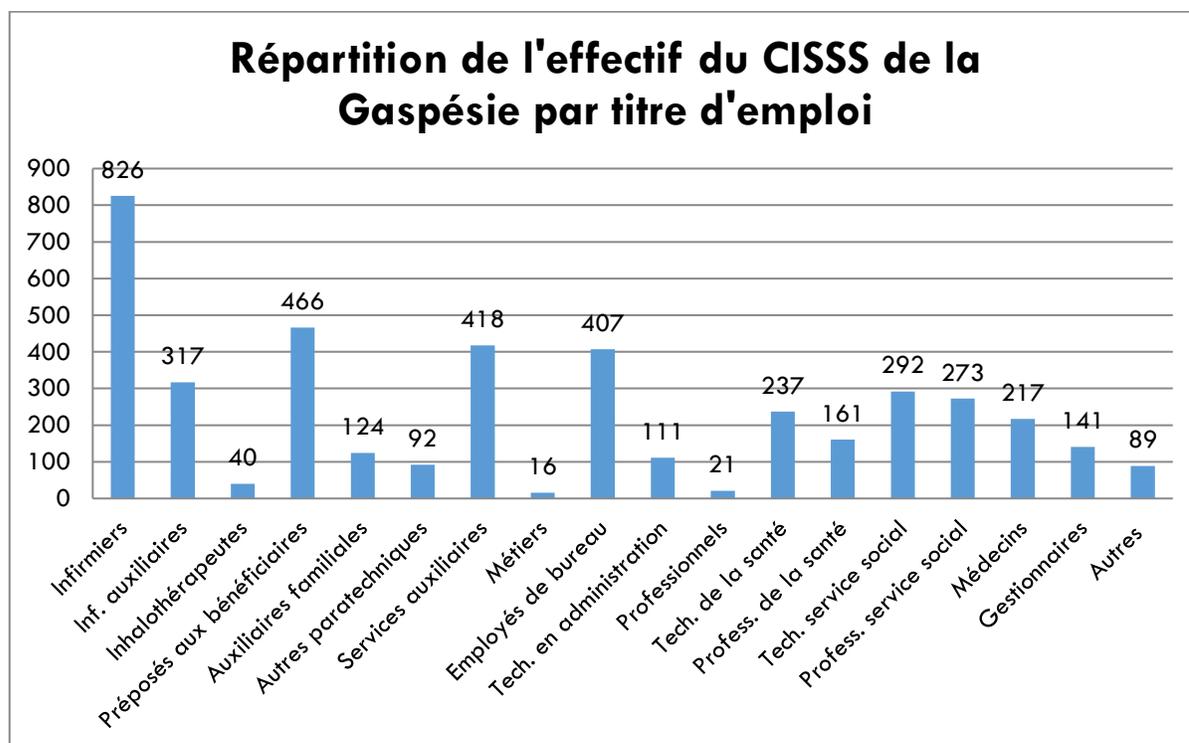
La gestion et le contrôle des effectifs

Le CISSS de la Gaspésie compte plus de 3 500 employés, professionnels et gestionnaires principalement répartis sur 4 secteurs géographiques : La Côte-de-Gaspé, le Rocher-Percé, la Baie-des-Chaleurs et La Haute-Gaspésie. Quelques employés situés aux Îles-de-la-Madeleine relèvent également du CISSS de la Gaspésie.

Celui-ci comprend également plus de 220 médecins répartis sur ces 4 secteurs géographiques.



Catégories d'emploi et professions au CISSS de la Gaspésie



Rapport sur les heures rémunérées et le respect des cibles ministérielles

11045242 - CISSS de la Gaspésie		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2017-04-02 au 2018-03-31		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	305 411	1 777	307 188	168	198
	2015-16	258 431	1 438	259 869	142	171
	2016-17	224 333	1 778	226 112	123	147
	2017-18	212 716	2 011	214 727	117	142
	Variation	(30,4 %)	13,1 %	(30,1 %)	(30,4 %)	(28,3 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	668 033	3 726	671 759	368	485
	2015-16	655 478	3 100	658 579	361	462
	2016-17	648 347	4 553	652 900	358	459
	2017-18	656 673	5 344	662 017	362	450
	Variation	(1,7 %)	43,4 %	(1,5 %)	(1,5 %)	(7,2 %)
3 - Personnel infirmier	2014-15	1 523 696	79 830	1 603 526	822	1 083
	2015-16	1 510 830	69 588	1 580 418	814	1 067
	2016-17	1 484 732	79 428	1 564 160	798	1 058
	2017-18	1 497 550	90 582	1 588 131	804	1 041
	Variation	(1,7 %)	13,5 %	(1,0 %)	(2,2 %)	(3,9 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	2 401 998	47 770	2 449 767	1 326	1 839
	2015-16	2 314 827	42 865	2 357 692	1 277	1 753
	2016-17	2 256 809	57 000	2 313 808	1 245	1 703
	2017-18	2 168 797	61 072	2 229 869	1 196	1 651
	Variation	(9,7 %)	27,8 %	(9,0 %)	(9,8 %)	(10,2 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	618 538	8 066	626 604	317	441
	2015-16	611 826	9 221	621 046	313	442
	2016-17	603 769	11 005	614 774	310	433
	2017-18	595 080	11 720	606 800	305	427
	Variation	(3,8 %)	45,3 %	(3,2 %)	(3,8 %)	(3,2 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	10 525	63	10 587	6	34
	2015-16	6 145	5	6 151	3	22
	2016-17	4 342	77	4 418	2	17
	2017-18	4 404	40	4 444	2	17
	Variation	(58,2 %)	(36,4 %)	(58,0 %)	(58,7 %)	(50,0 %)
Total du personnel	2014-15	5 528 200	141 231	5 669 431	3 007	3 915
	2015-16	5 357 538	126 218	5 483 755	2 910	3 764
	2016-17	5 222 332	153 840	5 376 172	2 836	3 691
	2017-18	5 135 219	170 768	5 305 987	2 786	3 590
	Variation	(7,1 %)	20,9 %	(6,4 %)	(7,3 %)	(8,3 %)

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

Le CISSS de la Gaspésie a respecté les cibles établies par le MSSS, par la *Loi sur la gestion des effectifs* en 2017-2018.

