

Prévenir / Accompagner / Prendre soin

RAPPORT ANNUUEL DE GESTION 2018-2019



Rapport annuel de gestion 2018-2019

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

Table des matières

5	Sigles et acronymes	111	Application de la politique portant sur les soins de fin de vie
10	Le message des autorités		
12	Déclaration de fiabilité des données et contrôles afférents		
13	Présentation de la région et de son réseau de santé et de services sociaux	115	Les ressources humaines
		117	La gestion et le contrôle des effectifs
14	Les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent	119	Les ressources financières
15	L'occupation du territoire	121	L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme
16	Les conditions démographiques et socioéconomiques	121	L'équilibre budgétaire
18	Le portrait de santé des Bas-Laurentiens	122	Les contrats de service
21	Présentation de l'établissement et des faits saillants	123	L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant
22	Le CISSS du Bas-Saint-Laurent en bref		
23	Notre vision, nos valeurs, nos rôles et responsabilités	127	La divulgation des actes répréhensibles
24	L'organigramme de la haute direction		
26	Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	131	Les organismes communautaires
45	Les faits saillants des différentes directions		
51	Résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	139	Annexe — Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration
53	Chapitre III — Fiches de reddition de comptes des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité		
58	Chapitre IV — Les engagements de l'établissement en fonction, notamment, du Plan stratégique du MSSS 2015-2020		
87	Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité		
89	L'agrément		
90	La sécurité des soins et des services		
109	Le nombre de mises sous garde selon la mission		
109	L'examen des plaintes et la promotion des droits		
110	L'information et la consultation de la population		

Sigles et acronymes

A

AAOR	Accueil, analyse, orientation et référence
AAPA	Approche adaptée à la personne âgée
ACEQ	L'Association du cancer de l'Est-du-Québec
ACMQ	Association des conseils multidisciplinaires du Québec
ACR	Analyse de cause racine
ACVA-TCC	Association des personnes accidentées cérébro-vasculaires, aphasiques et traumatisées craniocérébrales
ADH	Accueil, désintoxication et hébergement
AES	Approche École en santé
AGA	Assemblée générale annuelle
AIDES	Actions intersectorielles pour le développement des enfants et leur sécurité
AMM	Aide médicale à mourir
AMP	Activité médicale particulière
AMPEQ	Association des médecins en protection de l'enfance du Québec
AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
APAVVA	À pied, à vélo, ville active
APPR	Agent de planification, de programmation et de recherche
APSS	Accès priorisé aux services spécialisés
AQEPA	Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs
ATIVAD	Antibiothérapie intraveineuse à domicile
AVAC	Accouchement vaginal après césarienne
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVD	Activités de la vie domestique
A3	Outil de gestion de projet

B

BACC-USI	Bactériémie associée aux cathéters centraux aux unités de soins intensifs
BAC-SARM	Bactérie à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
BCM	Bilan corporatif des médicaments
BEM	Bureau d'évaluation médicale
BGNPC	Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases

BPO	Bureau de projet organisationnel
BSL	Bas-Saint-Laurent

C

C. difficile	Clostridium difficile
CA	Conseil d'administration
CAAP	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
CAFE	Crise-ado-famille-enfant
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CAR	Comité d'arrimage régional
CCSN	Commission canadienne de sûreté nucléaire
CDCBSL	Consortium en douleur chronique du Bas-Saint-Laurent
CDPDJ	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
CECM	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire
CÉCO	Comité d'éthique clinique et organisationnelle
Cégep	Collège d'enseignement général et professionnel
CEPI	Candidat à l'exercice de la profession infirmière
CEPIA	Candidat à l'exercice de la profession infirmière auxiliaire
CEPSP	Comité de l'évolution de la pratique des soins pharmaceutiques
CER	Comité d'éthique de la recherche
CFP	Centre de formation professionnelle
CH	Centre hospitalier
CHRG	Centre hospitalier régional du Grand-Portage
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIIA	Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale

CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail
CoDir	Comité de direction
COMPAS	Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services
COSMOSS	Communauté ouverte et solidaire pour un monde outillé, scolarisé et en santé
CPE	Centre de la petite enfance
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CPPE	Clinique pédiatrique de protection de l'enfance
CPSEQ	Conférences populaires en santé de l'Est-du-Québec
CPSS	Coût par parcours de soins et services
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRDS	Centre de répartition des demandes de services
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSF	Conseil des sages-femmes
CSU	Centre de services aux utilisateurs
C-TA-C	Contre toute agression conjugale
CUC	Comité des usagers continué
CUCI	Comité des usagers du Centre intégré

D

DA	Déficience auditive
DACD	Diarrhée associée au Clostridium difficile
DCat-HB-VPI-Hib	Diphtérie, coqueluche, tétanos, hépatite B, poliomyélite et infections à Haemophilus influenzae de type B
DCI	Dossier clinique informatisé
DEC	Diplôme d'études collégiales
DGPPQ	Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité
DGTI	Direction générale des technologies de l'information
DI	Déficience intellectuelle
DI-TSA	Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
DI— TSA-DP	Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
DL	Direction de la logistique
Déficience du langage	
DME	Déficience motrice enfant
DO	Développement organisationnel
DP	Déficience physique

DPDI-TSA-DP	Direction du programme de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DPJe	Direction du programme jeunesse
DPSAPA	Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées
DPSMD	Direction des programmes en santé mentale et dépendance
DQEPE	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique
DRF	Direction des ressources financières
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
DRI	Direction des ressources informationnelles
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI	Direction des soins infirmiers
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSP	Direction des services professionnels
DSPu	Direction de la santé publique
DSQ	Dossier de santé du Québec
DST	Direction des services techniques
DV	Déficience visuelle

E

EESAD	Entreprise d'économie sociale d'aide à domicile
EGI	Entente de gestion et d'imputabilité
ELI	Externat longitudinal intégré
EPI	Équipement de protection individuelle
EQES	Enquête québécoise sur l'expérience de soins
EQLAV	Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
ETC	Équivalent temps complet

F

FAP	Financement axé sur le patient
FACT	Flexible Assertive Community Treatment

G

GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
GASM-D	Guichet d'accès en santé mentale et dépendance
GESTRED	Système de suivi de gestion et de reddition de comptes
GIS	Groupe interdisciplinaire de soutien

GMAO	Gestion de maintenance assistée par ordinateur		
GMF	Groupe de médecine familiale/groupe de médecine de famille	LGRI	Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement
GMF-U	Groupe de médecine familiale universitaire/groupe de médecine de famille universitaire	LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales
GRH	Gestion des ressources humaines	LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
GRM	Gestion des ressources matérielles	LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
GVSS	Groupe vigilance pour la sécurité des soins	LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
I		LSST	Loi sur la santé et la sécurité du travail
IAB	Initiative des amis des bébés	M	
ICI	Intervention comportementale intensive	M.A.IN.S. BSL	Mouvement d'aide, d'information et de soutien du Bas-Saint-Laurent
I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC	MALDI-TOF	Appareil de spectrométrie de masse (Matrix Assisted Laser Desorption Ionisation — Time of Flight)
IMNP	Intervention multifactorielle non personnalisée	MOI	Main-d'œuvre indépendante
IMP	Intervention multifactorielle personnalisée	MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
INC	Incorporé	MRC	Municipalité régionale de comté
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec	MU	Mesure d'urgence
IPS	Infirmier praticien spécialisé ou infirmière praticienne spécialisée	N	
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée de première ligne	NSA	Niveau de soins alternatifs
ISO-SMAF	Organisation internationale de normalisation (International Organization for Standardization) — Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle	O	
ISQ	Institut de la statistique du Québec	OC	Ordonnance collective
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang	OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et pneumologie du Québec	OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
J		OMS	Organisation mondiale de la Santé
JASP	Journées annuelles de santé publique	OPIC	Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
JED	Jeunes en difficulté	OPUS-AP	Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services — antipsychotiques
J.P.	Jours-présence	ORL	Oto-rhino-laryngologie
K		OSIRIPA	Outil de suivi de l'implantation des réseaux de services intégrés aux personnes âgées
KRTB	Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata et Les Basques	P	
L		PAB	Préposé aux bénéficiaires
LASER	Laboratoire de recherche sur la santé en région	PACS	Système d'archivage et de transmission d'images (Picture Archiving and Communication System)
LCOP	Loi sur les contrats des organismes publics	PAPFC	Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire
LGCE	Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur		

PAR	Plan d'action régional
PARI	Projets et activités en ressources informationnelles
PAS	Plan d'action stratégique
PCFI	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière
PCI	Prévention et contrôle des infections
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale
PCR	Amplification en chaîne par polymérase (Polymerase Chain Reaction)
PDE	Plan de développement de l'expertise
PDG	Présidente-directrice générale, Présidence-direction générale
PDGA	Président-directeur général adjoint, Présidence-direction générale adjointe
PEM	Plan d'effectifs médicaux
PI	Plan d'intervention
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PII	Plan interdisciplinaire d'intervention
PIN	Programme d'intervention en négligence
PIV	Programme d'identification visuelle
PLAIDD-BF	Promotion, lutte, aide, intervention, défense, droit — Bas-du-Fleuve
PMO	Planification de main-d'œuvre
PNSC	Plan national de sécurité civile
POR	Pratique organisationnelle requise
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PS	Plan stratégique
PSIAS	Plan de services individualisés et d'allocation de services
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PTAAC	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité
PTPARI	Plan triennal des projets et activités en ressources informationnelles

R

RAC	Réadaptation en résidence à assistance continue
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RDM	Retraitement des dispositifs médicaux
RH	Ressources humaines
RI	Ressource intermédiaire
RI-RTF	Ressource intermédiaire et ressource de type familial
RIS	Ressource intermédiaire spécialisée
RIUS UL	Réseau universitaire intégré en santé de l'Université

Laval

RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
RLS	Réseau local de services
ROCASM-BF	Regroupement des organismes communautaires en santé mentale du Bas-du-Fleuve
RQSUCH	Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier
RPA	Résidence privée pour aînés
RPA-RI	Résidence privée pour aînés et ressource intermédiaire
RPCU	Regroupement provincial des comités d'usagers
RRSS	Répertoire des ressources en santé et services sociaux
RSIPA	Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RSV	Virus respiratoire syncytial
RTF	Ressource de type familial
RTS	Réseau territorial de services
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé

S

SAC	Spécialiste en activités cliniques
SAD	Soutien à domicile
SAD LD	Soins à domicile de longue durée
SAIME	Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
SARROS	Soutien aux régions pour le recrutement des omnipraticiens et spécialistes
SC	Sécurité civile
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SCT	Secrétariat du Conseil du trésor
SERG	Service d'évaluation et de réadaptation gériatrique
SI	Suivi intensif
SIAD	Soins intensifs à domicile
SIGCH	Système d'information pour la gestion de la coordination à l'hébergement
SI-GFA	Système intégré — gestion financière et approvisionnement
SIGP	Système intégré de gestion de la performance
SIL	Système d'information de laboratoire
SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés

SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SI-SPIN	Système d'information pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales
SIV	Suivi d'intensité variable
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SPCI	Service de la prévention et du contrôle des infections
SQETGC	Service québécois d'expertise en trouble grave du comportement
SQI	Société québécoise des infrastructures
SST	Santé et sécurité au travail

T

TAI	Tableau d'aide individualisé
TBIG	Tableau de bord des informations de gestion
TI	Technologie de l'information
TL	Technicien en loisirs
TNO	Territoire non organisé
TROC-BSL	Table régionale des organismes communautaires du Bas-Saint-Laurent
TRPIN	Table régionale en prévention des infections nosocomiales
TS	Travailleur social
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

U

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



Le message des autorités

Des efforts soutenus et concertés pour le maintien de services de qualité et de proximité dans notre région



Mme Isabelle Malo

Présidente-directrice générale

Nous sommes très heureux de vous présenter le fruit du travail des 8500 membres du personnel, des cliniciens et des gestionnaires du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Bas-Saint-Laurent qui ont su maintenir leur engagement malgré une pression importante sur notre réseau sociosanitaire et la présence de défis exigeants.

Encore cette année, des changements continuent de s'opérer, entraînant avec eux de nombreuses réussites, parfois certaines mises au point ou remises en question, mais toujours dans l'optique de nous permettre d'améliorer l'accès et les corridors de services, ainsi que la qualité et la sécurité des soins et des services à la population. Mais ces résultats ne sont pas attribuables au hasard. C'est plutôt le résultat d'une vision partagée et d'une volonté de se dépasser.



M. Hugues St-Pierre

Président du conseil d'administration

Si notre performance globale comme organisation nous remplit de fierté, malgré le fait que nous puissions toujours faire mieux, c'est à nos gens que nous devons ces résultats enviables, et nous les en remercions tout spécialement.





Un aperçu de nos réussites

Grâce à des efforts collectifs soutenus, au dévouement des équipes sur le terrain et au courage des gestionnaires, nous dressons encore une fois un bilan positif des douze derniers mois.

La région du Bas-Saint-Laurent continue d'enregistrer des gains fort appréciables dans plusieurs secteurs, malgré l'augmentation des cibles ministérielles qui repoussent continuellement nos limites. Ces résultats sont présentés en détail dans les pages subséquentes du présent rapport.

Au chapitre des bons coups, certains méritent d'être soulignés de façon plus particulière :

- Réorientation des clients de priorité P4-P5 des urgences vers des GMF et cliniques médicales;
- Déploiement en cours d'une offre de service jeunesse intégrée DPJ-DPJJe;
- Consolidation des services de traitement du cancer dans l'Est-du-Québec en raison des trajectoires et des nouvelles techniques de radiothérapie;
- Mise en place d'un service d'intervention de crise 24/7 dans l'ensemble de la région;
- Déploiement du plan d'action pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées;
- Réalisation de multiples travaux visant l'actualisation de l'approche milieu de vie en CHSLD;
- Révision de l'offre alimentaire dans nos treize CHSLD et déploiement de nouveaux chariots;
- Développement accéléré des services à domicile;
- Entente de collaboration avec chacune des RPA du territoire;
- Actualisation du projet de curiethérapie de la prostate à Rimouski;
- Ouverture de l'unité d'hémodialyse satellite à Rivière-du-Loup et consolidation de la phase 1 pour le soutien des unités satellites BSL/Gaspésie;
- Ouverture du CHSLD De Chauffailles à Rivière-du-Loup et annonce d'une seconde phase de construction;
- Entente de service CHRGP/ sages-femmes au KRTB;
- Contribution à la mise en place d'un centre de pédiatrie sociale à Rimouski;
- Évolution du projet Optilab 2.0;
- Négociation et signature de trois conventions collectives locales;
- Mise en place d'un comité de concertation des partenaires du CISSS avec les élus et les collaborateurs intersectoriels;
- Élaboration du projet de formation médicale décentralisée de l'Université Laval — Pavillon de Rimouski.



Notre défi collectif

Ce sont là autant de percées qui démontrent que la réponse aux besoins de notre population, grâce à l'adaptation de nos modes de gestion et de collaboration ainsi qu'à la prestation des soins et services, est véritablement au cœur de nos préoccupations et de nos actions. Mais malgré la stabilisation de l'environnement organisationnel et le haut niveau d'adaptation démontré, des défis demeurent, notamment dans notre capacité à assouplir certaines orientations pour mieux tenir compte des réalités propres à chaque milieu.

Le maintien de l'offre de service de proximité dans les territoires, malgré les défis associés aux ressources et à la décroissance de la population, en est un bel exemple. Le développement d'une

culture organisationnelle de la qualité et de la sécurité des soins et services figure encore parmi nos objectifs, de même que le recrutement et la mobilité des médecins, afin de rapprocher les services des citoyens et d'optimiser l'utilisation des plateaux techniques, partout sur notre territoire.

Enfin, toujours en filigrane : l'immense défi lié à la main-d'œuvre à l'échelle nationale et qui se répercute également dans notre région, la santé financière de notre établissement, qui demeure une priorité constante, ainsi que l'importance de tendre davantage vers l'humanisation dans les soins et dans la gestion, sans quoi rien de ce qui précède ne serait possible.

Pour toutes ces raisons, nous désirons témoigner notre profonde reconnaissance aux administrateurs du CISSS du Bas-Saint-Laurent, qui accompagnent et soutiennent remarquablement l'établissement dans ses visées et dans ses décisions. Nous remercions également nos nombreux partenaires, bénévoles et fondations pour l'appui soutenu qu'ils nous accordent. Également, nous remercions les usagers et leurs proches pour la confiance qu'ils nous portent. Nous leur témoignons notre grande détermination à poursuivre nos efforts concertés pour leur assurer l'accès à des soins et des services de qualité et de proximité, partout sur notre territoire et de façon pérenne.



M. Hugues St-Pierre

Président du conseil d'administration



Mme Isabelle Malo

Présidente-directrice générale

Déclaration de fiabilité des données et contrôles afférents

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2018-2019 du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2019.



Mme Isabelle Malo

Présidente-directrice générale

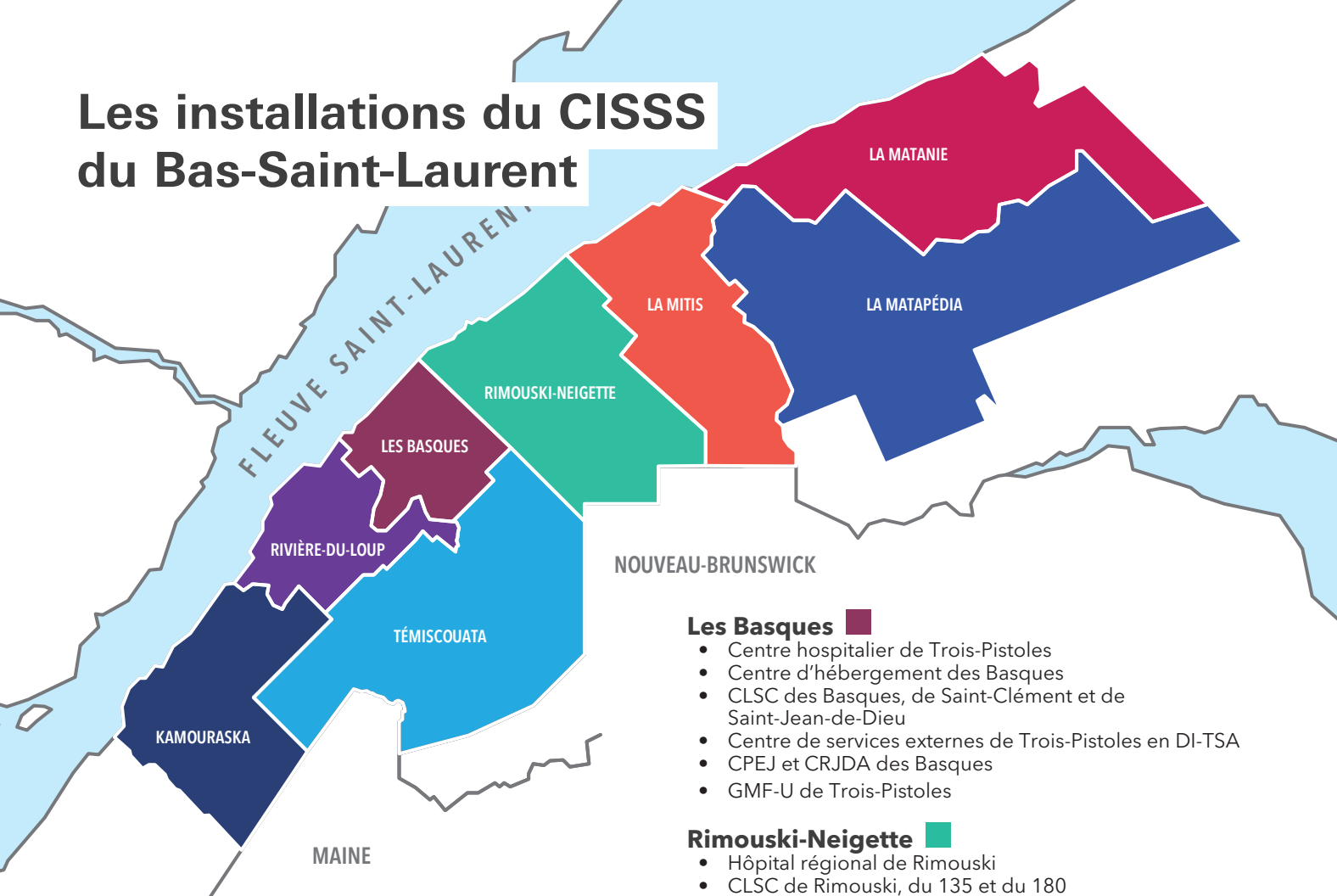
A close-up photograph of two people's faces. The person on the left is in the foreground, looking slightly to the right, with warm yellow and orange light on their face. The person on the right is slightly behind and to the side, looking towards the camera, with cool blue and purple light on their face. The background is dark and out of focus.