Les ressources financières

Répartition des charges brutes par programme

RÉPARTITION DES CHARGES BRUTES PAR PROGRAMME (non auditées)				
Programmes	Exercice courant		Exercice précédent	
	Dépenses	%	Dépenses	%
Programmes-services				
Santé physique	112 553 493 \$	35 %	117 654 586 \$	36 %
Santé publique	6 146 935 \$	2 %	6 090 463 \$	2 %
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	19 663 141 \$	6 %	19 294 673 \$	6 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	51 626 632 \$	16 %	48 501 140 \$	15 %
Déficiência physique	10 318 909 \$	3 %	11 060 509 \$	3 %
Déficiência intellectuelle et TSA	16 219 951 \$	5 %	16 184 862 \$	5 %
Jeunes en difficulté	20 199 507 \$	6 %	18 847 196 \$	6 %
Dépendances	2 722 247 \$	1 %	2 772 036 \$	1 %
Santé mentale	15 913 837 \$	5 %	15 071 111 \$	5 %
Programmes-soutien				
Administration	19 936 435 \$	6 %	18 829 767 \$	6 %
Soutien aux services	25 240 239 \$	8 %	24 404 891 \$	8 %
Gestion des bâtiments et des équipements	21 171 071 \$	7 %	21 099 603 \$	7 %
Total	321 712 397 \$	100 %	319 810 837 \$	100 %

Le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel (AS-471) publié sur le site Internet du CISSS de la Gaspésie pour plus d'information sur les ressources financières.

L'équilibre budgétaire

CISSS de la Gaspésie			
Situation financière depuis la création du CISSS			
2015-2016 à 2017-2018			
	Budget	Surplus	% du surplus
2015-2016	311 417 809 \$	381 335 \$	0,122 %
2016-2017	325 562 701 \$	8 473 \$	0,003 %
2017-2018	327 662 562 \$	111 222 \$	0,034 %

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.

Pour l'exercice clos le 31 mars 2018, l'établissement présente un surplus de 111 222 \$ au niveau du fonds d'exploitation, mais le fonds d'immobilisations fait état d'une perte de 149 760 \$. Puisque la loi s'applique sur les résultats globaux présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale. Le déficit au fonds d'immobilisations de 149 760 \$ est principalement en raison de l'amortissement net des projets d'immobilisations financés par le solde de fonds au cours des exercices précédents.

Comme la situation déficitaire est créée par le fonds d'immobilisations, aucune mesure spécifique n'est à prendre pour corriger la situation, puisque celle-ci est variable d'un exercice à l'autre.

Les contrats de services

Tableau présentant les contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril et le 31 mars.

	Nombre	Montant
Contrat de services avec une personne physique ¹	5	129 733 \$
Contrat de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	54	4 580 232 \$
Total des contrats de services	59	4 709 965 \$
<i>*excluant les RI-RTF</i>		
¹ Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non. ² Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.		

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

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Rocher-Percé						
Contrat de location d'immeuble conclu avec la SIQ comptabilisé à titre de contrat de location-exploitation au lieu de contrat de location-acquisition, tel que préconisé par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2014-15	R	Puisqu'il s'agit d'une directive du Ministère, la comptabilisation est toujours la même et la recommandation n'a donc pas été appliquée.			NR
Secteur réadaptation						
Contrat de location d'immeuble conclu avec la SIQ comptabilisé à titre de contrat de location-exploitation au lieu de contrat de location-acquisition, tel que préconisé par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2014-15	R	Puisqu'il s'agit d'une directive du Ministère, la comptabilisation est toujours la même et la recommandation n'a donc pas été appliquée.			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Baie-des-Chaleurs						
<u>Centre d'activité 5942</u>						
Nous avons constaté lors de nos tests qu'il manquait parfois des notes au dossier (physique ou électronique) de l'utilisateur afin de pouvoir prouver que l'utilisateur a bien reçu des services. Il faut toujours au moins une note au dossier de l'utilisateur dans l'exercice s'il y a eu une intervention.	2016-17	R	La situation sera corrigée en 2018-2019.			NR
<u>Centre d'activité 6890</u>						
Les unités de mesure « participation » et « temps vécu-loisir » n'ont pu être vérifiées adéquatement, car il manquait des informations nous permettant de corroborer le nombre de participants aux activités ainsi que le temps réel de l'activité. Nous ne pouvions nous assurer que le nombre de participants au fichier de compilation concordait avec le nombre selon la feuille de présences, car dans la plupart des activités, le nom des participants n'était pas indiqué et approuvé par la personne qui animait l'activité. Aussi, pour le temps de vécu-loisir, il n'y a pas l'heure de début et d'heure de fin d'indiquées sur la fiche d'activités, seulement une moyenne de temps par activité est utilisée. Donc, nous n'avons pu nous assurer que les statistiques ne comportaient aucune anomalie.	2016-17	R	Suite à nos travaux d'audit, nous pouvons conclure que la recommandation a été appliquée.	R		
<u>Centre d'activité 6160</u>						
Lors de nos tests, nous avons constaté que les dates de départ et d'arrivée concernant le mouvement des usagers entre les résidences n'étaient pas toujours inscrites sur le suivi papier qui sert ensuite à entrer les données au système informatique.	2016-17	R	Suite à nos travaux d'audit, nous pouvons conclure que la recommandation a été appliquée.	R		