Présentation de la région et de son réseau de santé et de services sociaux

Prévenir / Accompagner / Prendre soin



Les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent



Kamouraska

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

Rivière-du-Loup

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

Témiscouata

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

Les Basques

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

Rimouski-Neigette

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

La Mitis

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

La Matapédia

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

La Matanie

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



L'occupation du territoire

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

En 2019, la région compte 200 920 habitants au total, répartis dans 8 MRC correspondant aux 8 réseaux locaux de services (RLS) existants. Cette population, distribuée sur un territoire de 22 185 km² (densité de 9 habitants/km²), comprend 114 municipalités ainsi que 14 territoires non organisés (TNO) et 2 réserves indiennes. Les MRC de Kamouraska, de Rivière-du-Loup, de Témiscouata et des Basques composent le secteur ouest de la région (auss appelé KRTB). Le secteur est regroupé les MRC de Rimouski-Neigette, de La Mitis, de La Matapédia et de La Matanie.

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

La plupart des 114 municipalités que compte la région ont vu la taille de leur population changer entre 2012 et 2018. Selon les dernières estimations de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), 94 territoires municipaux ont subi une baisse de population (5 666 personnes au total), 2 sont demeurés inchangés et 18 ont enregistré une hausse (2 305 personnes au total).

Certaines municipalités ont vu leur population s'accroître pour la période de 2012 à 2018.

Rimouski	↑ 1 434
Rivière-du-Loup	↑ 347
Saint-Antonin	↑ 134

À l'inverse, les municipalités dont les effectifs ont diminué sont généralement de petite taille, quoique certaines villes présentant un poids démographique important figurent sur cette liste

Mont-Joli	↓ 397
Matane	↓ 351
Trois-Pistoles	↓ 199
Témiscouata-sur-le-Lac	↓ 182
Amqui	↓ 166
La Pocatière	↓ 111

Dans son ensemble, la population de la région a diminué de 1,7 % de 2012 à 2018. Il s'agit d'une perte plus importante que celle de la période précédente (-0,4 % de 2006 à 2012). Compte tenu des révisions récentes apportées par l'ISQ aux estimations de population des régions du Québec, la diminution de 0,4 % de la taille de la région, prévue d'ici 2030, pourrait également être revue dans les prochains mois.

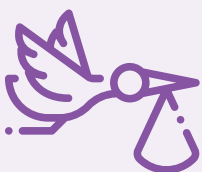
Les conditions démographiques et socioéconomiques



Viellissement de la population

Parmi les éléments caractérisant la population de la région du Bas-Saint-Laurent, on peut certes affirmer que le vieillissement de la population est ce qui conditionne le plus l'organisation des services. En 2019, quelque 52 000 personnes ont 65 ans et plus, ce qui représente plus de 25 % de la population totale de la région, soit 6,7 points de pourcentage au-dessus de la proportion enregistrée dans l'ensemble du Québec.

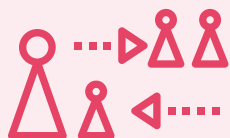
En 2001, 18 ans plus tôt, les personnes âgées de 65 ans et plus ne constituaient que 15 % du total de la population bas-laurentienne. Le fait que les premiers baby-boomers aient franchi le cap des 65 ans en 2010 entraîne un accroissement du vieillissement. On estime qu'en 2031, le nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans sera supérieur d'environ 12 % à ce qu'il était en 2018.



Accroissement naturel

Selon les données provisoires, 1 664 bébés sont nés dans la région en 2017. Depuis les années 2000, le nombre annuel de naissances a varié grosso modo entre 1 600 et 1 900. La diminution observée depuis 2012 devrait se poursuivre au cours des prochaines années.

Le nombre de décès dépasse celui des naissances au Bas-Saint-Laurent pour les 6 dernières années (2012 à 2017). L'accroissement naturel, soit la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès, est par conséquent négatif depuis 2012. Cette tendance s'accroît avec le temps : selon les données provisoires de 2017, l'écart entre le nombre de décès et celui des naissances est de 433, alors qu'en 2012, il était de 18.



Mouvements migratoires interrégionaux

La migration interrégionale est un autre facteur qui agit sur la taille de la population. Depuis les années 2000, le solde migratoire du Bas-Saint-Laurent est déficitaire : le nombre de personnes quittant la région est plus élevé que le nombre de personnes qui arrivent. En 2017-2018, la région a perdu 132 personnes dans ses échanges avec les autres régions.

Au cours des 10 dernières années, ces pertes ont fluctué entre 5 et 456 personnes, pour un solde total d'environ 1 900 personnes. Les 15-24 ans sont ceux qui quittent la région en plus grand nombre. Les gains chez les 30-64 ans ne parviennent pas à combler le départ des jeunes. Ce phénomène contribue à l'accroissement de la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus au Bas-Saint-Laurent.



Environnement social

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

Depuis quelques années, le décrochage scolaire est moins fréquent dans la région que dans l'ensemble du Québec. Dans le réseau public d'éducation, parmi les élèves sortants du secondaire inscrits en formation générale en 2013-2014, 9,8 % n'avaient ni diplôme ni qualification dans la région, alors qu'ils étaient 16,2 % au Québec. Le Bas-Saint-Laurent se classe parmi les régions du Québec présentant les plus faibles proportions de décrocheurs. Il se démarque également par rapport au Québec sur le plan de la diplomation après 7 années au secondaire. Pour la cohorte de 2009-2010, 78 % des jeunes de la région ont obtenu leur diplôme et leur qualification en 2016-2017 contre 75 % pour la province, toujours dans le réseau public d'éducation.

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

On constate que pour certaines conditions sociales, la population du Bas-Saint-Laurent est avantagée par rapport à celle de l'ensemble du Québec.



Conditions socioéconomiques

En 2017, le taux de travailleurs demeure moins élevé au Bas-Saint-Laurent que dans l'ensemble du Québec (71,5 % contre 77,0 %). Pour ce qui est du taux de chômage, selon l'Institut de la statistique du Québec, il est légèrement plus élevé au Bas-Saint-Laurent qu'au Québec (5,9 % contre 5,4 %). La proportion des 18-64 ans recevant une aide financière du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale en mars 2018 s'élève à 6,8 %. Dans l'ensemble du Québec, le taux d'assistance sociale est un peu moins élevé (6,0 %).

En 2016, la population bas-laurentienne est encore l'une des moins scolarisées du Québec, avec 16 % des 25-64 ans qui sont sans certificat ou diplôme d'études comparativement à 13 % au Québec. Avec les efforts investis en persévérance scolaire, la situation devrait s'améliorer dans l'avenir.



Le portrait de santé des Bas-Laurentiens

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

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



Habitudes de vie et comportements

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

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

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

Santé des mères et des tout-petits

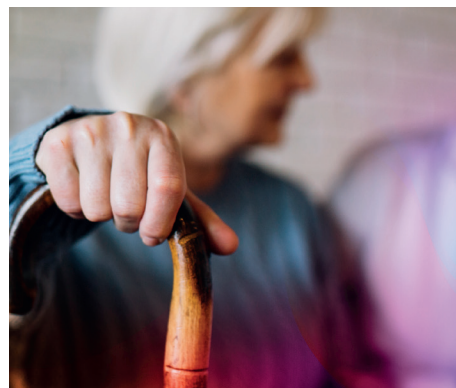
Pour la période 2015-2017, la région se distingue positivement selon l'indicateur du taux de grossesse chez les adolescentes de 14 à 17 ans, avec un taux de 4,1 pour 1000 adolescentes. Le Bas-Saint-Laurent est parmi les régions présentant les taux les plus faibles de la province (taux du Québec : 6,0 pour 1000 adolescentes).

Sur le territoire, les naissances de faible poids (5,6 %) et les naissances prématurées (5,4 %) sont comparables aux proportions de l'ensemble du Québec (avec respectivement 6,0 % et 7,0 %) pour l'année 2017.



Personnes vivant avec des limitations

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



Santé mentale et suicide

En 2013-2014, 72 % des Bas-Laurentiens de 12 ans et plus ont déclaré avoir une excellente ou très bonne santé mentale. Toutefois, en 2016-2017, les troubles mentaux touchent un peu plus de 27 000 Bas-Laurentiens d'un an et plus, soit 14,1 % de la population, une proportion un peu plus élevée que dans l'ensemble du Québec (12,0 %). Dans les années 2000, la population de la région, particulièrement les hommes, présentait des taux élevés de décès par suicide comparativement aux autres régions sociosanitaires. Depuis les années 2008-2010, la situation s'est améliorée. Pour la période 2014-2016, le taux de mortalité par suicide du Bas-Saint-Laurent (15,5 par 100 000 habitants) est semblable à celui du Québec (13,7 par 100 000 habitants).



Maladies chroniques

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

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



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



Espérance de vie et mortalité

L'espérance de vie à la naissance est en augmentation constante. Au Bas-Saint-Laurent, elle était de 82,0 ans pour la période 2012-2016, un peu plus basse que celle du Québec avec 82,4 ans. Les données sur l'autoévaluation de l'état de santé général, c'est-à-dire la façon dont les gens perçoivent leur propre santé, sont identiques pour le Bas-Saint-Laurent et le Québec pour l'année 2014-2015. Parmi les personnes âgées de 15 ans et plus, 9 personnes sur 10 évaluent positivement leur santé.

Afin de dresser un portrait comparatif de la mortalité de la région et de l'ensemble du Québec, il faut éliminer l'effet du vieillissement plus rapide au Bas-Saint-Laurent en ajustant la population en fonction d'une structure d'âge similaire à celle du Québec. À partir des taux de mortalité ajustés pour l'âge, on note certaines différences et similitudes entre le Bas-Saint-Laurent et le Québec pour la période 2014-2016. Par rapport au Québec, la région présente :

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

La région se démarque défavorablement par rapport au Québec sur d'autres aspects. Son taux de mortalité par accidents de véhicules à moteur figure parmi les plus élevés des régions du Québec (11,0 comparativement à 4,1 par 100 000 habitants au Québec pour la période 2014-2016).

Même si la population du Bas-Saint-Laurent ne représente qu'environ 2,4 % de celle du Québec, on y enregistre, selon les données de 2012 à 2014, 4,7 % des décès par traumatismes non intentionnels, comme les accidents, les chutes, les noyades, etc.



Services de santé

Selon la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), en 2017, près de 9 Bas-Laurentiens sur 10 ont un médecin de famille. Cette proportion (87 %) est plus élevée qu'au Québec (74 %).



Présentation de l'établissement et des faits saillants

Prévenir / Accompagner / Prendre soin



Le CISSS du Bas-Saint-Laurent en bref



7 884
employés



Budget global de l'établissement :
712 millions de dollars



260
médecins de famille



218
médecins spécialistes
actifs



11
dentistes



79
pharmaciens



59
pharmacies
communautaires



471
lits de courte durée
(mission centre hospitalier)



13
centres d'hébergement et de
soins de longue durée (CHSLD)



1
maison de naissance



9
urgences, dont 8 sont en fonction
24 heures par jour et 7 jours sur 7



105
endroits où sont offerts
des soins et services



42
installations propriétaires



49
cliniques médicales



12
groupes de
médecine familiale (GMF)



Mission d'enseignement
médical universitaire

2
groupes de médecine familiale
universitaire (GMF-U)



127
organismes communautaires



136
résidences privées
pour aînés (RPA)

Notre vision

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

Nos valeurs

Collaboration

Collaborer, c'est de faire ensemble, dans la reconnaissance de la contribution de chacun, dans l'entraide et dans le respect. Cette collaboration implique des stratégies et des relations gagnant-gagnant.

Humanisation

La qualité du contact humain, la compassion et l'empathie sont essentielles dans notre travail. Cette valeur signifie, plus que toute autre, que nous souhaitons centrer notre approche sur la personne.

Engagement

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

Responsabilisation

Cette valeur fait appel au sens des responsabilités de chacun, au travail en mode solution, centré sur les résultats, à l'imputabilité et à la proactivité de chacun des employés, des médecins et des bénévoles.

Nos rôles et responsabilités

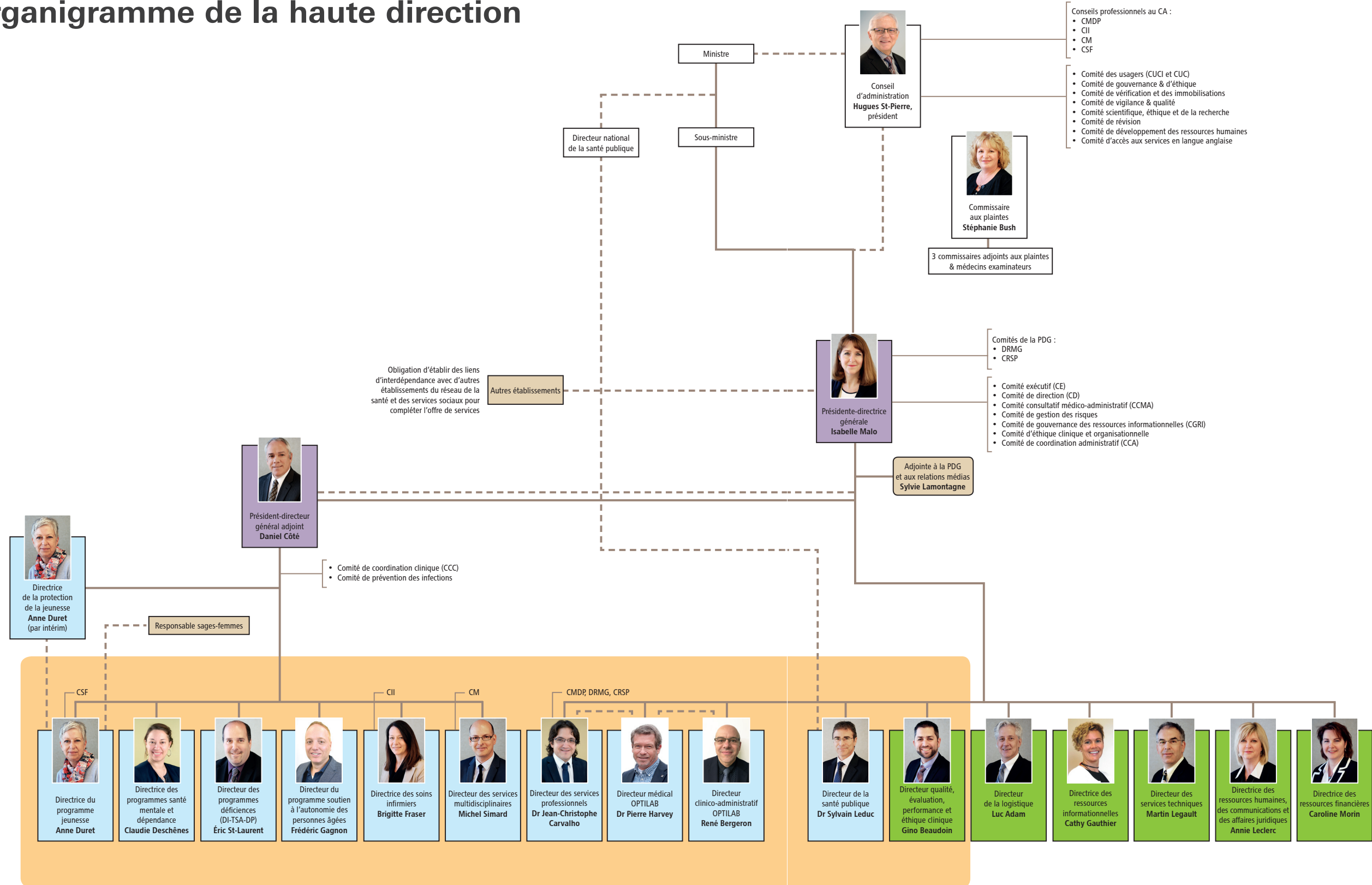
- Planifier, coordonner, organiser et offrir à la population de son territoire l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles, et déterminer les mécanismes de coordination de ces derniers;
- Garantir une planification régionale des ressources humaines;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

Centrés sur les besoins des usagers

Au CISSS du Bas-Saint-Laurent, nous mettons au cœur de toutes nos décisions et actions la réponse pertinente aux besoins des usagers en :

- assurant une cohésion par le travail d'équipe et des collaborations continues;
- favorisant des communications claires et efficaces pour donner du sens à notre vision et soutenir notre mission;
- développant le potentiel des personnes, la reconnaissance et la mise à contribution des compétences;
- accroissant la capacité d'adaptation pour réagir et s'ajuster promptement à toutes situations;
- rendant les personnes responsables et imputables de leurs actions et de l'atteinte de nos objectifs et attentes organisationnels, dans le respect des meilleurs standards de performance et de pratique.

L'organigramme de la haute direction



NOTE :

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

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

LÉGENDE



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

Conseil d'administration

Composition

Membres désignés



Mme Nathalie Chenel,
comité régional sur les
services pharmaceutiques
(CRSP)



Dr Daniel Dionne,
conseil des médecins,
dentistes et pharmaciens
(CMDP)



Dr Gabriel Houle,
département régional
de médecine générale
(DRMG)



Mme Isabelle Ouellet,
conseil des infirmières et
infirmiers (CII)



Mme Julette Rioux,
Comité des usagers du
Centre intégré (CUCI)



Mme Lise Verreault,
conseil multidisciplinaire
(CM)

Membres nommés



Mme Isabelle Malo,
présidente-directrice
générale du CISSS du
Bas-Saint-Laurent



M. François Deschênes,
milieu de l'enseignement
— Université du Québec à
Rimouski (UQAR)

Membres indépendants



M. Hugues St-Pierre,
président, compétence en
gouvernance ou éthique



M. Gilbert Beaupré,
expérience vécue à titre
d'utilisateur des services
sociaux



Mme Kathleen Bouffard,
expertise en protection de
la jeunesse



M. Daniel Séguin,
compétence en
vérification, performance
ou gestion de la qualité



Mme Nathalie Dubé,
expertise dans
les organismes
communautaires



Mme Lucie Lapointe,
expertise en réadaptation



Mme Mélanie Leblanc,
compétence en
ressources immobilières,
informationnelles ou
humaines



Mme Ève-Marie Rioux,
expertise en santé
mentale



M. Gilles H. Tremblay,
compétence en gestion
des risques, finance ou
comptabilité

Membre observateur



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

Mandat

Le conseil d'administration doit en outre :

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

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

Réalisations

- Tenue de sept séances régulières et de quatre séances spéciales;
- Suivi étroit des travaux des différents comités du conseil d'administration, du respect de l'entente de gestion et de la situation financière de l'établissement;
- Nomination au poste de directrice de l'enseignement médical au CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Demande de modification de permis pour la dénomination des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent
- Adoption du *Règlement du bloc opératoire*;
- Dépôt du rapport de la présidente-directrice générale sur les soins de fin de vie;
- Adoption du *Rapport financier 2017-2018*;
- Adoption du *Budget 2018-2019*;
- Adoption de l'*Entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019*;
- Nomination d'un auditeur indépendant pour l'exercice 2018-2019;
- Nominations médicales et renouvellement des nominations médicales;
- Octroi de contrats de service avec des sages-femmes;
- Adoption du plan d'organisation médicale et du plan régional d'organisation des services médicaux;
- Modification au Règlement du Département régional de médecine générale de la région du Bas-Saint-Laurent;
- Autorisation d'un régime d'emprunts à long terme;
- Nomination et renouvellement de membres au Comité d'éthique de la recherche;
- Adoption du rehaussement du financement récurrent du programme de soutien aux organismes communautaires pour 2018-2019;
- Nomination au poste de directeur des programmes santé mentale et dépendance;
- Nomination au poste de directeur des ressources informationnelles;
- Nomination au poste de directeur du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées;
- Acquisition d'une parcelle de terrain appartenant à la Ville de Rivière-du-Loup dans le cadre du projet d'agrandissement et de rénovation du Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation de Rivière-du-Loup;
- Approbation de plusieurs documents, dont :
 - le *Plan d'action 2018-2020 à l'égard des personnes handicapées*;
 - la *Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail*;
 - le Plan de conservation des équipements médicaux 2017-2018;
 - le *Protocole sur le recours à certaines mesures d'encadrement* applicables en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation;
 - la *Politique de désignation toponymique* du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - le *Cadre réglementaire sur l'organisation et les bonnes pratiques en recherche* au CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Aucun manquement au Code d'éthique et de déontologie en 2018-2019.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Composition du comité exécutif du CMDP

Dre Gabrielle Gagnon, présidente, Rimouski-Neigette
Dr Jean-Philippe Allard, omnipraticien, Kamouraska
Dre Janie Pedneault, trésorière, omnipraticienne, Témiscouata
Dre Jacinthe Bordeleau, omnipraticienne, Trois-Pistoles
Dre Josée Côté, omnipraticienne, Rimouski-Neigette
Dr Jean-Philippe Boulanger-Dorval, pneumologue, Rimouski-Neigette
Dre Renée Gagnon, omnipraticienne, La Matanie
Dre Thuy-Tien Nguyen-Dang, omnipraticienne, La Matapédia
M^{me} Cynthia Paradis, pharmacienne, La Mitis
Dr Jocelyn Tremblay, omnipraticien, Rimouski-Neigette

M^{me} Isabelle Malo, présidente-directrice générale, membre d'office
Dr Jean-Christophe Carvalho, directeur des services professionnels, membre d'office
Dr Daniel Dionne, représentant au sein du conseil d'administration, invité
Dr Gabriel Houle, représentant au sein du conseil d'administration, invité

Ce comité assume les responsabilités suivantes envers le conseil d'administration :

- Contrôler, apprécier la qualité et la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques;
- Évaluer et assurer le maintien des compétences de ses membres;
- Émettre des recommandations quant aux qualifications, aux compétences, au statut, aux obligations rattachées aux privilèges de pratique et aux mesures disciplinaires de ses membres;
- Émettre des recommandations quant aux règles de soins médicaux et dentaires et aux règles d'utilisation des médicaments;
- Adopter les ordonnances collectives nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement;
- Élaborer un système de garde assurant la permanence des médecins, dentistes et pharmaciens en fonction des besoins de l'établissement;
- Donner son avis sur les aspects professionnels quant à l'organisation technique et scientifique du centre et aux règles d'utilisation des ressources visées à l'article 189 et sur les sanctions administratives qui doivent y être prévues;
- Faire des recommandations sur les aspects professionnels de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques ainsi que sur l'organisation médicale du centre;
- Assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Ces responsabilités sont exercées par le comité exécutif formé de membres actifs élus par le conseil lors de l'assemblée générale annuelle et représentant les différentes missions et secteurs géographiques de notre organisation.

Réalisations

- Travaux pour l'octroi du programme de médecine décentralisée de l'Université Laval;
- Participation aux réunions en présence et à distance par visioconférence : l'absence de conseiller de Rivière-du-Loup a généré quelques difficultés;
- Analyse de plusieurs études par critères explicites par les comités locaux : tous les comités du CMDP fonctionnent bien, sauf celui de l'évaluation de l'acte central sans président depuis un an. Les comités locaux sont bien vivants;
- Collaboration dans le cadre de la visite du Collège des médecins du Québec (CMQ) dans les installations de Notre-Dame-de-Fatima, Notre-Dame-du-Lac, d'Amqui et de Matane qui s'est poursuivie en 2019-2020.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Composition du comité exécutif du CII

Membres élus

Mme Anick Chouinard, présidente,
La Matapédia, DSI
Mme Katherine St-Pierre, vice-présidente,
Rimouski-Neigette, directions de soutien
Mme Kathy-Alexandre Chenel,
La Matanie, DSP
Mme Julie Desjardins, La Mitis, DPSAPA
Mme Valérie Veilleux, Rimouski-Neigette,
DPSMD
Mme Mylène Guénard, La Matapédia, DSI
Mme Marie-Josée Morin, Témiscouata,
DSP

Membres cooptés

M^{me} Liliane Dubé, Kamouraska,
conseillère en soins infirmiers
M^{me} Stéphanie Allard, Les Basques,
infirmière praticienne spécialisée
M^{me} Isabelle Ouellet, Rimouski-Neigette,
adjoindue à la DSI

Membres d'observation

M^{me} Isabelle Gagnon, Rimouski,
volet recherche
M^{me} Colombe Pelletier, ORIIBSLGIM

Membres nommés d'office

M^{me} Marie-Josée Belanger, La Matapédia,
représentante du CIIA
M. Daniel Côté, président-directeur
général adjoint
M^{me} Brigitte Fraser, directrice des soins
infirmiers
M^{me} Sharon Tanguay, Rivière-du-Loup,
représentante du CIIA

Invités permanents

M^{me} Isabelle Beaulieu, Rimouski-Neigette,
représentante des centres de formation
professionnelle
M^{me} Maria Morin, Rivière-du-Loup,
représentante des cégeps
M^{me} Nicole Ouellet, Rimouski-Neigette,
représentante de l'université

Responsabilités et pouvoirs du CII

Responsabilités envers le conseil d'administration

Le CII est, pour chaque centre exploité par son établissement, responsable envers le conseil d'administration (CA) :

- D'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le centre et, le cas échéant, en collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers;
- De faire des recommandations sur les règles de soins médicaux, les règles d'utilisation des médicaments, les règles de soins infirmiers ainsi que sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres dans le centre;
- De donner des avis sur :
 - l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière;
 - certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers ainsi que sur les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population;
- De faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent et d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Responsabilités envers la présidente-directrice générale

Le CII est, pour chaque centre exploité par l'établissement, responsable envers la présidente-directrice générale de donner des avis sur les questions suivantes :

- L'organisation scientifique et technique du centre, les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et infirmiers et toute autre question que la présidente-directrice générale porte à son attention.

Autres responsabilités et pouvoirs

- Le CII adopte ses règlements concernant sa régie interne, forme un comité exécutif ou CECII et doit aussi constituer un comité d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires (CIIA);
- Le CII peut mettre en place des comités et statuer de leurs fonctionnements ainsi que la poursuite de leurs fins et désigner un membre pour siéger sur le conseil d'administration de l'établissement comme prescrit;
- Les responsabilités et les pouvoirs du CII sont exercés par son comité exécutif.

- Tenue de six séances régulières, d'une séance extraordinaire concernant l'adoption du processus d'élection et de l'assemblée générale annuelle le 7 mai 2018;
- Recommandations sur :
 - le programme clinique pour les soins de fin de vie, le programme de prévention des lésions de pression, des soins de la peau et des plaies;
 - le programme, la politique et la procédure sur les pratiques d'hygiène des mains;
 - le protocole d'aide médicale à mourir;
 - ▶ la règle de soins infirmiers : le relevé d'une ordonnance médicale, les ordonnances verbales ou téléphoniques, les interventions à la suite d'une chute, la température corporelle de base de l'utilisateur âgé de 65 ans et plus;
 - la règle de soins infirmiers nationale :
 - ▶ la gestion du cérumen et les activités de soins infirmiers confiées aux aides-soignants;
 - la politique et la procédure de gestion du prêt d'équipement en soutien à domicile et de déplacement des usagers, d'accompagnement et mode de transport lors d'un transfert/transport interétablissement/installations;
 - la politique relative à l'usage de drogues et d'alcool en milieu de travail;
 - la procédure sur la sécurité liée aux pompes à perfusion;
 - la procédure sur la transmission de l'information aux points de transition des soins;
 - la procédure de réanimation cardiorespiratoire code bleu/code rose nouveau-né;
 - l'outil de dépistage de la dysphagie et le formulaire de référence au service de nutrition;
 - le projet de procédure pour l'accueil des usagers anglophones;
- Élection des membres, nomination d'une présidente et d'une vice-présidente;
- Nomination d'un membre au comité DCI (dossier clinique informatisé), d'un membre au comité organisateur de la Semaine nationale de la sécurité des patients et d'un membre au sein du conseil d'administration;
- Modification du règlement du CII;
- Parution d'articles dans le *Cyberjournal* et dans la revue *En mouvement* et des résumés des rencontres (Info-CECII) et des avis du CECII sur l'intranet;
- Mise en place d'un sous-comité pour l'organisation de l'AGA 2019 et de la *Semaine de la profession infirmière* et d'un sous-comité pour la sélection des gagnants du *Prix Inspiration 2019*;
- Présentations sur différents sujets, entre autres :
 - les résultats des audits cliniques dans le dossier obstétrique, le Plan d'action sur le triage à l'urgence, le résultat des audits cliniques du MSSS pour l'AAPA, le Plan d'action de la gestion des médicaments d'alerte élevée.

Conseil multidisciplinaire (CM)

Composition

M^{me} Julie Ruel,
assistante-chef laboratoire, présidente
M^{me} Annie Gauthier,
ergothérapeute, vice-présidente
M^{me} Julie Lavoie,
nutritionniste, secrétaire
M^{me} Marie-Josée Castonguay,
travailleuse sociale,
responsable des communications
M^{me} Eugénie Jean-Lebel,
travailleuse sociale et SAC
M^{me} France Chamberland,
travailleuse sociale
M^{me} Hélène Beaudoin,
travailleuse sociale
M^{me} Judith Dion,
ergothérapeute
M. Vincent Couture,
agent de relations humaines
M^{me} Annie Bernier,
ergothérapeute
M^{me} Léa Gosselin,
neuropsychologue
M^{me} Mireille Perreault,
orthophoniste
M. Michel Simard,
directeur des services multidisciplinaires
M. Daniel Côté,
président-directeur général adjoint

Mandat

Mandat général du conseil multidisciplinaire

« Procurer un véhicule d'expression aux préoccupations professionnelles de groupes définis de dispensateurs de services, et dont l'apport d'expertise et le vécu clinique peuvent contribuer à améliorer la qualité, l'organisation et la dispensation des soins et services » (Affaires juridiques, *Les différents conseils professionnels d'une instance locale*, août 2004).

La loi (LSSSS) décrit le rôle du conseil multidisciplinaire à deux niveaux :

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

Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année financière 2018-2019

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

Réalisations

- Tenue de six rencontres régulières du comité exécutif du CM à un taux de participation de 86 %;
- Tenue de deux rencontres d'un comité de pairs en lien avec des travaux sur le suivi systématique des bébés prématurés en ergothérapie;
- Mise en place de comités de programmes dans le but d'apporter une expertise professionnelle adéquate lors d'une demande d'avis;
- Tenue de trois comités de programmes en 2018-2019;
- Participation à d'autres comités exigeant la présence de membres du CM, dont :
 - le comité de gestion des risques;
 - le comité aviseur clinique en ressources informationnelles;
 - le comité sur la gestion du prêt d'équipement en SAD;
 - le comité de la Semaine nationale de la sécurité des patients;
- Avis émis au cours de l'année financière par le CM concernant :
 - les plans d'amélioration des compétences;
 - le Cadre réglementaire sur l'organisation et les bonnes pratiques en recherche;
 - la Procédure visant l'accueil des usagers anglophones et la prestation de soins et de services en langue anglaise au CISSS du Bas-Saint-Laurent, installations de Rimouski-Neigette et de La Mitis;
 - le Cadre de référence sur l'encadrement clinique : communautés de pratique et codéveloppement;
 - le Programme clinique soins de fin de vie;
 - la Politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité;
 - la Procédure de réanimation cardiorespiratoire code bleu/code rose/code rose nouveau-né;
 - le Programme, la politique et la procédure sur les pratiques d'hygiène des mains;
 - la Politique et la procédure de gestion du prêt d'équipement en SAD;
 - la Procédure pour la sécurité liée aux pompes à perfusion;
 - le Programme de prévention des lésions de pression et soins de la peau et des plaies;
 - la Politique relative à l'usage de drogues et d'alcool en milieu de travail;
- Participation au colloque de l'ACMQ à Lévis en octobre 2018;
- Adoption d'un Guide du nouveau membre de l'exécutif du conseil multidisciplinaire;
- Implantation du formulaire de demande d'avis élaboré conjointement avec le conseil des infirmiers et infirmières du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Suivi à une demande de soutien faite par des membres du conseil multidisciplinaire;
- Échanges avec différents groupes venus présenter leur projet au comité exécutif du conseil multidisciplinaire.

Conseil des sages-femmes (CSF)

Composition

M^{me} Chantal Lavallée, responsable des services de sage-femme
M^{me} Christine St-Onge, sage-femme
M^{me} Karine Dubon, sage-femme
M^{me} Geneviève Guilbault, sage-femme
M^{me} Cynthia Plourde, sage-femme
M^{me} Sarah Kelly, sage-femme
M^{me} Monique Paré, sage-femme
M^{me} Valérie Demers, sage-femme

Membres du comité exécutif

M^{me} Cynthia Plourde, présidente
M^{me} Christine St-Onge, vice-présidente
M^{me} Chantal Lavallée, secrétaire
M^{me} Anne Duret, directrice du programme jeunesse, représentante désignée par la présidence-direction générale

Mandat

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

Réalisations

- Tenue de trois rencontres du comité exécutif du conseil de sages-femmes, de deux assemblées spéciales et d'une assemblée générale annuelle;
- Tenue d'une révision par les pairs concernant un dossier clinique. Aucune recommandation formelle n'a été émise à la suite de celle-ci. Toutefois, des outils de rappel/suivi ont été créés et des besoins de communications ont été identifiés;
- Exercice annuel d'autoévaluation des dossiers réalisé par quatre sages-femmes. Cette revue de dossiers a été présentée avec les recommandations du comité de révision par les pairs lors de l'AGA;
- Adoption des résolutions suivantes :
 - l'attribution d'un contrat à temps partiel occasionnel pour un remplacement d'été;
 - la modification du contrat d'une sage-femme passant de 35 heures à 28 heures;
 - l'élection de deux postes au sein du comité exécutif du conseil des sages-femmes;
- Approbation des documents suivants :
 - l'application du plan de contingence des services de sage-femme du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Mise à jour de la régie interne du conseil des sages-femmes.

Comité de vérification et des immobilisations

Composition

Mme Ève-Marie Rioux, présidente
 Mme Mélanie-Ann Leblanc
 M. Hugues St-Pierre
 M. Gilles H. Tremblay
 M. Daniel Séguin
 Personne-ressource :
 Mme Caroline Morin,
 directrice des ressources financières

Mandat

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

Réalisations

- Tenue de huit rencontres régulières;
- Recommandations aux membres du conseil d'administration pour l'adoption des dossiers suivants :
 - le rapport financier annuel 2017-2018 et celui au 6 janvier 2018 du Fonds de santé au travail ainsi que les prévisions budgétaires 2018-2019;
 - la nomination de la firme Mallette comme auditeur indépendant pour l'exercice 2018-2019;
 - la répartition et l'indexation de l'enveloppe régionale budgétaire 2018-2019 des subventions versées aux organismes communautaires et aux entreprises d'économie sociale;
 - l'acquisition d'une parcelle de terrain appartenant à la Ville de Rivière-du-Loup dans le cadre du projet d'agrandissement et de rénovation du Centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation de Rivière-du-Loup (Fraserville);
 - la politique relative au processus de budgétisation;
 - le plan de conservation et de fonctionnalité immobilières 2017-2018 (PCFI);
 - les plans de conservation des équipements médicaux 2017-2018 et 2018-2019 (PEM);
 - l'indexation de la tarification des stationnements pour l'année 2019-2020;
 - le régime d'emprunts à long terme;
 - l'utilisation du solde de fonds affecté aux comités des usagers (CUCI).
- Divers sujets et suivis de dossiers sont également traités lors des rencontres et ont suscité des échanges, dont :
 - la situation financière périodique;
 - la présentation du plan d'audit pour l'exercice financier 2018-2019;
 - les chantiers d'optimisation;
 - l'audit sur l'application des lignes internes de conduite par le Conseil du trésor;
 - l'état de situation des travaux relatifs aux stationnements;
 - le lancement de l'appel d'offres concernant l'auditeur indépendant pour les exercices financiers 2019-2020 à 2022-2023;
 - le plan de conservation des équipements non médicaux;
 - les redditions de comptes trimestrielles pour les contrats de plus de 100 000 \$;
 - les travaux concernant le processus achat-décassement;
 - le mandat d'analyse concernant l'intégration des véhicules électriques (CGER);
 - le chantier intégrateur des grands consommateurs;
 - le projet de modernisation des systèmes téléphoniques;
 - le plan de gestion des ressources informationnelles (PGRI) dans le contexte de la PARI 2018-2019 et la PTPARI 2019-2022;
 - la gestion de la maintenance assistée par ordinateur (GMAO);
 - le portrait personnalisé des activités contractuelles 2016-2017;
 - les contributions partenariales;
 - les rapports financiers trimestriels AS-617 requis par le MSSS.
- Suivi des rencontres du comité de vérification et des immobilisations effectué à chacune des séances plénières du conseil d'administration.