Centre d'activité 6240						
Lors de nos travaux d'audit, nous avons constaté que certaines feuilles de présence d'un usager à l'urgence n'étaient pas signées.	2017-18			Il faudrait faire un rappel au personnel de l'urgence et aux médecins de ne pas oublier de signer les feuilles attestant la présence d'un usager à l'urgence.		NR
Centre d'activité 6890						
Lors de nos travaux d'audit, nous avons constaté que les données sur le nombre de participants à une activité étaient faussées. Le nombre de participants a été augmenté pour atteindre la durée totale réelle de l'activité. Par exemple, une activité prévue de 3 h en a finalement duré 6. Il y avait 30 participants pour l'activité, mais le responsable en a inscrit 60 pour refléter l'augmentation de la durée.	2017-18			Ce sont le nombre de participants réels et le temps réel qui devraient être inscrits dans le suivi des statistiques.		NR
Centre d'activité 7062						
Lors de nos travaux d'audit, nous avons constaté que la compilation des usagers se fait de façon manuelle, ce qui n'est pas efficient, car il y a beaucoup de risques d'erreurs. (L'addition d'usagers à partir d'une liste papier. Le risque de compter en double est donc élevé).	2017-18			Il y a présentement des négociations pour mettre en place un logiciel sur mesure permettant de faire le suivi.		NR
Secteur jeunesse						
Centres d'activités 5502 et 5504						
L'unité de mesure « jours-présences » n'était pas compilée selon une méthode valable en raison de la présence de doublons dans le fichier statistique cumulatif. Une révision des fichiers doit être faite systématiquement afin de s'assurer que l'information extraite et consignée dans le fichier de compilation soit adéquate.	2016-17	R		La situation sera corrigée en 2018-2019.		NR
Centre d'activité 5850						
Nous avons constaté lors de nos tests que le suivi manuel de l'unité de mesure « procédure » n'était pas efficient et qu'il pouvait laisser place à des erreurs de compilation. Aussi, vu le départ d'une employée, le suivi des statistiques a été plus difficile, ce qui fait en sorte qu'il est probable que l'unité de mesure soit sous-évaluée.	2016-17	R		Un système de compilation à partir d'un fichier Excel est instauré depuis avril 2017. Aucun oubli de procédure ou erreur n'a été détecté pour l'année financière 2017-2018.	R	
Centre d'activité 5700						
Nous avons constaté lors de nos tests que des dossiers qui avaient été fermés ne comportaient pas de note de révision pour documenter la fermeture du dossier.	2017-18			Il faudrait faire un rappel au personnel de documenter la fermeture des dossiers adéquatement.		NR
Rocher-Percé						
Centre d'activité 6680						
Lors de nos tests, nous avons constaté qu'une intervention avait été comptabilisée même si le rendez-vous avait été annulé. Par contre, en vertu de la circulaire, aucune intervention n'aurait dû être comptabilisée. Aussi, il est préférable qu'une note au dossier (physique ou informatique) de l'utilisateur soit consignée pour pouvoir expliquer l'intervention.	2016-17	R		Rien ne nous porte à croire qu'une intervention annulée a été comptabilisée. Par contre, les notes au dossier n'étaient pas à jour. L'intervenant détenait plusieurs notes personnelles qui n'avaient pas été transcrites au dossier physique ou électronique, par manque de temps.		PR
Centre d'activité 7161						
Nous avons constaté lors de nos tests qu'il manquait parfois des notes au dossier (physique ou électronique) de l'utilisateur afin de pouvoir prouver que l'utilisateur avait bien reçu des services.	2016-17	R		Suite à nos travaux d'audit, nous pouvons conclure que la recommandation a été appliquée.	R	

<u>Centre d'activité 7650</u>						
Lors de nos travaux d'audit, nous avons constaté que l'employé qui brûle les déchets biomédicaux inscrit le poids manuellement sur une feuille. Les statistiques sont donc pratiquement illisibles.	2017-18		Les statistiques devraient être entrées dans un fichier Excel pour éviter des erreurs de mauvaise lecture ou des erreurs humaines.			NR
Secteur réadaptation						
<u>Centres d'activités 8081, 8066, 8076 et 8052</u>						
Lors de nos tests, nous avons constaté que pour certaines « heures de prestation de services », il n'y avait pas de note au dossier informatique de l'utilisateur pouvant justifier le temps saisi.	2016-17 (8081 et 8052) 2017-18 (8066 et 8076)	R	La situation sera corrigée en 2018-2019.			NR
<u>Centre d'activité 7041</u>						
Lors de nos tests, nous avons constaté que les dates inscrites au système pour le suivi des mouvements des résidents n'étaient pas toujours adéquates, ce qui fait en sorte que des « jours-présences » ont été comptabilisés à deux endroits. Il faut s'assurer que la date inscrite au système ne soit pas la date de la saisie, mais plutôt la date du mouvement réel du résident.	2016-17	R	La situation sera corrigée en 2018-2019.			NR
Haute-Gaspésie						
<u>Centre d'activité 5930</u>						
Nous avons constaté lors de nos tests qu'il manquait parfois des notes au dossier (physique ou électronique) de l'utilisateur afin de pouvoir prouver que l'utilisateur avait bien reçu des services.	2017-18		La situation sera corrigée en 2018-2019.			NR
Côte-de-Gaspé						
<u>Centre d'activité 6303</u>						
Nous avons constaté lors de nos tests que le suivi manuel de l'unité de mesure n'était pas efficient et qu'il pouvait laisser place à des erreurs de compilation.	2017-18		Nous recommandons la mise en place d'un système de compilation à partir d'un fichier Excel.			NR
<u>Centre d'activité 7703</u>						
Nous avons constaté lors de nos tests que la version du système Auto Cad disponible sur les postes de travail est tellement ancienne qu'il est impossible d'ouvrir les nouveaux plans afin d'obtenir certaines dimensions.	2017-18		Nous recommandons une mise à jour du logiciel afin de faciliter l'accès à l'information.			NR
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Secteur réadaptation						
Avance à une employée sur la base de quarts de travail rémunérés mais non travaillés pour lui permettre de compléter un diplôme d'infirmière. Contrevient à l'interdiction du consentement de prêts à des tiers. (L.R.Q. c.S-4.2 art.265, paragr.2o)	2014-15	C	Le programme d'avances aux futurs(es) infirmiers(ères) se poursuit et les participants(es) ont commencé à rembourser le tout. La recommandation n'a donc pas été appliquée.			NR
CISSS de la Gaspésie						
Le CISSS de la Gaspésie présente à la page 200 du rapport financier annuel au 31 mars 2018, un surplus de 111 222 \$ au fonds d'exploitation et un déficit de 149 760 \$ au fonds d'immobilisations, pour un déficit total de 38 538 \$, ce qui contrevient à l'article	2017-18	C	Le déficit au fonds d'immobilisations de 149 760 \$ est principalement en raison de l'amortissement net des projets d'immobilisations financés par			NR