Comité de développement des ressources humaines

Composition

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

Mandat

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

Réalisations

- Tenue de quatre rencontres où divers sujets ont été traités et ont suscité des échanges ou défini des orientations, dont :
 - la modification à la *Politique sur la promotion de la civilité et de la prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail*;
 - la mise en place du *Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail* (SIMDUT);
 - la *Politique portant sur le mécanisme de recours applicable aux politiques locales des gestions du personnel-cadre*;
 - le *Programme de formation sur la civilité et la gestion des conflits en milieu de travail*;
- le projet virage prévention ainsi que le projet sur la prévention de la violence et de troubles musculosquelettiques chez le personnel soignant;
- la salle de pilotage de la DRHCAJ et la matrice de cohérence;
- le plan stratégique de recrutement de la main-d'œuvre 2018-2020;
- le plan d'action et de communication intégré de recrutement de la main-d'œuvre 2018-2019;
- Suivi des rencontres du comité de développement des ressources humaines effectué à chacune des séances plénières du conseil d'administration.

Comité de gouvernance et d'éthique

Composition

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

Mandat

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

Réalisations

- Tenue de deux rencontres régulières;
- Accueil des nouveaux membres du conseil d'administration par le président et la présidente-directrice générale;
- Tenue d'une journée de réflexion et de mobilisation des membres du conseil d'administration sous forme de lac-à-l'épaule en mai 2018, à laquelle ont également participé les membres du comité de direction. Des ateliers et des discussions sous le thème de la mobilisation se sont tenus, au terme desquels des pistes potentielles de solution et des leviers ont été établis. Certaines directions ont également présenté leur offre de service ainsi que leurs principaux enjeux et défis en matière de mobilisation des ressources humaines;
- Tenue d'une journée de réflexion et de mobilisation des membres du conseil d'administration sous le thème de la planification stratégique 2020-2025;
- Discussion sur la préparation d'un atelier de formation à l'attention des administrateurs prévu en mai 2019;
- Discussions sur certaines situations de manquements au code d'éthique de l'établissement en lien avec des personnes membres d'instances relevant du conseil d'administration;
- Utilisation de l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance du conseil d'administration d'Agrément Canada et partage des résultats;
- Présentation du plan d'amélioration stratégique de la norme gouvernance en lien avec Agrément Canada;
- Mise en place d'une démarche d'évaluation continue du fonctionnement du conseil d'administration.

Comité de vigilance et de la qualité

Composition

M^{me} Mélanie Leblanc,
présidente
M. Gilbert Beaupré,
vice-président
M^{me} Julette Rioux,
membre du conseil d'administration
et représentante du CUCI
M^{me} Isabelle Malo,
présidente-directrice générale
M^{me} Stéphanie Bush,
commissaire aux plaintes et
à la qualité des services
Personne-ressource :
M. Gino Beaudoin,
directeur de la qualité,
de l'évaluation, de la performance
et de l'éthique clinique

Mandat

- Assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4,2, ou de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, L.R.Q., c. P -31.1;
- Assurer le suivi des recommandations de toutes les instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer des responsabilités portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus ainsi que le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
- Veiller à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités quant à l'accessibilité aux services, à la pertinence, à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des services rendus, au respect des droits des usagers et au traitement diligent de leurs plaintes;
- Faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données aux rapports et recommandations lui ayant été transmis dans l'objectif d'améliorer l'accessibilité aux services et la qualité des services aux usagers;
- Assurer le suivi des données d'accès et du tableau de bord de gestion sur l'accessibilité.

Réalisations

- Tenue de six rencontres au cours de l'année;
- Suivi des dossiers suivants :
 - le bilan des plaintes et interventions de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. L'examen des plaintes a amené les recommandations suivantes :
 - ▶ l'accessibilité (19 mesures);
 - ▶ les relations interpersonnelles (42 mesures);
 - ▶ les soins et services dispensés (80 mesures);
 - ▶ l'organisation du milieu et des ressources matérielles (29 mesures) ;
 - ▶ les droits particuliers (28 mesures);
 - ▶ l'aspect financier (42 mesures);
 - le rapport statistique en gestion des risques;
 - le suivi des recommandations faisant suite aux événements sentinelles;
 - les rapports et recommandations du coroner;
 - l'état de situation des RPA et suivi des plans d'action;
 - le suivi du rapport et des recommandations du Protecteur du citoyen;
 - la vigie en lien avec les délais de transmission des formulaires AH-223;
 - le suivi du rapport ministériel en CHSLD et des actions posées par la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA);
- Différents sujets ont été traités et ont suscité des échanges ou ont défini des orientations, dont :
 - la présentation des travaux sur la sécurité des soins et des services;
 - le suivi des sondages sur la satisfaction de la clientèle;
 - la fragilité du service d'obstétrique au Kamouraska;
- De l'information a été transmise en regard des dossiers suivants :
 - l'état de situation portant sur l'évolution de l'offre de service en DI-TSA;
 - le bilan des infections nosocomiales et la structure de gouvernance en PCI;
 - la visite de transition d'Agrément Canada dans la semaine du 5 novembre 2018;
 - la fermeture d'une RPA dans le secteur de La Pocatière et la relocalisation de la clientèle;
 - la Politique visant la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité;
 - le rapport national de la Direction générale du cancer;
 - le portrait sur la qualité des résidences privées pour aînés;
 - l'état de situation des rappels d'utilisateurs pour la sécurité des soins;
 - les mesures d'encadrement en protection de la jeunesse;
 - la révision du *Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers*.
- Suivi des rencontres du comité de vigilance et de la qualité effectué à chacune des séances plénières du conseil d'administration.

Comité de révision (traitement des plaintes)

Composition

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

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

Mandat

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

Réalisations

- Réception de sept demandes de révision. De ce nombre, le comité de révision a confirmé les conclusions des médecins examinateurs dans six des dossiers. L'autre dossier de demande de révision n'a pas été étudié, car la plainte avait été rejetée par le médecin examinateur.
- Traitement de trois dossiers reçus en 2017-2018. Le comité de révision a confirmé les conclusions des médecins examinateurs dans deux des dossiers. L'autre dossier a fait l'objet d'une demande de complément d'examen.
- Transmission des conclusions à l'intérieur du délai de 60 jours prescrit par la LSSSS, à l'exception de quatre dossiers, dont deux reçus en 2017-2018. En date du 31 mars 2019, aucun dossier n'est en attente de révision.

Comité de gestion des risques

Composition

M^{me} Isabelle Malo, présidente-directrice générale
M. Gino Beaudoin, directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique
M. Michel Simard, directeur des services multidisciplinaires
M. Martin Legault, directeur des services techniques
M^{me} Danielle Savard, directrice adjointe des soins infirmiers
M. Éric St-Jean, directeur adjoint des programmes santé mentale et dépendance (représentant des programmes et des services sociaux)
M^{me} Jocelyne Bérubé, adjointe à la direction des services professionnels

M. François Paradis, chef du département de la pharmacie
M^{me} Marielle Raymond, représentante du comité des usagers du Centre intégré (CUCI)
Dre Anne Lavigne, représentante du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
M^{me} Kathy-Alexandre Chenel, représentante du conseil des infirmières et infirmiers (CII)
M^{me} Judith Dion, représentante du comité multidisciplinaire (CM)

Départ de deux membres du comité et accueil de deux nouveaux membres désignés par le CUCI et par le CMDP.

Mandat

- Rechercher, développer et promouvoir des moyens visant à déterminer et à analyser les risques d'incident ou d'accident et à diminuer les risques de récurrence des événements, et ce, dans le but d'assurer la sécurité des usagers.

Réalisations

- Tenue de quatre rencontres au cours de l'année;
- Principaux sujets traités lors des rencontres du comité :
 - l'analyse des statistiques :
 - ▶ le bilan des incidents-accidents;
 - ▶ le suivi des recommandations des événements sentinelles;
 - ▶ la surveillance des infections nosocomiales;
 - ▶ le bilan des éclosions;
 - ▶ les résultats des audits d'hygiène des mains.
 - l'état de situation des réfrigérateurs à médicaments dans l'organisation;
 - l'algorithme de coordination des événements sentinelles ou potentiellement sentinelles;
 - le règlement sur les mesures de soutien octroyées à l'utilisateur ou à ses proches à la suite d'un accident avec conséquences;
 - le suivi du comité stratégique sur la sécurité des soins et des services;
 - les critères des recommandations à priorité élevée en gestion des risques;
 - la Semaine nationale de la sécurité des patients;
 - les pratiques organisationnelles requises (POR) en lien avec la gestion des risques;
 - la décentralisation de la saisie des formulaires AH-223;

Réalisations (suite)

- la gestion intégrée des risques en sécurité civile et mesures d'urgence;
- la mise en place du tableau des chuteurs répétitifs;
- l'entreposage sécuritaire des narcotiques;
- la mise en place du registre de compilation des mesures de contrôle;
- les audits sur les délais de saisie des formulaires AH-223.

Faits saillants

- Nombre total de déclarations d'incidents et d'accidents :
 - 2018-2019 : 17 293
 - 2017-2018 : 17 493
 - Variation : -1 %
- Principaux risques établis au cours de la dernière année :
 - chutes : 32,3 %
 - médicaments : 27,1 %
 - tests de laboratoire : 12,1 %
- Les conseillers-cadres en gestion des risques et éthique clinique ont :
 - procédé à l'enquête et à l'élaboration de 74 rapports d'événements sentinelles, dont 50 % ont nécessité des recommandations;
 - soumis 128 recommandations au comité de gestion des risques.

Aucune recommandation spécifique n'a été acheminée au comité de vigilance et de la qualité ainsi qu'au conseil d'administration de l'établissement par le comité de gestion des risques.

Département régional de médecine générale (DRMG)

Composition

Dr Olivier Groulx, Rimouski-Neigette
Dr Guido Côté, Témiscouata
Dre Myriam Croteau, Rimouski-Neigette
Dre Isabelle Descoteaux, La Mitis
Dr Jean-François Hérard, Rivière-du-Loup
Dr Jean Hudon, Kamouraska
Dr Éric Lavoie, chef du DRMG, Les Basques
M^{me} Isabelle Malo, présidente-directrice générale
Dr Éric Paradis, Rivière-du-Loup
Dr Pierre-Luc Sylvain, La Matanie
Dre Catherine Poirier, La Matapédia
Dre Monique Léger, membre-conseil

Mandat

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

Réalisations

Le comité de direction du DRMG a tenu dix rencontres régulières et deux extraordinaires durant l'année 2018-2019. Le comité consultatif du DRMG s'est réuni quatre fois durant cette même période. Une assemblée annuelle générale du DRMG a également eu lieu en juin 2018.

- Distribution des effectifs médicaux en omnipratique tenant compte de :
 - l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM);
 - la détermination des besoins prioritaires de recrutement en collaboration avec les installations (2018-2019);
 - l'évaluation du besoin en effectifs défini à partir des travaux régionaux paramétrant les tâches liées aux différentes activités cliniques et administratives par sous-territoire.
- Répartition des primes d'installation 2018-2019 en conservant les montants bonifiés aux milieux éloignés et en pénurie, soit les RLS de Témiscouata, de La Matapédia et de La Matanie;
- Application du respect des exigences des groupes de médecine de famille (GMF) liées à leur adhésion au Programme de financement et de soutien

professionnel des groupes de médecine de famille (inscriptions pondérées et taux d'assiduité);

- Représentation au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour adapter le Programme GMF concernant l'atténuation des exigences au sujet du taux d'assiduité;
- Dépôt du *Plan régional d'organisation des services médicaux généraux 2018-2021* (PROS) et suivi des cibles à atteindre par RLS et regionalement;
- Soutien aux RLS afin de diminuer l'attente des patients orphelins inscrits au guichet d'accès aux médecins de famille;
- Soutien au déploiement des soins intensifiés à domicile (SIAD) et à la prestation de soins continus en CHSLD par des groupes de médecins concertés;
- Application de l'entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (AMP);
- Soutien au programme de formation délocalisée en médecine de l'Université Laval.

État des effectifs médicaux

Répartition de la croissance en omnipratique au Bas-Saint-Laurent — Plan régional d'effectifs médicaux (PREM 2019)

Réseaux locaux de services	Arrivées prévues de nouveaux médecins
Kamouraska	3
Témiscouata	3
Rivière-du-Loup	3
Les Basques	2
Rimouski-Neigette	3
La Mitis	1
La Matapédia	2
La Matanie	1
Total	18

Au PREM 2018, cinq postes demeuraient vacants, dont un n'a pu être pourvu avant la date butoir du 15 janvier 2019;

- Au PREM 2019, dix-sept nouveaux postes étaient accordés, dont trois sont encore vacants (deux dans La Mitis et un dans La Matanie);
- Au 31 mars 2019, 260 omnipraticiens étaient installés au Bas-Saint-Laurent;
- Au total, il y a eu depuis le 1^{er} avril 2018 dix-huit arrivées et onze départs.

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Composition

Pharmaciens élus

M. Mathieu Boucher Simard,
vice-président, Rivière-du-Loup

M^{me} Marie-Josée Papillon,
Rimouski-Neigette

M^{me} Cynthia Paradis, présidente,
La Mitis

Pharmaciens cooptés

M^{me} Amélie Boudreau,
Rivière-du-Loup

M^{me} Fleur-Ange Denis,
secrétaire, Rivière-du-Loup

M^{me} Nathalie Chenel,
Rimouski-Neigette

M^{me} Gabrielle Ouellet,
Témiscouata

Membres d'office

M^{me} Isabelle Malo,
présidente-directrice générale

M. François Paradis,
chef du département de pharmacie

Mandat

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

Réalisations

- Tenue de cinq réunions où les sujets suivants ont été abordés :
 - l'élection au sein du CRSP et cooptation pour un nouveau membre;
 - la transmission électronique d'une prescription avec signature numérique;
 - la présentation de la loi 41 aux tables médicales locales;
 - les présentations du dossier SIAD et du chantier sur les grands consommateurs;
 - la transmission aux pharmaciens communautaires et d'établissement :
 - d'une note de la Direction de la santé publique sur la chaleur accablante;
 - d'une note sur la problématique concernant les prescripteurs génériques;
 - des bulletins CEPSP portant sur la pharmacie d'oncologie;
 - du tableau des interactions de différentes thérapies avec les produits naturels;
 - l'organisation d'un comité multidisciplinaire portant sur les sorties d'hôpital;
 - la reprise de la concertation en tables locales de pharmaciens;
 - l'abrogation de deux ordonnances collectives (OC) régionales, la révision de l'OC sur le traitement des réactions allergiques sévères de type anaphylactique et la création d'une OC sur le traitement de l'oxyurose;
- Tenue d'une assemblée générale bisannuelle de pharmaciens du Bas-Saint-Laurent où les sujets suivants ont été abordés :
 - la collaboration et la communication entre les pharmaciens d'établissement et les pharmaciens communautaires;
 - l'implication du pharmacien dans l'accentuation du maintien à domicile de la clientèle;
 - la présentation « Pharmacocannabis ».

Comité des usagers du Centre intégré (CUCI)

Composition

Mme Claire St-Onge, présidente, La Mitis
Mme Marielle Raymond, vice-présidente, Rivière-du-Loup
Mme Sylvie Rousseau, trésorière, Rivière-du-Loup
M. Bertrand Martel, La Matapédia
Mme Julette Rioux, Les Basques
M. René Dufour, Kamouraska
Mme Manon Pedneault, Rimouski-Neigette (CRDI-TSA-DP)
Mme Nathalie Lacroix-Danis, La Matapédia (CPEJ)
Mme Denyse Landry, Rimouski-Neigette
Vacant, La Matanie
Vacant, Témiscouata

Le comité des usagers du CISSS du Bas-Saint-Laurent (CUCI) est formé de bénévoles compétents, empathiques et soucieux de bien vous représenter au sein de l'établissement. L'expérience et les connaissances de ces personnes sont mises à votre disposition.

Mandat

- Assurer les fonctions de représentation, de coordination et d'harmonisation auprès et au nom des comités des usagers (CU) et des comités de résidents (CR).
- Assurer les liens de communication avec les CU et les CR, et travailler conjointement avec ces derniers aux intérêts de tous les usagers sur tout le territoire couvert par le CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Faire une liste des enjeux prioritaires et des recommandations au conseil d'administration pour l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Réalisations

- Tenue de huit rencontres régionales;
- Tenue de quatre rencontres statutaires avec la présidente-directrice générale de l'établissement;
- Information ou consultation des membres sur les sujets suivants :
 - les pratiques d'hygiène des mains;
 - le sondage général de satisfaction de la clientèle;
 - le sondage de satisfaction sur les soins à domicile;
 - la réponse du conseil d'administration de l'établissement aux recommandations du CUCI;
 - la politique de déplacement des usagers;
 - les budgets alloués aux comités des usagers et directives ministérielles;
 - le programme clinique soins de fin de vie;
 - le déploiement des soins à domicile;
 - la coordination des milieux de convalescence;
 - la politique de protection d'un majeur inapte;
 - le plan de déploiement de l'approche « usager partenaire »;
 - la consultation régionale « Municipalité amie des aînés »;
 - les vidéos portant sur la sexualité des personnes âgées en CHSLD, RI et RPA;
 - les modalités de choix de menus en CHSLD;
 - le comité stratégique sur la sécurité des soins et services;
- l'escouade 24/7 au Bas-Saint-Laurent;
- les travailleurs pairs aidants — projet pilote au Kamouraska et à Rimouski;
- Production d'un cahier spécial visant à faire connaître les comités des usagers et de résidents et leur rôle, ainsi que les droits et responsabilités des usagers. Tirage à 15 000 exemplaires, distribués dans tout le Bas-Saint-Laurent;
- Collaboration à la tenue du « Rendez-vous des comités des usagers et de résidents du Bas-Saint-Laurent 2019 », comprenant une série de conférences et réunissant une cinquantaine de membres de comités et d'intervenants;
- Participation à la révision du contenu portant sur le CUCI, les comités des usagers et les comités de résidents sur le nouveau site Internet de l'établissement;
- Production de trois capsules vidéo portant sur les droits des usagers, les responsabilités des usagers et les fonctions des comités des usagers et de résidents;
- Production de trois bulletins INFO-CUCI, distribués aux membres des comités des usagers et de résidents du Bas-Saint-Laurent;
- Présentation d'un atelier intitulé « L'expérience de collaboration au CISSS du Bas-Saint-Laurent » au congrès annuel du Regroupement provincial des comités des usagers;
- Dépôt de quatre recommandations au conseil d'administration de l'établissement pour l'amélioration des services;

Réalisations (suite)

- Participation de membres du CUCI aux comités suivants :
 - le conseil d'administration de l'établissement, le comité de vigilance et de la qualité, le comité de gestion des risques, le comité directeur stratégique de prévention et contrôle des

infections, le comité d'éthique clinique et organisationnelle, le comité-conseil sur les soins et les services à la jeunesse et aux familles, le comité sur la semaine de la sécurité des patients et le comité stratégique pour l'amélioration des pratiques en CHSLD.

Les faits saillants des différentes directions

Direction de la santé publique (DSPu)

- Déploiement de la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS) et du plan d'action en découlant;
- Optimisation de l'offre de service en vaccination auprès des 0-5 ans, en collaboration avec la Direction du programme jeunesse, et avec le soutien de l'Institut national de santé publique du Québec;
- Obtention d'un soutien financier pour la réalisation d'une Évaluation d'impact sur la santé (EIS) pour le projet de réaménagement du cœur urbain de Rimouski-Est, en collaboration avec la Ville de Rimouski;
- Présentation de conférences publiques devant divers partenaires en lien avec l'encadrement du cannabis et sa légalisation en octobre 2018;
- Organisation d'un événement en lien avec la Journée internationale des droits de l'enfant en collaboration avec la DPJe et COSMOSS;

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

- Élaboration et mise en place du nouveau plan d'action 2019-2021 de la Direction visant différents chantiers de travail et touchant autant les services en DI-TSA-DP jeunes, adultes et aînés;
- Formation d'un comité de travail pour la mise en place d'une trajectoire unique avec la Direction du programme jeunesse concernant la situation des enfants ayant un trouble développemental du langage et de motricité. Un projet pilote aura lieu dans deux MRC au cours de l'année 2019-2020;
- Augmentation du nombre de places en activités de jour à la suite de l'investissement reçu par le ministère de la Santé et des Services sociaux de l'ordre de 175 700 \$;
- Augmentation du nombre de places en logements sociaux avec surveillance dans la région du Bas-Saint-Laurent pour la clientèle DI-TSA-DP;
- Mise sur pied et déploiement du deuxième Plan de développement de l'expertise en TGC (PDE TGC) de concert avec le Service québécois d'expertise en trouble grave du comportement (SQETGC) pour la clientèle DI-TSA.

Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)

Direction du programme jeunesse (DPJe)

- Collaboration à la mise en place et au déploiement de l'offre de service du Centre de pédiatrie sociale et communautaire à Rimouski;
- Démarrage des travaux de rénovation et d'agrandissement du Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté de Rivière-du-Loup;
- Déploiement du projet de tables d'orientation visant à accroître la participation de l'enfant et de ses parents aux décisions qui les concernent et à faciliter la transition entre l'évaluation-orientation et l'application des mesures en protection de la jeunesse;
- Obtention d'un financement de 150 000 \$ de la Fondation des jeunes contrevenants dans le cadre de son programme de soutien aux projets novateurs pour le projet « *Une voie partagée selon les meilleures pratiques : Ensemble intervenons dans l'intérêt des adolescents et des victimes* »;

- Intégration des équipes du continuum 0-21 ans et application des mesures dans les MRC de Rivière-du-Loup et de Kamouraska;
- Formation du personnel et implantation des modifications législatives apportées à la Loi sur la protection de la jeunesse (PL 99) et aux dispositions du Code civil relatives à l'adoption (PL 113);
- Renforcement du soutien clinique offert au personnel des services d'hébergement jeunesse par l'ajout de trois psychoéducatrices et d'une intervenante pivot fugue;
- Participation, dans chacune des MRC, au plan d'action COSMOSS;
- Désignation de la Clinique externe de pédiatrie de l'Hôpital régional de Rimouski comme centre de référence pour le dépistage de la fibrose kystique;
- Plusieurs travaux visant l'optimisation de différents programmes, étapes d'intervention, compétences; le programme SIPPE, l'évaluation en protection de la jeunesse; les compétences de l'infirmière en obstétrique.

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

- Déploiement régional de l'outil de cheminement clinique informatisé (OCCI) et du fonctionnement structuré sur la plateforme du Réseau de services intégrés pour les personnes adultes (RSIPA);
- Implication et implantation significative de la *Politique de lutte contre la maltraitance* et implantation de la *Procédure d'intervention des processus sociojudiciaires concertés en maltraitance*;
- Travaux importants en amélioration continue pour le volet transfert d'information aux points de transition dans le continuum du programme SAPA, en collaboration avec trois autres directions.

Volet accueil

- Préparation du déploiement d'un accueil régional centralisé avec l'arrivée d'un numéro de téléphone unique pour la population et l'ajout d'agentes administratives.

Volet non institutionnel (SAD, RPA et RI)

- Révision des processus en soutien à domicile (SAD) longue durée pour faciliter le travail des gestionnaires et des intervenants;
- Réorganisation des équipes, à la suite de l'investissement SAD n°3 et de l'intégration des intervenants en déficience physique (DP) de première ligne;
- Instauration du processus d'achats de services formel avec les partenaires de la communauté ressources privées pour aînés (RPA) et chèque emploi-service (CES);
- Intensification des services en RPA améliorant ainsi la qualité et la sécurité des services;
- Poursuite des travaux pour le déploiement du service d'évaluation et de réadaptation gériatrique (SERG) et du groupe de médecine de famille (GMF);
- Planification et début d'implantation des services intensifiés au soutien à domicile (SIAD), plus particulièrement pour notre clientèle en soins palliatifs et en maladies chroniques;
- Réalisation d'un sondage d'expérience vécue par le client auprès de 545 répondants. Analyse en cours avec la collaboration des comités des usagers locaux et le comité des usagers intégré du CISSS du Bas-Saint-Laurent (CUCI).

Volet institutionnel (centres d'hébergement)

- Inauguration du CHSLD De Chauffailles et annonce d'un nouveau CHSLD à Rivière-du-Loup, selon le concept « maison des aînés », préconisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD)

- Implantation de l'Escouade 24/7, un service d'intervention de crise dans le milieu offert 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 en place depuis octobre 2018 sur tout le territoire du Bas-Saint-Laurent;
- Mise en place de deux projets pilotes pour l'embauche de travailleurs pairs aidants au Kamouraska et dans Rimouski-Neigette en partenariat avec deux organismes communautaires en santé mentale (La Traversée et Santé mentale Québec);
- Implantation d'équipes interdisciplinaires « Flexible Assertive Community Treatment » (FACT) dans les MRC du Témiscouata, du Kamouraska, de Rivière-du-Loup, des Basques et de La Matapédia qui interviennent auprès de la clientèle en santé mentale. Le modèle sera donc implanté sur l'ensemble du Bas-Saint-Laurent d'ici décembre 2019.

Direction des soins infirmiers (DSI)

- Mise en place de différentes stratégies d'action pour rehausser le taux de conformité à l'hygiène des mains, qui était à 36 % en 2017-2018, pour atteindre 56 % en 2018-2019;
- Harmonisation d'un guide de prévention et de contrôle des infections, des pratiques de base et des précautions additionnelles;
- Déploiement d'une formation sur les pratiques sécuritaires en lien avec le programme de prévention des chutes et interventions à la suite d'une chute, le protocole sur l'application des mesures de contrôle, la procédure sur l'identification de l'utilisateur, la politique sur la gestion des médicaments d'alerte élevée et la politique sur la gestion des stupéfiants, drogues contrôlées et substances ciblées;
- Déploiement d'une structure de soutien pour l'encadrement de la pratique des infirmières en obstétrique sur le territoire bas-laurentien;
- Taux d'infections nosocomiales conforme aux engagements de l'entente de gestion.

Direction des services professionnels (DSP)

- Ouverture du centre satellite d'hémodialyse à Rivière-du-Loup;
- Réalisation des travaux de la salle de curiethérapie et développement de la technique de la curiethérapie de la prostate;
- Déploiement du service d'orthopédie de Rivière-du-Loup à La Pocatière et amélioration de l'offre de service en médecine interne au Kamouraska, à Rivière-du-Loup et au Témiscouata;
- Consolidation de l'offre de service en chirurgie à l'Hôpital de Matane avec l'ajout d'un chirurgien général, le maintien de la desserte en orthopédie, le retour de l'oto-rhino-laryngologiste et la bonification du panier de services en ophtalmologie;
- Mise en place de mécanismes d'accès pour améliorer le taux d'assiduité dans les deux GMF-U et poursuite du projet de soutien des médecins dans le déploiement de l'accès adapté sur tout le territoire.

Enseignement médical

- Formation de 25 externes au programme d'externat longitudinal intégré (ELI) de Rimouski-Neigette, 8 résidents au GMF-U de Trois-Pistoles, 14 résidents au GMF-U de Rimouski et un total de 668,25 mois/stage dans l'ensemble des installations du CISSS Bas-Saint-Laurent (externat et résidence);
- Travaux visant à alimenter la réflexion pouvant mener éventuellement à la délocalisation du programme de doctorat en médecine (préexternat) de l'Université Laval, en partenariat avec l'Université Laval, le CISSS de Chaudière-Appalaches, le CISSS du Bas-Saint-Laurent et l'UQAR;
- Consolidation des activités de coordination régionale de l'enseignement : mise en place de divers comités, tournée des installations, tenue d'activités et développement d'outils promotionnels, tenue de deux groupes de discussion avec les étudiants des GMF-U, travaux en lien avec la consolidation de l'hébergement des étudiants;
- Partenariat avec l'UQAR dans le développement du projet « Université des patients » auprès d'une clientèle atteinte de maladies rhumatologiques.

Direction des services multidisciplinaires (DSM)

- Mise en place du médiateur XDS-i (PACS) permettant l'accès aux images antérieures des patients sur l'ensemble du territoire du Québec;
- Diminution des délais de transcription médicale à moins de 7 jours;
- Élaboration d'une offre en soins spirituels pour le Bas-Saint-Laurent;
- Projet de mise en place d'un réseau interrégional de transfert de connaissances impliquant les milieux spécialisés et les régions (RUIS-Université Laval);
- Déploiement de l'IRM au Centre hospitalier régional du Grand-Portage et à l'Hôpital régional de Rimouski, en collaboration avec différentes directions du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Direction Optilab — Laboratoires de biologie médicale

- Élaboration de la structure qualité de la Direction Optilab pour l'accréditation aux normes ISO;
- Ajustement de la structure de gouvernance par l'ajout d'un comité exécutif de la direction des chefs de service;
- Déploiement des appareils influenza dans 10 installations pour la détection de l'influenza du RSV. Ces appareils permettent une gestion optimale des isolements préventifs dans les hôpitaux. Le résultat est maintenant disponible en moins de deux heures;
- Déploiement de la salle de pilotage de la Direction Optilab et développement d'indicateurs d'efficience;
- Publication d'un outil de communication Info-Optilab.

La recherche au CISSS du Bas-Saint-Laurent

- Près de 100 projets en cours dans notre établissement;
- Mise sur pied d'un comité consultatif pour la recherche, dont les activités ont débuté en mars 2018;
- Révision et adoption en juin 2018 par le conseil d'administration, du *Cadre réglementaire sur l'organisation et les bonnes pratiques en recherche* au CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Obtention d'une cote de conformité à la suite de la visite d'inspection de Santé Canada à l'été 2018. Cette

inspection a eu lieu dans le cadre des visites régulières, qui ont pour objectif de vérifier la conformité des essais cliniques avec la réglementation applicable;

- Désignation, en octobre 2018, du comité d'éthique de la recherche du CISSS du Bas-Saint-Laurent par le MSSS pour l'application de l'article 21 du Code civil.

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

- Réorganisation de l'organigramme de la direction pour faire face au besoin grandissant d'encadrement de la qualité des ressources d'hébergement.
- Accompagnement de 71 résidences privées pour aînés (RPA) dans le processus de renouvellement de la certification.
- Mise en place du comité sur la qualité de l'information (CQI) et d'un processus de contrôle de la qualité des données pour l'applicatif informatique I-CLSC.
- Démarrage du projet pilote RI-RTF visant le regroupement d'activités clinico-administratives au sein de la DQEPE.

Direction des services techniques (DST)

- Harmonisation des bases de données de la gestion des menus de la clientèle en milieu hospitalier et en CHSLD;
- Création de comités de développement durable ciblant prioritairement la gestion des matières résiduelles, la mobilité durable, la gestion de l'eau, l'approvisionnement responsable et les bâtiments écoresponsables;
- Réalisation de plus de 130 projets immobiliers totalisant des investissements de près de 14 M\$, dont près de 9 M\$ en maintien des actifs et un peu plus de 4 M\$ en rénovation fonctionnelle;
- Élaboration d'un outil d'aide à la sélection d'un logiciel de gestion de la maintenance assisté par ordinateur (GMAO) pondéré, à la lumière des besoins de tous les employés du fonctionnement et de l'entretien des installations matérielles du CISSS (plus de 600 spécifications techniques et 64 besoins établis);
- Poursuite du Dossier d'opportunité du projet de complexe chirurgical et de mise aux normes des services en psychiatrie de l'Hôpital régional de Rimouski, en collaboration avec la Société québécoise des infrastructures et, plus particulièrement, dépôt du programme fonctionnel au MSSS pour approbation.

Direction des ressources informationnelles (DRI)

- Mise à niveau du cadre global de la sécurité, avec l'approbation de douze politiques et procédures de sécurité de l'information;
- Réalisation à 60 % du projet d'arborescence pour la migration des données bureautiques de l'ensemble de l'organisation;
- Réalisations du Centre de services à l'utilisateur (CSU) :
 - la réception de 42 143 incidents et 36 304 requêtes de service, dont 33 656 par téléphone, ce qui représente une augmentation des demandes globales de 12 % pour la dernière année et une augmentation de 37 % pour les deux dernières années;
 - la résolution des incidents à distance dans plus de 85 % des cas;
- Déploiement de la diversité de route pour l'installation des Basques;
- Dépôt du dossier d'affaires « Modernisation des systèmes téléphoniques » au Ministère pour autorisation finale.

Direction de la logistique (DL)

- Déploiement de la centrale de demandes des déplacements des usagers pour les installations de Rimouski-Neigette, de La Matapédia, de La Matanie et de La Mitis;
- Augmentation de la disponibilité des plages horaires à la clinique de positionnement du Service des aides techniques;
- Élaboration de procédures locales code blanc;
- Révision du processus achat-décaissement dans l'objectif de le transformer et de l'améliorer.

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

- Négociation des quatre conventions collectives locales;
- Signature et mise en place de trois conventions collectives locales;
- Élaboration des documents suivants :
 - les politiques locales des cadres;
 - le programme d'actualisation des compétences d'encadrement (ACE);
- Mise en place des journées d'accueil et d'intégration des nouveaux gestionnaires et d'un nouveau processus d'accueil;
- Mise en place du comité stratégique sur le recrutement de la main-d'œuvre.

Direction des ressources financières (DRF)

- Charte comptable du Québec : dans le cadre de la mise en place d'une charte comptable unique au Québec, l'équipe de la DRF a réalisé le déploiement pour les années financières 2016-2017 et 2017-2018. L'expertise et le souci du détail de l'équipe ont été reconnus comme une des références au Québec. Ce déploiement est un préalable à l'implantation du coût par parcours de soins et de services (CPSS);
- Coût par parcours de soins et de services (CPSS) amorcé en décembre 2018 et devant se terminer à la fin mai 2019;
- Mise en place d'un comité composé de gestionnaires cliniques et administratifs, afin de mieux capter les différents agents payeurs et élaboration d'une politique concernant la facturation des non-résidents ou résidents du Québec avec une carte de la RAMQ non valide;
- Réorganisation des comptes à payer et du service des approvisionnements et mise en place de plusieurs procédures et processus permettant, entre autres, le respect du délai de paiement des fournisseurs ainsi que la diminution du nombre de factures non traitées en litige;
- Formation dispensée aux gestionnaires afin qu'ils aient une vue d'ensemble des différents secteurs d'activités de la direction, tant en ce qui a trait à la paie, aux comptes à payer, à la performance financière qu'à l'analyse et au suivi budgétaire.



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

Prévenir / Accompagner / Prendre soin

RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Prévenir / Accompagner / Prendre soin



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

Santé publique

Attente spécifique : Implanter dans chaque établissement de santé et services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) (02,1)

★ Niveau de réussite de 100 %

Chaque établissement doit mettre en place un CS-PCI et s'assurer qu'il remplit son mandat :

- réviser annuellement les objectifs et les priorités en PCI et faire des recommandations aux instances visées;
- suivre l'évolution de la situation épidémiologique au regard du risque infectieux;
- suivre l'application des mesures en PCI;
- suivre les données de surveillance sur les IN et les audits;
- adopter le bilan annuel de PCI et assurer le suivi auprès du C. A.;
- entériner le choix des indicateurs relatifs à l'évaluation du programme PCI;
- assurer l'harmonisation et la standardisation des pratiques PCI;

- recevoir et entériner les politiques et procédures en PCI et formuler les recommandations aux instances appropriées pour leur mise en œuvre;
- déterminer les enjeux et les recommandations de PCI à acheminer au CODIR;
- déterminer les enjeux de ressources matérielles et humaines qui nuisent à l'atteinte des objectifs du programme;
- acheminer les recommandations nécessaires au CODIR.

Chaque établissement doit s'assurer que le CS-PCI est rattaché au PDG ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le PDG.

Le CS-PCI doit tenir au moins quatre rencontres par année.

Attente spécifique : Présenter un bilan des activités réalisées en matière de lutte contre le tabagisme, de promotion de la saine alimentation et du mode de vie physiquement actif chez les jeunes (02,2)

★ Niveau de réussite de 100 %

Un bilan faisant état des activités réalisées dans les milieux de vie est demandé (type et description des activités, objectifs, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre) à l'égard de la lutte contre le tabagisme, de la promotion de la saine alimentation et du mode de vie physiquement actif dans les déplacements et dans les loisirs chez les jeunes. Les activités déployées dans les différentes régions visent à contribuer à l'atteinte des cibles du Plan

stratégique du MSSS : la réduction du nombre de fumeurs, l'augmentation de la consommation de fruits et légumes et l'augmentation du nombre de jeunes actifs durant leurs loisirs et leurs déplacements. Le bilan régional permet de témoigner de la nature des activités déployées, des objectifs, des principaux partenaires engagés. Il sera ainsi possible d'apprécier l'intensité et l'ampleur des activités déployées ainsi que les retombées observées.

Services sociaux

Attente spécifique : Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) (03,1)

★ Niveau de réussite de 100 %

Les établissements doivent remplir et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation (PTAAC).

Attente spécifique : Plan d'action TSA (2017-2022) (03,2)

★ Niveau de réussite de 100 %

Les établissements doivent remplir l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.

Attente spécifique : Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir (03,3)

★ Niveau de réussite de 100 %

La Stratégie est un ensemble de moyens qui orientent les établissements ciblés en matière de santé et de services sociaux afin d'intensifier les soins et les services aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir et vise une contribution de tous les programmes-services. Plus précisément, l'implantation de la Stratégie permettra aux établissements :

- d'assurer le repérage et l'évaluation des besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir;
- de les accompagner au moyen d'une offre de services et d'une organisation de services définies, adaptées à leur réalité et inspirées des meilleures.

pratiques afin de prévenir le passage à la rue ou d'en favoriser la sortie;

- de mobiliser et de dynamiser l'ensemble des programmes-services dans l'atteinte des objectifs poursuivis;
- de mettre en place et de consolider des collaborations formelles entre les intervenants du réseau et entre les différentes régions et, lorsque requis, avec les partenaires du milieu communautaire.

L'attente spécifique consiste à élaborer un plan de travail pour l'implantation de la Stratégie et à mesurer son taux d'implantation par l'intermédiaire d'un formulaire GESTRED.

Commentaire

Le formulaire GESTRED 10412 a été rempli par le MSSS à la période 6. Celui de la période 10 a été annulé par le MSSS.