4 de la <i>Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux</i> (RLRQ, chapitre E-12.0001).			le solde de fonds au cours des exercices précédents.			
Rapport à la gouvernance						
Baie-des-Chaleurs						
Avances aux futurs(es) infirmiers(ères).	2012-13	O	Le programme d'avances aux futurs(es) infirmiers(ères) se poursuit et les participants(es) ont commencé à rembourser le tout. La recommandation n'a donc pas été appliquée.			NR
CISSS de la Gaspésie						
Lors de nos travaux d'audit sur les comptes à recevoir, nous avons remarqué que le compte à recevoir de la RAMQ n'est pas concilié sur une base régulière. D'ailleurs, un écart inexplicable entre le solde à l'âge des comptes à recevoir et la confirmation reçue de la RAMQ existe toujours à l'heure actuelle.	2015-16	O	Le système de facturation de la RAMQ est complexe et l'organisme n'envoie pas d'état de comptes pour faciliter le suivi. Des démarches en 2018-2019 seront effectuées avec d'autres établissements du réseau afin de connaître leurs procédures.		PR	
Lors de nos travaux d'audit sur la provision pour griefs, nous avons remarqué que l'estimation de la provision n'est pas mise à jour de façon régulière en fonction des nouvelles informations reçues. Cela crée donc une lacune, non seulement au niveau de la comptabilité mais également au niveau de la gestion des éventualités.	2017-18	O	Il n'y a pas eu d'estimation faite en 2017-2018 de façon régulière.			NR
Lors de nos travaux d'audit, nous avons remarqué certaines lacunes en ce qui concerne les procédés de démarcation des achats, notamment en ce qui a trait aux achats d'immobilisations. En fait, selon nos discussions, le fonds d'immobilisations est fermé rapidement après la date de clôture et il peut arriver à l'occasion que certaines factures, pour lesquelles les biens ont été livrés ou les services rendus avant le 31 mars, ne soient pas comptabilisées dans le bon exercice financier.	2016-17	O	Une attention particulière devra être portée à la démarcation des achats. Les politiques relatives aux achats d'immobilisations en fin d'année devraient être resserrées afin d'obtenir une meilleure démarcation des achats d'immobilisations.			NR

Les organismes communautaires

Le nombre d'organismes communautaires subventionnés par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)

La région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine compte 104 organismes communautaires reconnus œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ceux-ci sont admissibles pour recevoir du financement à la mission globale ou par entente spécifique pour des activités complémentaires à leur mission.

Plus précisément, en 2017-2018, 90 organismes communautaires ont reçu du financement en appui à la mission globale. Parmi ceux-ci, 16 organismes ont également reçu du financement par entente spécifique. De plus, 1 organisme communautaire reconnu reçoit exclusivement du financement en entente spécifique, bien qu'il ait accès au financement à la mission globale. Enfin, 5 organismes sont reconnus, mais ne reçoivent aucun financement du PSOC. En définitive, 95 organismes reconnus pour répondre aux critères de l'action communautaire autonome œuvrent principalement en santé et services sociaux. Ceux-ci ont accès aux 3 modes de financement : mission globale, entente spécifique et projet ponctuel.

Par ailleurs, 8 organismes ont reçu exclusivement du financement par entente spécifique en raison de leur rattachement à un autre ministère ou du fait que leur mission découle de l'application d'une loi ou d'une politique émanant du gouvernement québécois. Ceux-ci n'ont pas accès au financement à la mission globale.