Attente spécifique : Trajectoire de services optimale pour les jeunes et leur famille en situation de négligence (03,4)

✖ Niveau de réussite non applicable

Une trajectoire de services bien définie permet d'assurer la coordination optimale des services et le suivi systématique de l'utilisateur. Elle vise également à améliorer la qualité et l'efficacité des services. Pour chaque région sociosanitaire, l'établissement devra définir une trajectoire de services optimale pour les enfants et leur famille en situation de négligence.

Commentaire

Ce livrable a été retiré de l'entente par le MSSS.

Services sociaux (suite)

Attente spécifique : Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA (03,5)

★ Niveau de réussite de 100 %

Les établissements fusionnés, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, des pratiques intrahospitalières et des pratiques en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements fusionnés 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.

Commentaires

- L'état de mise en œuvre a été complété à la période 6.
- L'état de mise en œuvre de la période 13 ainsi que l'état des résultats des périodes 6, 10 et 13 ont été annulés par le MSSS.

Attente spécifique : Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD (03,7)

★ Niveau de réussite de 100 %

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.

Services de proximité, urgences et préhospitalier

Attente spécifique : État d'avancement du Plan d'action triennal 2016-2019 — Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs (04,1)

★ Niveau de réussite de 100 %

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 CIUSSS et des CISSS devra être produit.

Attente spécifique : État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018 - Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC (04,2)

★ Niveau de réussite de 100 %

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.

Commentaire

L'échéancier prévu au 30 avril 2019 a été reporté par le MSSS au 30 juin 2019.

Services de proximité, urgences et préhospitalier (suite)

Attente spécifique : Mise en place d'un comité tactique télésanté en établissement (04,3)

★ Niveau de réussite de 100 %

Remplir le gabarit produit par le MSSS indiquant l'existence du comité, les membres et le nombre de rencontres tenues au cours de l'année. Les établissements peuvent se référer au document décrivant le mandat et une proposition de composition de ce comité (<http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/Gouvernance.aspx>) et également préciser dans le cadre de référence sur la gouvernance, la gestion de projets et des services utilisant la télésanté à la même adresse.

Financement, infrastructures et budget

Attente spécifique : Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés (07,1)

★ Niveau de réussite de 100 %

Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour ce bâtiment.

Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien, ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du PCFI et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.

Coordination réseau et ministérielle

Attente spécifique : Gestion des risques en sécurité civile — Santé et Services sociaux (08,2)

✖ Non réussi (50 %)

Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en assurant des liens 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. Ensuite, l'établissement doit mettre en place ou maintenir un comité formé de représentants de toutes les directions et programmes pour les travaux de gestion des risques en sécurité civile. L'établissement doit également déterminer, en fonction de son appréciation et de ses préoccupations, la portée retenue pour circonscrire le processus de la gestion des risques. Finalement, l'établissement doit compléter la phase d'appréciation des risques du processus, selon la portée retenue.

Commentaire

Au cours de l'année 2018-2019, nous avons eu au poste de coordonnateur en sécurité civile et mesures d'urgence (SC-MU) une retraite, une absence indéterminée et un intérim. Depuis le mois d'avril 2019, le poste est vacant. Le poste a été pourvu et la personne est entrée en fonction le 17 juin 2019.

Avec l'arrivée d'un coordonnateur SC-MU en poste, nous allons reprendre les travaux sur la gestion des risques en sécurité civile tels qu'ils ont été établis au cours de l'année 2018-2019. Date prévue de réalisation : 2019-11-30.

Coordination réseau et ministérielle

Attente spécifique : Plan de maintien des services ou activités critiques — Santé et Services sociaux (08,3)

✖ Non réussi (0 %)

Pour accroître sa résilience en matière de sécurité civile, l'établissement doit amorcer l'élaboration d'un plan de maintien des services ou activités critiques. À cet effet, pour 2018-2019, l'établissement doit procéder à l'identification de ces services et de ces activités jugés critiques.

Commentaires

Au cours de l'année 2018-2019, nous avons eu au poste de coordonnateur en sécurité civile et mesures d'urgence (SC-MU) une retraite, une absence indéterminée et un intérim. Depuis le mois d'avril 2019, le poste est vacant. Le poste a été pourvu et la personne est entrée en fonction le 17 juin 2019.

Avec l'arrivée d'un coordonnateur SC-MU en poste, nous allons commencer les travaux sur le maintien des services ou des activités au cours de l'année 2019-2020. Date prévue de réalisation : 2019-12-31.

Planification, évaluation et qualité

Attente spécifique : Plan de maintien des services ou activités critiques — Santé et Services sociaux (08,3)

★ Niveau de réussite de 100 %

Le plan d'action de l'établissement doit être rédigé et doit respecter les directives se trouvant dans le document *Lignes directrices — Plan d'action SBEH des établissements de santé et de services sociaux*. Lors de la transmission du plan d'action au MSSS, l'établissement doit transmettre la fiche de reddition qui démontre que les actions en place permettent de répondre aux principaux objectifs établis dans le document des lignes directrices.

Technologies de l'information

Attente spécifique : Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et en services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits (10,1)

★ Niveau de réussite de 100 %

Comme stipulé au cadre normatif, à la section 1.3 Encadrement législatif ou clinico-administratif, l'établissement doit s'assurer que : « la qualité d'une ressource est basée sur la pertinence de sa présence dans l'application, la validité de la ressource et de ses composantes. L'attente exige un pourcentage de mise à jour de 95 % ou plus. »

La méthode de calcul définie est le « Nombre de ressources mises à jour à la fin de la période » selon le calendrier établi au cadre normatif sur le « Nombre de ressources totales à la fin de la période ».

Si la proportion est en deçà de l'objectif prévu, cela indique à l'établissement qu'il lui faut s'assurer d'avoir les ressources humaines suffisantes pour effectuer cette tâche.

Les données de l'application sont mises à jour en temps réel et les extractions servant aux rapports sont une représentation à un jour et une heure fixes.

Commentaire

Le formulaire GESTRED est rempli par un transfert automatique de données. Le MSSS n'a pu faire l'extraction des données aux périodes 7, 9 et 10.

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

Tableau : Résultats des engagements annuels de l'entente de gestion et d'imputabilité

Légende

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

Cancérologie

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Plan stratégique				
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	66,7 %	90 %	☆ 75,6 %	90 %
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	92,5 %	100 %	★ 98,1 %	100 %

Commentaires

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

L'engagement de 90 % n'est pas atteint au 31 mars 2019. Nous observons une amélioration de 8,9 % par rapport au résultat de l'année dernière, passant ainsi de 66,7 % en 2017-2018 à 75,6 % en 2018-2019.

C'est la pénurie de certains médecins spécialistes, notamment en ORL et urologie, qui explique notre écart.

Plusieurs mesures ont été mises en œuvre afin d'améliorer la situation :

- Vérification hebdomadaire des cas en liste d'attente avec les chefs de département;
- Validation de l'identification des cas de cancer (est-ce vraiment un cancer ou non) par les comités en place;
- Recrutement.

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

L'engagement de 100 % est presque atteint au 31 mars 2019. Nous observons une amélioration de 5,6 % par rapport au résultat de l'année dernière, passant ainsi de 92,5 % en 2017-2018 à 98,1 % en 2018-2019.

Tout comme l'indicateur précédent, c'est la pénurie de certains médecins spécialistes, notamment en ORL et urologie, qui explique notre écart.

Les mêmes mesures que l'indicateur précédent ont permis d'améliorer la situation :

- Vérification hebdomadaire des cas en liste d'attente avec les chefs de département;
- Validation de l'identification des cas de cancer (est-ce vraiment un cancer ou non) par les comités en place;
- Recrutement.

Considérant la légère différence entre les données inscrites dans les tableaux de bord des indicateurs de gestion du MSSS et celles qu'on retrouve dans SIMASS, nous avons utilisé les données de SIMASS pour l'année 2017-2018 (3 mai 2018).

Santé publique

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	92,6 %	86 %	★ 87,4 %	86 %
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	93,7 %	94,4 %	★ 94 %	94,4 %
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais	81,2 %	90 %	☆ 84,8 %	90 %
Plan stratégique				
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	2364	2005	★ 2 423	2 416
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	70,4 %	80 %	★ 77,3 %	80 %

Commentaires

1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire

L'engagement est atteint au 31 mars 2019. L'écart entre le résultat de 92,6 % en 2017-2018 et celui de 87,4 % en 2018-2019 s'explique principalement par des congés de ressources locales affectées à l'approche-école en santé et d'infirmières scolaires durant des moments importants de collaboration CISSS/milieu scolaire (début et fin d'année scolaire).

Au cours de la dernière année, nous avons mené des travaux qui nous permettront de recueillir des données complémentaires à l'indicateur de l'entente de gestion, et ce, sur les types d'activités de promotion et prévention réalisées en collaboration avec le milieu scolaire de même que sur les types de professionnels les réalisant.

Nous poursuivons de façon régulière le travail de collaboration avec les professionnels et les pilotes locaux I-CLSC afin de nous assurer de la qualité des données.

1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais

Avec un résultat de 94 %, nous considérons l'engagement atteint au 31 mars 2019. Malgré certaines irrégularités dans la saisie des actes de vaccination, nous notons une amélioration par rapport aux résultats de l'année précédente.

Une démarche régionale est en cours pour permettre de mieux connaître et d'appliquer des mesures correctives à l'organisation de services en vaccination 0-5 ans. Cette démarche affectera positivement l'atteinte des cibles pour tous les indicateurs en vaccination.

Des irrégularités dans la saisie des actes de vaccination ont été notées. Des mesures correctives seront mises en œuvre pour améliorer la saisie (bonification de la formation, validation de la saisie et soutien offert aux responsables de la saisie). Le repérage des erreurs de saisie est en cours et des corrections seront apportées.

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

L'engagement est presque atteint. Malgré certaines irrégularités dans la saisie des données, nous notons une tendance positive vers l'atteinte de la cible par rapport à l'année précédente : 81,2 % en 2017-2018 et 84,8 % en 2018-2019.

Une démarche régionale est en cours pour permettre de mieux connaître et d'appliquer des mesures correctives à l'organisation de services en vaccination 0-5 ans. Cette démarche affectera positivement l'atteinte des cibles pour tous les indicateurs en vaccination.

Santé publique — Prévention et contrôle des infections nosocomiales

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Plan stratégique 1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis — diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i> (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	100 %	★ 100 %	100 %
Plan stratégique 1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis — bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	83,3 %	100 %	★ 100 %	100 %
Plan stratégique 1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis — bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	100 %	★ 100 %	100 %
Plan stratégique 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	36 %	75 %	☆ 55,7 %	80 %

Commentaires

Suivi des indicateurs en prévention et contrôle des infections nosocomiales

La surveillance de l'incidence des diarrhées associées au *Clostridium difficile*, des bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (patient SARM) et des bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse est obligatoire pour les hôpitaux du Québec ayant un nombre minimum d'admissions ou d'activités. Ils font partie du programme provincial de surveillance des infections nosocomiales du Québec. Au Bas-Saint-Laurent, les infirmières en prévention et contrôle des infections (PCI) et les médecins microbiologistes-infectiologues collaborent aux différentes activités de surveillance et appliquent les règles et procédures standards afin d'assurer la fiabilité des mesures. Les résultats utilisés en 2018-2019 ont été extraits du portail du programme provincial de surveillance des infections nosocomiales du Québec le 26 avril 2019.

1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis — diarrhées associées au *Clostridium difficile* (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)

L'engagement concernant les diarrhées associées au *C. difficile* est respecté à 100 % dans toutes les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent offrant des soins de courte durée (6/6) en 2018-2019. Le résultat obtenu est identique à celui de 2017-2018.

Les taux d'incidence observés dans les hôpitaux sont inférieurs aux taux ciblés selon la catégorie d'installation. L'Hôpital régional de Rimouski et le Centre hospitalier régional du Grand-Portage ont des taux respectifs de 3,6 et de 2,8 cas par 10 000 jours-présence en 2018-2019. Ces taux sont inférieurs à la cible de 5,6 cas par 10 000 jours-présence établie pour leur catégorie, soit « non-universitaire de 110 lits et plus ayant une clientèle âgée de 65 ans et plus inférieure à 45 % ». Les 4 autres hôpitaux font partie de la catégorie « non-universitaire de moins de 110 lits » dont le taux cible est de 5,0 cas par 10 000 jours-présence. Les taux observés sont inférieurs à la cible dans les installations de Matane (4,5), La Pocatière (1,4), Amqui (0) et Notre-Dame-du-Lac (4,4).

Différentes mesures organisationnelles contribuent aux faibles taux d'incidence du *C. difficile* dans les hôpitaux du CISSS du Bas-Saint-Laurent en 2018-2019, notamment :

- La détection rapide des cas par l'utilisation de tests diagnostiques ayant une bonne validité (sensibilité et spécificité) et l'utilisation judicieuse d'antibiotiques pour limiter la contagiosité;
- L'application rigoureuse des pratiques de base et des précautions additionnelles permettant d'enrayer la transmission;
- L'utilisation locale du logiciel Nosokos permettant des suivis diligents, notamment par la prise en charge des contacts étroits;
- Une gestion des lits priorisant le confinement ou le regroupement des patients contagieux;
- La collaboration du personnel soignant et des responsables de l'hygiène et de la salubrité pour appliquer les mesures de prévention, notamment lors d'éclosion;
- L'implication de gestionnaires dans les comités de gestion d'éclosion permettant de mobiliser des ressources supplémentaires pour assurer un meilleur contrôle et enrayer la survenue de cas secondaires;
- L'implication de la direction générale dans les comités de gestion d'éclosion majeure pour appliquer les mesures de contrôle sans délai;
- Le déploiement d'un programme de suivi post-hospitalisation en cours d'année;
- La structure organisationnelle favorisant l'harmonisation des pratiques de prévention dont le comité stratégique en PCI et la table clinique en PCI priorisent ou coordonnent les activités;
- La surveillance des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) est régie par le protocole provincial intitulé *Surveillance des bactériémies nosocomiales dans les centres hospitaliers du Québec* (INSPQ, 2018).

1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis — bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)

L'engagement de 100 % est atteint au 31 mars 2019 pour cet indicateur, ce qui représente un gain par rapport au résultat de 83,3 % obtenu en 2017-2018.

Tous les hôpitaux de la région ont des taux d'incidence bactériémies à SARM respectant l'engagement de l'entente de gestion 2018-2019. Aucune bactériémie à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline n'a été observée dans les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent en 2018-2019.

La surveillance des bactériémies à SARM (BAC-SARM) est régie par le protocole provincial intitulé *Surveillance provinciale du SARM au Québec* (INSPQ, 2018).

1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis — bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)

L'engagement concernant cet indicateur est respecté à 100 % au CISSS du Bas-Saint-Laurent en 2018-2019 et ce résultat est identique à celui de 2017-2018. Notre taux d'incidence est de 0,04 par 1 000 jours-cathéters et celui-ci est inférieur au taux fixé à 0,58 par 1 000 jours-cathéters.

Une seule bactériémie nosocomiale associée aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse a été observée dans le centre d'hémodialyse de l'Hôpital régional de Rimouski et aucune dans celui du Centre hospitalier régional du Grand-Portage.

La surveillance des bactériémies associées aux accès veineux en hémodialyse est régie par le protocole provincial intitulé *Surveillance des bactériémies nosocomiales dans les centres hospitaliers de soins aigus du Québec* (INSPQ, 2018). Il est à noter que le nouveau taux d'incidence établi est calculé sur 1 000 jours-cathéters pour 2018-2020.

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

Le taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains ciblé de 75 % n'est pas atteint en 2018-2019, alors que les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent affichent un taux de 55,7 % (figure 1). Toutefois, ce résultat démontre une amélioration de 19,7 % selon l'ensemble des audits effectués par rapport à l'année 2017-2018.

Cette amélioration est équivalente pour les regroupements des 6 hôpitaux et des 3 centres d'hébergement ayant au moins 100 lits. Les taux observés des hôpitaux varient entre 46,9 % (Amqui) et 76 % (La Pocatière), et ceux des centres d'hébergement varient entre 50,3 % (Rivière-du-Loup) et 70,5 % (Matane). Malgré des progressions plus significatives dans les installations du pôle Est (+25,6 %) par rapport au pôle Ouest (+11,2 %), les taux de pratiques exemplaires en hygiène des mains demeurent plus élevés pour les installations du pôle Ouest (62,0 %) que celles du pôle Est (49,4 %) en 2018-2019.

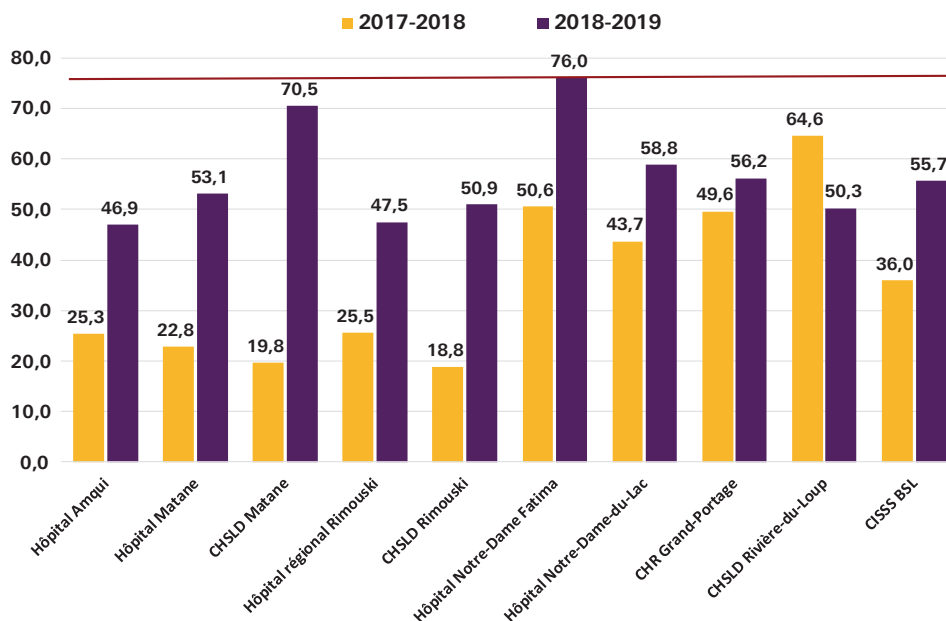
Les audits sur l'hygiène des mains sont basés sur l'application rigoureuse d'un protocole provincial intitulé *Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements du Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux* (MSSS, 26 janvier 2017). Le taux de conformité résulte du nombre d'indications conformes divisé par le nombre total d'indications observées pour effectuer l'hygiène des mains pendant la période. Les observations trimestrielles sont faites dans tous les hôpitaux (6) du CISSS du Bas-Saint-Laurent et les centres d'hébergement ayant 100 lits ou plus (3). Les résultats sont validés par les infirmières en prévention et contrôle des infections (PCI) des installations et compilés par le chef d'équipe de ce service dans la base provinciale de données GESTRED.