Les subventions accordées sur une base comparative avec l'exercice précédent
Répartition de l'enveloppe budgétaire 2017-2018 – PSOC à la mission globale

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
Dépendances (CA)	Carrefour Unité inc.	Îles-de-la-Madeleine	Prévention, groupes d'entraide, activités de jour	75 532	76 061
	Mi-Chemin de Gaspé inc.	Côte-de-Gaspé	Prévention, groupes d'entraide	60 717	61 142
	Centre Accalmie inc.	Bonaventure/ Avignon		96 831	114 183
Dépendances (CP)	La Maison à Damas	Îles-de-la-Madeleine		74 973	82 369
	Accueil Blanche Goulet de Gaspé	Côte-de-Gaspé	Hébergement temporaire multientente (santé mentale, toxicomanie, itinérance, désorganisation familiale)	102 471	118 131
	Centre Émilie Gamelin	Rocher-Percé		69 091	86 268
	Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts	Haute-Gaspésie		46 561	63 580
TOTAL				526 176	601 734

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
Santé publique (HB)	Nourisson-Lait Haute-Gaspésie	Haute-Gaspésie	Périnatalité, soutien à l'allaitement maternel	9 905	11 186
	Groupe d'entraide-allaitement Sein-Pathique	Îles-de-Madeleine		9 905	11 142
	Lactescense Pabos	Rocher-Percé		9 905	12 263
	Regroupement d'entraide à l'allaitement maternel Supportons-Lait	Avignon/Bonaventure		13 600	15 984
Santé publique (HL)	Partagence	Haute-Gaspésie	Aide et entraide aux familles très démunies, dépannage alimentaire et vestimentaire	47 345	51 715
	Carrefour-Ressources	Haute-Gaspésie	Sécurité alimentaire, animation, YAPP, répit-gardiennage (familles démunies)	148 113	153 189
	Source alimentaire Bonavignon inc.	Bonaventure/Avignon	Sécurité alimentaire, dépannage, jardins et cuisines collectives	108 799	113 600
	CAB Ascension-Escuminac	Avignon	Sécurité alimentaire, dépannage, jardins et cuisines collectives	39 215	39 490
	Produire la santé ensemble	Rocher-Percé	Sécurité alimentaire, dépannage, jardins et cuisines collectives	-	15 000
	Collectif Aliment-Terre	Bonaventure	Sécurité alimentaire, dépannage, jardins et cuisines collectives	73 954	78 511
	Cuisines collectives Îles-de-la-Madeleine	Îles-de-la-Madeleine	Sécurité alimentaire, ateliers et cuisines collectives	68 384	70 924
Santé publique (HL) (suite)	CAB La Grande Corvée	Côte-de-Gaspé	Sécurité alimentaire, ateliers et cuisines collectives	34 796	35 040
	Table de concertation en sécurité alimentaire GIM	Régional	Concertation régionale en sécurité alimentaire	15 157	15 263

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
	Entraide communautaire les Îles	Îles-de-la-Madeleine		20 389	21 700
	Accueil Blanche Goulet de Gaspé	Côte-de-Gaspé	Sécurité alimentaire, ateliers et cuisines collectives	29 381	29 587
TOTAL				585 533	624 019
Déficience intellectuelle (AD)	La Maison Maguire pour personnes handicapées inc.	Régional (Avignon)	Camps d'été, services de répit pour les proches, activités de jour	136 789	137 747
	Association des personnes handicapées du secteur CLSC l'Estran inc.	Côte-de-Gaspé	Information, sensibilisation, défense des droits, animation	24 441	24 612
	Association des personnes handicapées de Gaspé inc.	Côte-de-Gaspé	Centre de jour, information, sensibilisation, défense des droits	38 941	39 214
	Association des handicapés Val-Rosiers inc.	Côte-de-Gaspé	Centre de jour, information, sensibilisation, défense des droits	27 494	27 686
	Centre pour handicapés La Joie de Vivre de Chandler inc.	Rocher-Percé	Centre de jour, information, sensibilisation, défense des droits	83 231	87 853
	L'AHMI Association pour personnes handicapées de Murdochville inc.	Côte-de-Gaspé	Activités d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	23 615	-
	Association La Croisée	Haute-Gaspésie	Activités d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	67 107	71 616
	Association des personnes handicapées Action Chaleurs	Bonaventure	Activités d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	75 927	80 497
	Association des personnes handicapées des Îles	Îles-de-la-Madeleine	Activités d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	68 122	77 118

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
	Association de l'autisme et des autres TED de l'Est-du-Québec	Supra régional	Information, sensibilisation, soutien individuel, animation, défense des droits	33 695	33 931
TOTAL				579 362	580 274
	La Maison Maguire pour personnes handicapées inc.	Régional (Avignon)	Camp d'été, services de répit pour les proches, activités de jour	39 521	39 798
	Association des personnes handicapées du secteur CLSC l'Estran inc.	Côte-de-Gaspé	Activités de jour, information, sensibilisation, défense des droits	5 863	5 904
	Association de défense des droits des personnes handicapées de Gaspé inc.	Côte-de-Gaspé	Activités de jour, information, sensibilisation, défense des droits	9 337	9 402
	Association des handicapés Val-Rosiers inc.	Côte-de-Gaspé	Activités de jour, information, sensibilisation, défense des droits	6 627	6 673
Déficiência physique (BC)	Centre pour handicapés La Joie de Vivre de Chandler inc.	Rocher-Percé	Activités de jour, information, sensibilisation, défense des droits	18 330	18 458
	L'AHMI Association pour personnes handicapées de Murdochville inc.	Côte-de-Gaspé	Activités de jour, sensibilisation, information et défense des droits	5 209	-
	Association La Croisée	Haute-Gaspésie	Activités de jour, sensibilisation, information et défense des droits	19 044	19 177
	Association des personnes handicapées Action Chaleurs	Bonaventure	Activités de jour, sensibilisation, information et défense des droits	18 931	19 064
	Association des personnes handicapées des Îles	Îles-de-la-Madeleine	Activité d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	18 044	18 170
	Association des personnes handicapées visuelles GIM	Régional (Bonaventure)	Aide et entraide, information, sensibilisation, défense des droits	67 028	72 882