Pour l'ensemble des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent auditées en 2018-2019, les taux de conformité sont de 56,2 % pour les infirmières et infirmières auxiliaires, 56,1 % pour les médecins et 54,3 % pour les préposés aux soins. Les progressions ont été particulièrement significatives pour les préposés aux soins et les infirmières et infirmières auxiliaires avec des augmentations respectives de 23,9 % et de 19,9 % par rapport à 2017-2018. Enfin, les taux de conformité demeurent plus élevés après un contact avec un patient ou son environnement (69,8 %), comparativement à avant un contact avec un patient ou son environnement (42,4 %).

Un plan d'action stratégique intitulé *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains au CISSS du Bas-Saint-Laurent 2017-2020* a été instauré en janvier 2018 afin d'améliorer les taux de conformité des soignants et de développer une culture en hygiène des mains. Son élaboration découle des faibles résultats de conformité observés au Bas-Saint-Laurent. Une ressource infirmière a été engagée pour le déploiement du plan dont les objectifs sont les suivants :

- Obtenir la priorisation organisationnelle de la pratique exemplaire de l'hygiène des mains, une priorité au sein de l'établissement;
- Élaborer et diffuser un programme incluant la politique et la procédure sur les pratiques exemplaires d'hygiène des mains;
- Implanter un programme incluant la politique et la procédure sur les pratiques exemplaires d'hygiène des mains;
- Transmettre les connaissances et enseigner les bonnes pratiques d'hygiène des mains aux usagers et à leur famille;
- Sensibiliser les usagers et les employés aux normes comportementales attendues lors de l'administration des soins et développer une culture d'autoévaluation constructive sur l'adhésion à l'hygiène des mains;
- Rendre accessibles les solutions pour l'hygiène des mains et les éviers réservés dans les milieux de soins, les cliniques externes et en communautaire pour les équipes de soins et les usagers;
- Mesurer les taux de conformité d'hygiène des mains par des

Figure 1. Taux de conformité à l'hygiène des mains par le personnel soignant des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent en 2017-2018 et en 2018



audits, communiquer les résultats et faire une rétroaction globale ou individuelle aux personnes auditées dans un but d'amélioration continue;

- Effectuer la surveillance des taux d'infections nosocomiales (SARM, ERV, DACD) et des éclosions, et diffuser les résultats.

Une mobilisation générale des services du CISSS du Bas-Saint-Laurent est sollicitée pour modifier la culture entourant l'hygiène des mains et atteindre la cible de 80 % l'an prochain.

Services généraux — Activités cliniques et d'aide

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
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	88,1 %	90 %	★ 86,3 %	90 %

Commentaires

1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins

L'engagement est presque atteint au 31 mars 2019. Nous observons toutefois une légère diminution du résultat de 1,8 % par rapport à l'année dernière.

Facteurs qui expliquent la non-atteinte de notre engagement :

- Nous avons une augmentation des appels de jour et plus particulièrement en avant-midi;
- Nous observons depuis plusieurs années une augmentation annuelle du volume d'appels;
- Le ratio du personnel au niveau de l'Info-Social est demeuré le même.

Mesure envisagée pour améliorer notre performance :

- Pour 2019-2020, étant donné que les appels de nuit sont plutôt minimes, nous ferons une réorganisation de travail. Ainsi, les appels de nuit seront dirigés à une centrale d'une autre région afin de rapatrier une personne de jour. Bien qu'en 2017-2018 nous avons le même constat, les énergies déployées durant cette dernière année ont servi à mettre en place un accueil clinique régional comprenant l'AAOR et le SRISIS. L'année 2019-2020 sera plus propice pour implanter ce changement dans l'organisation du travail.

Soutien à domicile de longue durée

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
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	383010	404379	★ 446 090	ND
Plan stratégique 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	5358	5523	★ 5 861	ND
Plan stratégique 1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	93,1 %	90 %	★ 89,5 %	90 %

Commentaires

1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services

L'engagement est largement dépassé en 2018-2019. Nous observons ainsi une augmentation de plus de 63 000 heures par rapport au résultat de l'année dernière pour atteindre 446 090 heures au 31 mars 2019.

Facteurs qui expliquent le dépassement de notre engagement :

- Investissement en soutien à domicile (SAD) en 2018-2019;
- Intensification des services dans les résidences privées pour aînés (RPA);
- Rehaussement du potentiel d'accueil des clientèles en plus grande perte d'autonomie pour le parc d'hébergement en ressources intermédiaires (RI);
- Intensification des services en SAD, notamment en ce qui a trait au programme Chèque emploi-service (CES), des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EESAD), des professionnels et de l'aide à la vie quotidienne;
- Contrôle de la qualité des données : résultats plus fiables avec des outils d'aide au contrôle pour les gestionnaires et la direction;
- Liens de collaboration entre la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA) et la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique (DQEPE), la Direction des ressources financières (DRF) et la Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DPDI-TSA-DP).

Pour l'année 2019-2020, nous entrevoyons une autre augmentation des résultats dans la poursuite des chantiers d'intensification en SAD avec l'aide de l'investissement attendu :

- Soutien intensif à domicile (SIAD);
- Soutien intensif en RPA-RI;
- Projet de collaboration entre le Service d'évaluation et de réadaptation en gériatrie (SERG) et les GMF pour les usagers atteints d'Alzheimer.

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

Le résultat de cet engagement est lui aussi largement dépassé en 2018-2019. Nous observons une augmentation de 503 usagers au total par rapport à l'année dernière terminant l'année financière avec un résultat de 5 861.

Le dépassement de notre engagement s'explique par plusieurs facteurs, dont certains d'entre eux sont identiques aux facteurs listés pour l'indicateur précédent 1.03.05.01 :

- L'intensité des services est bien instaurée auprès de la clientèle;
- Les outils de contrôle nous permettent d'obtenir des données réelles sur le nombre d'usagers dans les charges de travail;
- Investissement en SAD en 2018-2019;
- Intensification des services dans les RPA;
- Rehaussement du potentiel d'accueil des clientèles en plus grande perte d'autonomie pour le parc d'hébergement en RI;
- Intensification des services en SAD, notamment au niveau du CES, EESAD, des professionnels et de l'aide à la vie quotidienne;
- Contrôle de la qualité des données : résultats plus fiables avec des outils d'aide au contrôle pour les gestionnaires et la direction;
- Liens de collaboration entre la DPSAPA et les directions suivantes : DQEPE, DRF et DPDI-TSA-DP.

Pour l'année 2019-2020, nous entrevoyons une autre augmentation compte tenu de la poursuite des chantiers d'intensification des services et de l'investissement attendu.

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

Avec un résultat de 89,5 %, nous considérons l'engagement atteint au 31 mars 2019. Malgré une légère diminution de 3,6 % par rapport au résultat de l'année dernière, le CISSS du Bas-Saint-Laurent est très fier du résultat obtenu.

Facteurs qui expliquent la diminution du résultat :

- Cette diminution est en lien avec l'implantation des outils de cheminement clinique informatisés (OCCI), demandant un changement de pratique significatif pour les intervenants utilisant maintenant leur portable lors de leurs visites à domicile;
- Ce contexte de changement a demandé une période d'adaptation, ralentissant ainsi le niveau de productivité;
- Le manque de main-d'œuvre dans tous ces secteurs d'activités.

Mesures mises en œuvre en 2018-2019 :

- Rédaction de plusieurs plans d'action pour favoriser l'atteinte des engagements durant ce changement;
- Soutien d'une chargée de projet, d'une spécialiste en procédés administratifs et des formateurs (OCCI) en collaboration étroite avec la Direction des ressources informationnelles pour mener à terme l'implantation de l'OCCI auprès de tous les utilisateurs;
- Les coordonnateurs et les chefs de service ont bénéficié d'outils de contrôle (rapports mensuels) pour assurer une vigie;
- Les gestionnaires et directeurs devaient aussi assurer une vigie à partir de la salle de pilotage de la direction pour cibler les écarts et mettre les plans d'action en vigueur sur le terrain;
- La DPSAPA a également commencé une vigie qualité sur les nouveaux outils en procédant à des audits pour les utilisateurs et pour les formateurs;
- Accompagnements individualisés des utilisateurs et des formateurs, au besoin.

Mesures envisagées pour améliorer notre performance :

- Des séances de formation en continu sont planifiées et seront offertes en 2019-2020 afin d'assurer la pérennité des apprentissages du contenu de la plateforme qui fait partie intégrante du travail en DPSAPA;
- De plus, d'autres défis nous attendent au cours de la prochaine année compte tenu des modifications annoncées sur la plateforme du réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA). Ces modifications nécessiteront l'implication des gestionnaires dans un autre processus de gestion de changement afin de soutenir les intervenants dans l'utilisation des outils.

Problématiques liées à la qualité des données pour cet indicateur :

- Le maintien de la qualité des données reste un défi en soi. Même si nous assurons un meilleur contrôle de nos données, la vigilance est toujours requise. Des erreurs de toute sorte peuvent survenir tout au long du processus compte tenu des différentes étapes à réaliser pour générer des rapports. À la fin du processus, les chefs de service et la spécialiste en procédés administratifs assurent une vigie afin que les résultats soient fiables et reflètent bien la réalité du terrain.

Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Plan stratégique 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 %	85,7 %	★ 100 %	100 %
Plan stratégique 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	85,7 %	71,4 %	★ 85,7 %	85,7 %
Plan stratégique 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	62,5 %	87,5 %	★ 100 %	87,5 %
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	99,1 %	90 %	★ 93,9 %	90 %

Commentaires

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

ET

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

Nous avons dépassé notre engagement 2018-2019 concernant les indicateurs de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA). Pour ces deux indicateurs, nous observons un maintien de nos résultats par rapport à l'année dernière pour l'ensemble des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

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

Au cours de l'année 2018-2019, le déploiement du plan d'action régional s'est poursuivi pour atteindre et dépasser les deux cibles demandées :

- Des rencontres statutaires avec le comité régional ont permis de poursuivre l'harmonisation des actions entre les différentes installations;
- La formation régionale à l'embauche ainsi que le soutien clinique associé sont déployés en continu;
- Des rencontres des comités locaux et une révision des rôles et responsabilités se sont poursuivies afin de soutenir le déploiement des composantes avec plus de pertinence et d'efficacité;
- Un plan de communication annuel est en déploiement et permet de promouvoir l'approche et l'application des interventions cliniques préventives auprès de l'ensemble des intervenants et médecins de l'établissement.

Toutefois, nous vivons toujours une instabilité au niveau de notre équipe de gestionnaires d'unités de soins, particulièrement au Centre hospitalier régional du Grand-Portage. De plus, les enjeux de main-d'œuvre s'ajoutent aux défis que nous devons relever dans nos unités de soins. Malgré tout, nous poursuivons nos efforts et le déploiement de notre plan d'action pour atteindre une intégration pérenne de l'AAPA dans l'ensemble de nos installations.

Pour l'année 2019-2020, nous souhaitons poursuivre le déploiement des stratégies d'actions prévues au plan d'action. Des audits cliniques sont prévus à l'automne 2019 et nous permettront de suivre également le niveau d'intégration des pratiques cliniques associées à l'AAPA.

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

L'engagement de 87,5 % est atteint au 31 mars 2019, voire dépassé. Nous observons une augmentation considérable du résultat, passant de 62,5 % à 100 % entre l'année 2017-2018 et l'année 2018-2019.

Malgré certaines difficultés rencontrées dans la gestion de cas, notre établissement a fait bonne figure dans les 8 réseaux locaux de services (RLS) et nous avons été en mesure d'implanter RSIPA de façon optimale comme demandé par le MSSS.

L'étendue de notre territoire, la composition des équipes de travail dans les plus petits milieux et la répartition des tâches entre les intervenants sont des réalités avec lesquelles nous devons composer et demeurent un défi constant à relever pour répondre aux attentes du MSSS.

Mesures envisagées pour 2019-2020 :

- En accord avec le MSSS, nous déploierons un projet pilote dans la région sur la fonction de gestion de cas;
- Les travaux seront répartis en deux temps. Une première phase dans les territoires de Rimouski et de Rivière-du-Loup en utilisant le modèle proposé par le MSSS. Ensuite, nous pourrions valider dans les 6 autres RLS le modèle qui sera le plus adapté à nos vastes territoires à petits volumes, et ce, en collaboration avec l'équipe de chercheurs mandatée pour ce projet pilote au Bas-Saint-Laurent;
- La mise en place de deux plans d'action pour suivre les deux phases du projet pilote;
- Les résultats de ce chantier seront suivis dans la salle de pilotage de la DPSAPA.

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

L'engagement de 90 % est dépassé au 31 mars 2019 avec un résultat de 93,9 %. Nous pouvons être fiers de notre performance, même si nous observons une diminution du résultat par rapport à l'année dernière. Celle-ci s'explique par le fait que nous arrivons à une saturation du parc d'hébergement en RPA et en RI-RTF qui est occupé à plus de 95 %. Parfois, nous sommes dans l'obligation d'orienter des usagers vers les CHSLD (profil 9 et moins) faute de place dans la communauté pour les héberger.

Facteurs qui expliquent l'atteinte de notre engagement :

- La rigueur accordée dans l'analyse de chacune des demandes d'admission en CHSLD;
- L'efficacité de notre mécanisme d'accès local et des orientations et critères uniformes dans l'ensemble des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- L'application des meilleures pratiques dans notre processus de hiérarchisation des services qui tiennent compte aussi du souhait de la population de demeurer le plus longtemps possible dans son milieu de vie;
- Le travail effectué en amont pour favoriser le maintien à domicile en collaboration avec les ressources de la communauté, tout en soutenant nos partenaires des résidences privées pour aînés (RPA) et des ressources intermédiaires (RI);
- De plus, afin d'orienter les usagers au bon endroit, sans augmenter le nombre de personnes nécessitant des niveaux de soins alternatifs (NSA) en milieux hospitaliers, nous procédons, lorsque nécessaire, à des hébergements transitoires en attente d'évaluation ou en attente d'hébergement en CHSLD. Ce passage de la clientèle en hébergement transitoire permet de poursuivre notre évaluation et de confirmer ou de constater que le profil de la personne correspond bel et bien à une organisation de services de type CHSLD.

Mesures pour l'année 2019-2020 :

- Des travaux d'analyse sont en cours afin de bien documenter le ratio du volet hébergement non institutionnel par rapport à notre population vieillissante du Bas-Saint-Laurent. Ces travaux permettront de prévoir le nombre de places requises dans l'avenir;
- Nous continuons de bonifier l'offre d'hébergement en RI en partenariat avec les ressources en rehaussant leur capacité à héberger des usagers en perte d'autonomie ayant des déficits cognitifs ou une déficience physique. Chaque renouvellement de contrat en RI sera analysé attentivement en partenariat avec la ressource concernée afin que celle-ci puisse offrir des services répondant au juste besoin des résidents;

Nous poursuivrons l'intensification des services en SAD et en RPA avec les médecins et les partenaires communautaires (programme Chèque emploi-service [CES], entreprises d'économie sociale en aide à domicile [EESAD], Baluchon Alzheimer, Appui BSL, Société Alzheimer, etc.).

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.

Cet indicateur a été retiré en cours d'année par le MSSS.

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.

Cet indicateur a été retiré en cours d'année par le MSSS.

Déficiences

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Plan stratégique				
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	81 jours	70 jours	★ 57,45 jours	70 jours
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique — TOUS ÂGES — TOUTES PRIORITÉS	88,8 %	90 %	★ 92,6 %	90 %
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique — TOUS ÂGES — TOUTES PRIORITÉS	83 %	90 %	★ 87,1 %	90 %
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme — TOUS ÂGES — TOUTES PRIORITÉS	91,1 %	94 %	★ 97,3	90 %
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme — TOUS ÂGES — TOUTES PRIORITÉS	79,1 %	90 %	★ 93 %	90 %
Plan stratégique				
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	100 %	100 %	★ 93,3 %	90 %

Commentaires

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

L'engagement est atteint pour 2018-2019. Nous observons une progression importante des résultats, passant de 81 jours de délais en 2017-2018 à 57,5 jours en 2018-2019. De plus, notre performance organisationnelle dépasse amplement l'engagement de 70 jours qui était prévu à EGI.

Plusieurs facteurs expliquent le dépassement de notre engagement :

- Rehaussement des postes en intervention comportementale intensive et en adaptation-réadaptation avec l'investissement du Plan Trouble du Spectre de l'Autisme (Plan TSA);
- Travaux en cours avec la Direction du programme jeunesse pour travailler sur une trajectoire conjointe au niveau du retard de développement, autant sur le plan moteur que langagier, et ce, afin de se doter de services complémentaires en services spécifiques et spécialisés;
- Rehaussement des interventions en épisode de services comme le prescrit le Cadre de référence en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique;
- Révision en 2018-2019 du rapport de gestion concernant le suivi des listes d'attente (maintenant en temps réel);
- Mise en place d'une procédure de la liste d'attente pour définir les rôles, les responsabilités et les standards attendus de tous les acteurs impliqués;
- Intégration de supervision individuelle statutaire des employés pour suivre leur performance clinique;
- Intégration de rencontres d'équipe qui abordent des points statutaires, comme les données de performance de la direction;
- Mise en place en 2018-2019 de la salle de pilotage tactique (pendant les comités de gestion qui ont lieu toutes les 3 semaines). Elle implique un suivi des indicateurs critiques et détermine les moyens pour le retour aux standards.

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

L'engagement de 90 % est atteint au 31 mars 2019. Cet indicateur s'est amélioré au cours de la dernière année, passant de 88,8 % en 2017-2018 à 92,6 % en 2018-2019.

Mesures mises en œuvre en 2018-2019 :

- Transfert de la responsabilité de cet indicateur en cours d'année, passant de la Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DPDI-TSA-DP) à la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA);
- Il était difficile pour la DPDI-TSA-DP de bien suivre l'évolution de cet indicateur ayant peu de lien avec le personnel en soutien à domicile intervenant auprès de cette clientèle.

Mesures pour l'année 2019-2020 :

- Considérant que la DPSAPA vient d'intégrer à ses équipes le suivi de la clientèle DP de la première ligne, elle assurera le suivi de cet indicateur en appliquant les mêmes méthodes de contrôle rigoureuses comme pour les autres indicateurs en SAPA. Cet indicateur sera également suivi dans la salle de pilotage de cette direction.

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

L'engagement de 90 % est presque atteint pour 2018-2019. Nous observons une performance de 87,1 % en 2018-2019 comparativement à 83 % en 2017-2018. Ceci se traduit par une progression du résultat de 4,1 % pour cet indicateur, et ce, malgré quelques facteurs contraignants énumérés ci-dessous.

Facteurs qui expliquent la non-atteinte de notre engagement :

- Dossiers en déficience du langage et en déficience motrice enfant qui occupent une proportion importante dans la liste d'attente, donc des dépassements du délai d'accès (plus de 90 % des dossiers en déficience physique);
- Augmentation notable de nouveaux usagers desservis au cours de la dernière année pour la clientèle en déficience physique, soit 151 dossiers de plus pour le même nombre de postes à notre structure de postes. Ceci entraîne une pression continue sur la liste d'attente et les délais d'accès;
- Changements liés à la détection du trouble développemental du langage qui amènent un accroissement des références;
- Absence d'un audiologiste pendant 9 mois malgré les efforts organisationnels pour veiller au remplacement. Cette situation a donc entraîné des délais d'accès en déficience auditive;

- Liste d'attente historique qui nécessiterait d'importants investissements de ressources pour l'enrayer complètement, plus particulièrement pour les usagers en jeunesse ayant une déficience du langage et une déficience motrice. Toutefois, une diminution est observée avec tous les efforts déployés;
- Près de 80 % des dossiers en attente et en dépassement de délais d'accès sont ceux touchant la clientèle des 5 ans et plus, puisqu'aucune offre de service claire n'est en place en première ligne ainsi qu'au niveau scolaire, et ce, pour la clientèle jeunesse présentant une déficience du langage et une déficience motrice.