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
	Association des TCC et ACV de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine	Régional (Avignon)	Aide et entraide, information, sensibilisation, défense des droits	126 564	132 835
TOTAL				334 498	342 363
Services généraux (IH)	CAB Saint-Alphonse - Nouvelle inc.	Bonaventure/ Avignon	Promotion de l'action communautaire, soutien aux bénévoles, aide et entraide aux individus et soutien aux groupes	35 148	35 394
	CAB Les Hauts-Bois inc.	Côte-de-Gaspé		52 710	53 079
	CAB des Chic-Chocs inc.	Haute-Gaspésie		43 663	43 969
	CAB Gascons-Percé inc.	Rocher-Percé		53 021	53 392
	CAB St-Siméon Port-Daniel	Bonaventure		38 885	39 157
	CAB La Grande Corvée	Côte-de-Gaspé		40 384	40 667
	CAB Le Hauban inc.	Côte-de-Gaspé		26 950	27 139
	CAB Ascension-Escuminac	Avignon		67 947	68 423
	CAB des Îles-de-la-Madeleine	Îles-de-la-Madeleine		34 199	34 438
Services généraux (II)	LGBT Baie-des-Chaleurs	Avignon/ Bonaventure		-	15 000
Services généraux (IQ)	Regroupement des organismes communautaires GIM	Régional (Gaspé)	Concertation, représentation des intérêts et des droits des organismes communautaires autonomes, formation	155 482	156 570
Services généraux (IS)	Maison Blanche-Morin	Rocher-Percé	Hébergement temporaire pour les femmes victimes de violence et leurs enfants, suivi posthébergement et suivi externe	598 614	602 804
	Centre Louise-Amélie inc.	Haute-Gaspésie		702 630	707 548

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
	Maison d'aide et d'hébergement L'Aid'Elle inc.	Côte-de-Gaspé		669 378	674 064
	Maison d'aide et d'hébergement L'Accalmie	Îles-de-la-Madeleine		490 208	500 510
	Maison d'aide et d'hébergement L'Émergence inc.	Bonaventure /Avignon		669 378	674 064
Services généraux (IV)	CALACS L'Espoir des Îles	Îles-de-la-Madeleine	Information, sensibilisation, prévention, aide et accompagnement	136 723	139 741
	CALACS La Bôme-Gaspésie	Gaspésie (Côte-de-Gaspé)		355 698	358 188
Services généraux (IX)	Convergence	Gaspésie	Thérapie de groupe : aide, information; sensibilisation, prévention	180 004	189 341
	Homme et gars	Îles-de-la-Madeleine		89 134	91 819
Services généraux (IT)	Regroupement des femmes de Gaspé inc.	Côte-de-Gaspé	Information, sensibilisation, soutien individuel et de groupe, animation, défense des droits	193 644	195 000
	Regroupement des femmes La Sentin'Elle inc.	Îles-de-la-Madeleine		193 644	195 000
	Centr'Elles - comité d'action des femmes d'Avignon inc.	Avignon		193 748	195 104
	Femmes en mouvement inc.	Bonaventure		193 849	195 206
	Femmes Entr'Elles	Rocher-Percé		193 640	194 995
TOTAL				5 433 681	5 480 612

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
Perte d'autonomie liée au vieillissement (EJ)	Société Alzheimer GIM	Régional (Avignon)	Promotion, sensibilisation, aide et entraide	162 451	169 096
	Centre d'action bénévole Saint- Alphonse-Nouvelle inc.	Bonaventure/ Avignon		162 479	163 740
	Centre d'action bénévole Les Hauts- Bois inc.	Côte-de-Gaspé		30 270	32 895
	Centre d'action bénévole des Chic-Chocs inc.	Haute-Gaspésie		139 036	140 133
Perte d'autonomie liée au vieillissement (ER)	Centre d'action bénévole Gascons- Percé inc.	Rocher-Percé		161 041	162 292
	Centre d'action bénévole Saint- Siméon-Port-Daniel	Bonaventure	Aide-bénévole pour des activités de maintien à domicile : popote roulante, transport-accompagnement, visites amicales, etc.	152 146	153 335
	Centre d'action bénévole La Grande Corvée	Côte-de-Gaspé		46 978	47 431
	Centre d'action bénévole Le Hauban inc.	Côte-de-Gaspé		163 470	164 738
	Centre d'action bénévole Ascension- Escuminac	Avignon		81 554	82 249
	Centre d'action bénévole des Îles- de-la-Madeleine	Îles-de-la- Madeleine		117 050	117 993
TOTAL				1 216 475	1 233 902
Santé physique (GK)	Épilepsie Gaspésie- Sud	Bonaventure/ Avignon	Information, sensibilisation, aide et entraide	64 549	67 290
	Groupe d'entraide Fibromyalgie et douleurs chroniques	Îles-de-la- Madeleine	Information, sensibilisation, aide et entraide	-	8 500
	Organisme gaspésien des personnes atteintes de cancer	Régional (Avignon)	Aide et entraide, information, sensibilisation	91 728	100 447
TOTAL				156 277	176 237

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
Jeunes en difficulté (D1)	Maison des jeunes de Gaspé	Côte-de-Gaspé	Information, sensibilisation, activités préventives, aide individuelle et de groupe, animation	82 959	86 629
	Maison des jeunes des Îles-de-la-Madeleine	Îles-de-la-Madeleine		82 959	86 629
	Maison des jeunes de Saint-Alphonse inc.	Bonaventure		82 959	86 629
	Maison des jeunes de Sainte-Anne-des-Monts	Haute-Gaspésie		82 959	86 629
	Maison des jeunes de Chandler	Rocher-Percé		82 959	86 629
	Maison des jeunes Le Tréflerie	Avignon		82 959	86 629
	Maison des jeunes de New Richmond	Bonaventure		82 959	86 629
	Maison des jeunes de Grande-Rivière	Rocher-Percé		82 959	86 629
	Maison des jeunes de Rivière-au-Renard	Côte-de-Gaspé		82 959	86 629
	Maison des jeunes de Saint-François-d'Assise	Avignon		76 331	79 954
	Maison des jeunes de Bonaventure	Bonaventure		48 009	52 493
	Maison des jeunes de l'Île-du-Havre-Aubert	Îles-de-la-Madeleine		48 009	51 372
	Maison des jeunes de l'est des Îles	Îles-de-la-Madeleine		48 009	51 372
	Maison des jeunes de Caplan	Bonaventure		59 181	62 684
	Maison des jeunes de Pointe-à-la-Croix	Avignon		48 009	52 493
	L'Oasis-jeunesse de l'Estran	Côte-de-Gaspé		48 009	52 493

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
	L'Entre-Temps - Maison des jeunes de Cap-Chat inc.	Haute-Gaspésie		48 009	52 493
	Maison des jeunes de Gascons inc.	Rocher-Percé		45 818	52 477
	Maison des jeunes de Murdochville inc.	Côte-de-Gaspé		48 009	52 493
	Maison des jeunes de Saint-Elzéar	Bonaventure		43 738	52 462
	Maison des jeunes de Carleton	Avignon		43 736	52 462
	Maison des jeunes du Grand Paspébiac	Bonaventure		43 733	52 461
	Maison des jeunes de Pointe-à-la- Garde	Avignon		43 947	-

TOTAL				1 439 178	1 496 249
--------------	--	--	--	------------------	------------------

Jeunes en difficulté (D2)	Enfantaisie Haute- Gaspésie	Haute-Gaspésie	Aide aux devoirs, atelier sur l'estime de soi, travail de milieu	46 136	50 498
	Espace Gaspésie-Les Îles	Régional (Côte- de-Gaspé)	Information, sensibilisation, prévention, animation de groupe	180 492	189 832

TOTAL				226 628	240 330
--------------	--	--	--	----------------	----------------

Santé mentale (FG)	Association d'entraide pour la santé mentale « La Passerelle »	Bonaventure	Activités de réadaptation et réinsertion, information, sensibilisation, prévention	122 445	127 341
	Nouveau Regard, Association de parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale de la Gaspésie	Régional (Bonaventure)	Information, sensibilisation, prévention, soutien individuel et de groupe (soutien aux proches)	158 455	167 641
	Centre de ressourcement, de réinsertion et d'intervention (CRRI)	Côte-de-Gaspé	Activités de réadaptation et réinsertion, information, sensibilisation, prévention	114 885	119 728

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activité	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
Santé mentale (FG) - suite	Centre communautaire l'Éclaircie des Îles	Îles-de-la-Madeleine	Activités de réadaptation et réinsertion, information, sensibilisation, prévention, soutien aux proches	154 139	158 035
	Droits et recours en santé mentale GIM	Régional	Défense des droits et des intérêts; information et sensibilisation	185 634	192 317
	Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts	Haute-Gaspésie	Hébergement temporaire, activités de réadaptation et réinsertion, information, sensibilisation, prévention	335 387	337 735
	Centre Émilie-Gamelin	Rocher-Percé		344 029	346 437
	Centre Accalmie inc.	Bonaventure/ Avignon		310 462	312 635
	Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale	Régional (Haute-Gaspésie)	Concertation régionale	9 595	9 662
	La Maison à Damas	Îles-de-la-Madeleine	Hébergement temporaire	205 171	206 607
	Accueil Blanche Goulet de Gaspé	Côte-de-Gaspé	Hébergement temporaire	214 842	216 346
TOTAL				2 155 044	2 194 484
Total Mission globale				12 696 167	13 020 779

Répartition de l'enveloppe budgétaire – Ententes spécifiques

Secteur	Nom de l'organisme	MRC	Activités	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
Santé publique (HB)	Maison de la famille Parenfant Gaspé	Côte-de-Gaspé	Périnatalité, soutien à l'allaitement maternel, soutien parental, enfants 0-5 ans	13 649	13 745
	Halte-parents de la Vallée	Côte-de-Gaspé	Périnatalité, service des relevailles, soutien parental, enfants 0-5 ans	13 649	13 745
	Maison de la Famille-MRC Bonaventure inc.	Bonaventure	Soutien parental, enfants 0-5 ans	5 325	5 362
	Carrefour-Ressources	Haute-Gaspésie	Soutien parental, enfants 0-5 ans	5 325	5 362
	Organisme communautaire famille L'Embellie	Îles-de-la-Madeleine	Soutien parental, enfants 0-5 ans	5 325	5 362
	La Maison de la famille Contre vents et marées	Rocher-Percé	Soutien parental, enfants 0-5 ans	5 325	5 362
	Family Ties Carrefour famille New Carlisle	Bonaventure	Soutien parental, enfants 0-5 ans	28 901	29 103
Santé publique (HL)	La Maison de la famille Contre vents et marées	Rocher-Percé	Sécurité alimentaire, animation, information, sensibilisation	38 803	39 075
	Family Ties Carrefour famille New Carlisle	Bonaventure	Sécurité alimentaire, animation, information, sensibilisation	26 291	26 475
Déficiences physiques (BC)	Ressource d'aide aux personnes handicapées	Bas-St-Laurent		15 153	15 259
Jeunes en difficulté (DZ)	Justices alternatives jeunesse Gaspésie-Sud inc.	Avignon Bonaventure/Rocher-Percé	Soutien individuel et de groupe (LPJ et Loi des jeunes contrevenants), prévention	139 624	140 601
	Organisme de justice alternative jeunesse Gaspésie-Nord	Côte-de-Gaspé/Haute-Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine		151 880	152 937

Secteur	Nom de l'organisme	MRC	Activités	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (EJ)	Centre de ressourcement, de réinsertion et d'intervention (CRRI)	Côte-de-Gaspé	Travailleur de corridor	20 455	20 598
	Centre Émilie Gamelin	Rocher-Percé	Soutien communautaire en logement social	39 774	40 052
	Société Alzheimer Gaspésie-Îles-de- la-Madeleine	Régional (Avignon)	Promotion, sensibilisation, aide et entraide	38 138	38 405
	Centre d'action bénévole Saint- Alphonse-Nouvelle inc.	Bonaventure/ Avignon		2 714	2 733
	Centre d'action bénévole Les Hauts- Bois inc.	Côte-de-Gaspé		8 000	8 056
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (ER)	Centre d'action bénévole des Chic- Chocs inc.	Haute-Gaspésie		2 714	2 733
	Centre d'action bénévole Gascons- Percé inc.	Rocher-Percé	Aide-bénévole pour des activités de maintien à domicile :	2 714	2 733
	Centre d'action bénévole Saint- Siméon-Port-Daniel	Bonaventure	popote roulante, transport- accompagnement, visites amicales, etc.	2 714	2 733
	Centre d'action bénévole La Grande Corvée	Côte-de-Gaspé		2 714	2 733
	Centre d'action bénévole Le Hauban inc.	Côte-de-Gaspé		2 714	2 733
	Centre d'action bénévole Ascension- Escuminac	Avignon		2 714	2 733
	Centre d'action bénévole des Îles- de-la-Madeleine	Îles-de-la- Madeleine		2 714	2 733
	Santé physique (GK)	OGPAC	Régional		28 089
	Transport accompagnement 64 ans et moins			89 721	90 349

Secteur	Nom de l'organisme	MRC	Activités	Subvention 2016-2017 \$	Subvention 2017-2018 \$
	Association des personnes handicapées du secteur l'Estran inc.	Côte-de-Gaspé	Activités de jour, information, sensibilisation, défense des droits	1 786	1 799
	Association des handicapés Val-Rosiers inc.	Côte-de-Gaspé	Activités de jour, information, sensibilisation, défense des droits	1 786	1 799
Total Ententes spécifiques				698 711	703 596

Les actions réalisées pour obtenir le rapport financier et le rapport d'activités des organismes recevant une subvention

En vertu de l'article 338 de la LSSSS, tous les organismes qui reçoivent un soutien financier du PSOC doivent déposer au CISSS de la Gaspésie, trois mois suivant la fin de leur année financière, les rapports d'activité et financiers, de même que la preuve de la tenue de l'assemblée générale annuelle des membres. Les organismes soutenus à la mission globale doivent, de plus, se conformer aux exigences contenues dans le document ministériel « La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale – Programme de soutien aux organismes communautaires ».

Le CISSS de la Gaspésie a procédé à l'analyse de la reddition de comptes des organismes communautaires pour l'année financière 2016-2017 et la totalité de ceux-ci ont remis un dossier conforme aux exigences. Des ajustements ont été demandés aux organismes ayant présenté un dossier incomplet ou non conforme. Parmi ceux-ci, le CISSS de la Gaspésie a offert son soutien à neuf organismes dans le cadre de la gestion des situations particulières, comme prévu dans la Convention de soutien financier 2015-2018 (prolongée en 2018-2019), car ces derniers n'étaient plus momentanément en mesure de réaliser leur mission pour des raisons hors de leur contrôle.

Échéanciers du programme

Relance du programme (envoi des brochures)	Novembre 2016
Réception des demandes d'aide financière	Janvier – février 2017
Préanalyse des demandes	Mars 2017
Versement de la 1 ^{re} avance budgétaire	Avril 2017
Analyse complète des demandes	Mars – avril 2017
Adoption du projet de répartition 2017-2018	Mai 2017
Analyse de la reddition de comptes	Juillet à décembre 2017
Demande de conformité de la reddition de comptes aux organismes en difficulté	Novembre 2017 à mai 2018
Calendrier des versements réguliers	Juillet 2017, octobre 2017 et janvier 2018

**Annexe —
Le Code d'éthique
et de déontologie
des administrateurs**

**CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
DU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX**

**DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D'ADMINISTRATION
EN VERTU DE LA
LOI SUR LE MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF
(chapitre M-30)**

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	2
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES	3
Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE	6
Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS	10
Section 4 — APPLICATION	12
Annexe I – Engagement et affirmation du membre	17
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance.....	18
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre	19
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général.....	19
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts.....	21
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts	22
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen.....	23

PRÉAMBULE

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

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

- a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
- d) définit les devoirs et les obligations des membres, même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
- e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

2. Fondement légal

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbysme* (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 :r Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.

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

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

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

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

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

Personne raisonnable : processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances¹.

Renseignements confidentiels : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou des 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

¹ BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

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 administrateur, cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décisions. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

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

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et ses 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 de 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, et ce, 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 ces règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et ce qui est 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 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique 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 aux 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'actionariat 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 réels, potentiels ou apparents 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, et ce, 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 apporté au conseil d'administration.

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées],
membre du conseil d'administration du _____, déclare les
éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

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

2. Titre d'administrateur

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

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

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

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées],
président-directeur général et membre d'office du _____,
déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe VI – Signalement d’une situation de conflits d’intérêts

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Gaspésie**

Québec 