Mesures mises en œuvre pour améliorer la situation :

- Pour le secteur en enfance, ajout de ressources temporaires en orthophonie et ajout d'éducateurs dans le but de diminuer la liste d'attente en déficience du langage et en déficience motrice enfant;
- Travaux en cours en déficience du langage jeunesse pour revoir la programmation clinique et l'efficacité clinique;
- Travaux en cours avec la Direction du programme jeunesse pour la mise sur pied d'une trajectoire de service conjointe en ce qui a trait au retard de développement, autant sur le plan moteur que langagier. Le but est de se doter de services complémentaires en services spécifiques et en services spécialisés;
- Révision en 2018-2019 du rapport de gestion concernant le suivi des listes d'attente (maintenant en temps réel);
- Mise en place d'une procédure de la liste d'attente pour définir les rôles, les responsabilités et les standards attendus de tous les acteurs impliqués;
- Intégration de supervision individuelle statutaire des employés pour suivre leur performance clinique;
- Intégration de rencontres d'équipe qui abordent des points statutaires, comme les données de performance de la direction;
- Mise en place en 2018-2019 de la salle de pilotage tactique (pendant les comités de gestion qui ont lieu toutes les 3 semaines). Elle implique un suivi des indicateurs critiques et détermine les moyens pour le retour aux standards;
- Poursuite des travaux du comité de travail avec la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques : sélection de la main-d'œuvre dans les secteurs vulnérables (ex. : orthophonie, audiologie);
- Travaux en cours visant l'ajout de contrat en main-d'œuvre indépendante pour les audiologistes;
- Contrat de service en main-d'œuvre indépendante pour réaliser des évaluations des usagers en attente de services pour la clientèle en déficience du langage et en déficience motrice enfant (31 dossiers réalisés);
- Révision de l'organigramme de la DPDI-TSA-DP visant, entre autres, à centraliser les services en déficience du langage-déficience motrice enfant sous un même chef plutôt que plusieurs chefs (projet pilote). Le tout permet un meilleur contrôle de l'accès et de la qualité des services.

Considérant les différentes mesures mises en place en 2018-2019 et en poursuivant ce mouvement au sein de la DPDI-TSA-DP, nous croyons que l'engagement de 90 % pour l'année 2019-2020 pourrait être atteint.

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

L'engagement est atteint pour 2018-2019. Le résultat de 97,3 % au 31 mars 2019 dépasse de 3,3 % notre engagement établi à 94 %. Nous observons une augmentation du résultat de 6,2 % pour cet indicateur entre l'année 2017-2018 et 2018-2019.

Facteurs qui expliquent l'atteinte de notre engagement :

- L'intégration des équipes spécifiques de la mission CLSC avec celles du CRDI a permis d'assurer une meilleure continuité des services et un plus grand contrôle des délais d'accès. Étant sous la même gouvernance, cette structure permet d'actualiser une vision transversale des services offerts;
- Révision en 2018-2019 du rapport de gestion concernant le suivi des listes d'attente (maintenant en temps réel);
- Mise en place d'une procédure de la liste d'attente pour définir les rôles, les responsabilités et les standards attendus de tous les acteurs impliqués;
- Intégration de supervision individuelle statutaire des employés pour suivre leur performance clinique;

- Intégration de rencontres d'équipe qui abordent des points statutaires, comme les données de performance de la direction;
- Mise en place en 2018-2019 de la salle de pilotage tactique (pendant les comités de gestion qui ont lieu toutes les 3 semaines). Elle implique un suivi des indicateurs critiques et détermine les moyens pour le retour aux standards.

Problématiques liées à la qualité des données pour cet indicateur :

- Différents problèmes ont été observés cette année en ce qui a trait à la qualité de la donnée provoquant une légère diminution du résultat de l'indicateur pendant quelques périodes financières. La situation touchait des demandes de service en attente qui n'apparaissaient pas dans les outils de suivi liés à I-CLSC. Toutefois, en partenariat avec la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique, des correctifs ont été apportés pour éviter la récurrence de ce type d'erreur et ont ainsi permis d'atteindre notre cible de gestion;
- Certains dossiers n'ont pas été codifiés selon les priorités d'accès au guichet d'accès des services spécifiques. Il y a une collaboration avec la DPSAPA (direction responsable des guichets d'accès spécifiques) afin que le guichet spécialisé pour la DPDI-TSA-DP puisse être associé lors de la codification des priorités d'accès pour les dossiers spécifiques en DI-TSA-DP. Le tout sera mis en place à l'automne 2019.

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

L'engagement est atteint pour 2018-2019.

Notre performance de 93 % au 31 mars 2019 dépasse de 3 % notre engagement établi à 90 %. Nous observons une variation importante de 13,9 % sur cet indicateur entre l'année 2017-2018 et 2018-2019. Ce résultat se trouve au-dessus des standards attendus.

Facteurs qui expliquent le dépassement de notre engagement :

- Révision de l'offre des services spécifiques/spécialisés et transfert des charges de cas des services spécialisés vers les services spécifiques. Impact positif sur les délais d'accès des services spécialisés;
- Rehaussement des interventions en épisode de services comme le prescrit le Cadre de référence en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique;
- Poursuite des travaux du comité de travail avec la DRHCAJ : **sélection de la main-d'œuvre dans les secteurs vulnérables pour éviter des bris de services;**
- Ajout de ressources temporaires en services spécialisés pour la clientèle 0-17 ans en DI-TSA;
- Révision en 2018-2019 du rapport de gestion concernant le suivi des listes d'attente (maintenant en temps réel);
- Mise en place d'une procédure de la liste d'attente pour définir les rôles, les responsabilités et les standards attendus de tous les acteurs impliqués;
- Intégration de supervision individuelle statutaire des employés pour suivre leur performance clinique;
- Intégration de rencontres d'équipe qui abordent des points statutaires, comme les données de performance de la direction;
- Mise en place en 2018-2019 de la salle de pilotage tactique (pendant les comités de gestion qui ont lieu toutes les 3 semaines). Elle implique un suivi des indicateurs critiques et détermine les moyens pour le retour aux standards.

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

L'engagement n'est pas atteint pour 2018-2019. Le résultat de 93,3 % au 31 mars 2019 démontre un écart négatif de 6,7 % en regard de l'engagement de 100 % prévu à EGI 2018-2019. L'an dernier, nous avons réussi à atteindre un taux de 100 %.

Facteurs qui expliquent la non-atteinte de notre engagement :

- Volume total de nouveaux dossiers assez faible, cela occasionne donc un impact marqué sur l'indicateur (loi des petits nombres);
- Un seul usager présente une situation de délais d'accès en dépassement. En centre d'activités de jour, la

complexité des besoins de l'utilisateur nécessitait un accompagnement en un pour un. Lorsque la situation s'est présentée, la DPDI-TSA-DP n'a pu dégager les ressources humaines nécessaires dans les délais afin de répondre au besoin.

Mesure mise en œuvre pour améliorer la situation :

- Les nouveaux investissements récurrents en centre d'activités de jour octroyés par le Ministère en 2018-2019 favoriseront la réponse à ce type de besoin particulier.

Il est important de souligner qu'une cible établie à 100 % ne permet aucune marge de manœuvre pour gérer les situations d'exception qui peuvent se produire en cours d'année, tout comme ce fut le cas pour le dossier dont nous n'avons pu respecter le délai établi.

Jeunes en difficulté

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Plan stratégique 1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	15,33 %	11,75 %	☆ 14,22 %	ND

Commentaires

1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence

L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2019. Une diminution du taux de prise en charge en négligence de 15,33 % à 14,22 % est observée entre 2017-2018 et 2018-2019, mais demeure bien au-dessus de la cible ministérielle régionale de 11,75 %.

La négligence demeure le principal motif de signalements reçus et retenus. L'augmentation importante du nombre de signalements reçus en 2018-2019 et conséquemment du nombre de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse explique que le taux demeure élevé.

Bien qu'avec un certain retard, les préalables au déploiement du programme d'intervention en négligence (PIN) conforme aux meilleures pratiques ont pu être actualisés dans la dernière année. La formation du personnel, tant en mission CLSC qu'en Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, l'animation du guide de saisie et la mise en place d'agentes de codéveloppement PIN ont permis de diminuer sensiblement le taux de prise en charge en négligence dans la dernière année. Le programme est maintenant offert sur tout le territoire.

Dépendances

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	82,7 %	81,6 %	★ 86,9 %	85 %
Plan stratégique 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	84,8 %	87 %	☆ 85,7 %	90 %

Commentaires

1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées

L'engagement est atteint au 31 mars 2019. Une augmentation considérable du résultat est observée, passant de 82,7 % en 2017-2018 à 86,9 % en 2018-2019.

Un travail soutenu a été fait mensuellement afin d'assurer l'atteinte et le dépassement de la cible.

Tous les employés du Centre de réadaptation en dépendance (CRD) sont impliqués à chacune des étapes de l'application et du suivi. Les intervenants travaillent très fort et sont totalement contributifs de l'amélioration actuelle. Nous poursuivrons donc nos efforts en ce sens dans la prochaine année.

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

L'engagement annuel est presque atteint au 31 mars 2019 avec une légère différence de 1,3 % nous séparant de la cible fixée à 87 %.

Nous avons assuré un message soutenu, par l'intermédiaire des chefs de service, auprès des équipes terrain en lien avec l'importance de la détection et des interventions précoces en dépendance. Nous nous assurons également d'offrir la formation et l'accompagnement nécessaires pour maintenir les acquis.

Il reste du travail à accomplir quant à la détection et à l'intervention précoces en dépendance dans les programmes-services autres que santé mentale-dépendance. Un travail de collaboration est toujours à prévoir pour consolider et bonifier l'offre existante. Une planification en ce sens est prévue au cours de la prochaine année et sera soutenue par une partie des nouveaux investissements en dépendance en lien avec les services de proximité.

Santé mentale

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Plan stratégique 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	316,8	310	★ 370,8	320

Commentaires

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

L'engagement annuel est atteint au 31 mars 2019. Nous avons augmenté considérablement le nombre de places en soutien d'intensité variable, passant ainsi de 316,8 places en 2017-2018 à 370,8 places en 2018-2019.

Ces places sont variables et seront en ajustement au cours de la prochaine année. La raison qui entraîne cette hausse est en lien avec l'implantation du modèle FACT (flexible, assertive, community, treatment).

Nous avons commencé l'implantation du modèle l'an dernier sur la base d'un projet pilote dans un seul territoire (Témiscouata). À la suite de l'analyse des retombées positives, nous avons poursuivi le déploiement dans quatre autres territoires de MRC. Nous retrouvons donc le FACT dans le Témiscouata, le Kamouraska, Rivière-du-Loup, Les Basques et La Matapédia. Le prochain territoire visé est La Matanie.

Nous effectuerons un suivi serré du déploiement et nous nous assurerons d'atteindre nos cibles à nouveau l'an prochain.

Urgence

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Plan stratégique 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	7,19 h	7,2 h	★ 6,79 h	7 h
Plan stratégique 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	71,9 %	81 %	☆ 71,6 %	90 %
Plan stratégique 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	76 %	85 %	★ 76,5 %	95 %

Commentaires

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

L'engagement de 7,2 heures est atteint au 31 mars 2019, voire dépassé. Nous observons une diminution de la durée moyenne de séjour de 0,4 heure par rapport au résultat de l'année dernière. Notre résultat passe ainsi de 7,19 heures en 2017-2018 à 6,79 heures en 2018-2019.

Facteurs expliquant le dépassement de l'engagement :

- Gestion des 24 heures en continu;
- Réorientation des priorités 4 et 5;
- Analyse de la durée moyenne de séjour.

1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures

L'engagement de 81 % n'est pas atteint au 31 mars 2019. Le taux de patients qui sont pris en charge par le médecin en moins de 2 heures est sensiblement le même que l'année dernière avec une **légère diminution de 0,3 %**.

Facteurs expliquant l'écart :

- Nombre d'effectifs médicaux pas toujours adéquat (ex. : pas deux médecins en tout temps);
- Consultations non urgentes faites aux services d'urgence et relevant plutôt des services de santé courants (ex. : visites à l'urgence pour des prélèvements);
- Difficulté de réorientation des priorités 4 et 5.

Mesures mises en œuvre pour favoriser l'atteinte de l'engagement :

- Gestion des 24 heures en continu;
- Réorientation des priorités 4 et 5 : continuation du projet favorisant l'accès adapté en GMF, formation du personnel au triage à l'urgence permettant de réorienter sans ordonnance collective;
- Présentation de la politique de gestion de lits;
- Discussion avec le service d'imagerie médicale pour assurer une priorisation des usagers de l'urgence;
- Audit de prises de décisions;
- Discussion entamée avec la Direction Optilab et la Direction des services multidisciplinaires pour offrir des services de prélèvements et d'imagerie médicale selon les heures d'ouverture des GMF afin d'éviter que les usagers soient dirigés vers les urgences pour obtenir ce service;
- Discussion avec les médecins spécialistes au besoin et correction des problématiques;
- Suivi quotidien des prises en charge médicales de plus de deux heures.

Les efforts mis en place au cours de l'année 2018-2019 devraient paraître dans l'évolution des résultats de la prochaine année financière.

1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures

L'engagement de 85 % n'est pas atteint au 31 mars 2019. Le pourcentage de patients ambulatoires dont la durée moyenne de séjour est de moins de 4 heures est sensiblement le même que l'année dernière avec une **légère augmentation de 0,5 %**.

Les facteurs expliquant l'écart sont les mêmes que pour l'indicateur précédent :

- Nombre d'effectifs médicaux pas toujours adéquat (ex. : pas deux médecins en tout temps);
- Consultations non urgentes faites aux services d'urgence et relevant plutôt des services de santé courants (ex. : visites à l'urgence pour des prélèvements);
- Difficulté de réorientation des priorités 4 et 5.

Les mesures mises en œuvre pour favoriser l'atteinte de l'engagement sont similaires à celles de l'indicateur précédent :

- Gestion des 24 heures en continu;
- Réorientation des priorités 4 et 5 : continuation du projet favorisant l'accès adapté en GMF, formation du personnel au triage à l'urgence permettant de réorienter sans ordonnance collective;
- Présentation de la politique de gestion de lits;
- Discussion avec le service d'imagerie médicale pour assurer une priorisation des usagers de l'urgence;
- Audit de prises de décisions;
- Discussion entamée avec la Direction Optilab et la DSM pour offrir des services de prélèvements et d'imagerie médicale selon les heures d'ouverture des GMF afin d'éviter que les usagers soient dirigés vers les urgences pour obtenir ce service;
- Discussion avec les médecins spécialistes au besoin et correction des problématiques;
- Suivi quotidien des prises en charge médicales de plus de deux heures;
- Analyse de l'aire ambulatoire et des durées moyennes de séjours ambulatoires.

Les efforts mis en place au cours de l'année 2018-2019 devraient paraître dans l'évolution des résultats de la prochaine année financière.

Soins palliatifs et de fin de vie

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Plan stratégique 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	651	870	☆ 620	913
Plan stratégique 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	34	34	★ 34	20
Plan stratégique 1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	3,4 %	3,3 %	★ 5,3 %	4,2 %

Commentaires

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

Pour l'année 2018-2019, le CISSS du Bas-Saint-Laurent n'a pas atteint son engagement qui était fixé à 870 usagers. Nous observons également une diminution de 31 usagers entre le résultat de 2017-2018 et celui de 2018-2019.

Malgré ce résultat au 31 mars 2019, le CISSS du Bas-Saint-Laurent répond à la demande en soins palliatifs et de fin de vie pour la population de notre territoire.

La baisse du nombre d'usagers associés à ce programme s'explique par :

- Les travaux en cours depuis l'an passé par la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA) et le répondant régional I-CLSC pour assurer une meilleure saisie des données I-CLSC par les professionnels au soutien à domicile;
- Certaines irrégularités ont été relevées au niveau des statistiques et des interventions ont été faites au cours de l'année afin d'assurer le respect du cadre de gestion I-CLSC, notamment certains usagers suivis en longue durée au soutien à domicile (SAD) ne sont pas toujours codifiés avec le profil 121 lorsqu'ils sont en fin de vie. Cela amène une certaine perte de données au niveau des usagers ayant ce profil.

En complément, nous constatons qu'il y a des enjeux reliés à la non-reconnaissance du profil 121 dans les heures de soins directs offerts au SAD par le MSSS et cela amène un biais auprès des gestionnaires et intervenants en regard de l'importance de codifier cet indicateur pour les clientèles en fin de vie. La DPSAPA et la Direction des soins infirmiers ont fait des interventions auprès du MSSS pour l'aviser.

En attendant des ajustements à ce propos, nous poursuivons nos interventions auprès des équipes, assurons le suivi étroit de cet indicateur ainsi que le développement de soins à domicile pour cette clientèle.

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

Notre engagement est atteint au 31 mars 2019. Nous avons maintenu un total de 34 lits consacrés aux soins de fin de vie répartis dans les 8 territoires de réseaux locaux de services de la région.

Les critères d'admissibilité que nous avons mis en place nous ont permis d'améliorer l'accès à ces lits pour les personnes en fin de vie. Le nombre de lits semble bien répondre aux besoins de notre population. Toutefois, nous souhaitons procéder à une analyse plus approfondie des besoins à venir pour le territoire de Rimouski pour lequel les besoins semblent être en croissance.

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

L'engagement pour cet indicateur est atteint au 31 mars 2019, voire dépassé. Nous observons une augmentation importante de notre résultat de 1,9 % **en comparant le résultat de 2017-2018 à celui de 2018-2019.**

Un algorithme décisionnel est toujours en place pour déterminer l'admission des personnes en fin de vie dans les lits de l'établissement réservés pour eux. Cet outil permet d'assurer l'intensification des soins palliatifs à domicile le plus possible avant d'admettre une personne en fin de vie dans l'établissement. Cette intensification permet également le décès à domicile pour les personnes qui le désirent.

Nouvelle mesure mise en œuvre pour favoriser l'augmentation du nombre de décès à domicile

Nous déployons actuellement une coordination clinique dans chacun des huit territoires de la région, spécifique pour les soins de fin de vie, au sein de l'équipe du soutien à domicile (infirmière répondante pour les soins de fin de vie). Cette coordination a pour objectif de mieux repérer la clientèle pouvant bénéficier d'une approche palliative et d'augmenter la réponse aux besoins de services à domicile en temps opportun. Nous croyons que cela va permettre de mieux suivre l'évolution de l'état de santé de la personne, d'assurer une meilleure gestion de ses symptômes et d'augmenter l'aide au proche aidant pour ultimement permettre le décès à domicile, si tel est le choix de la personne.

Santé physique – Services de première ligne

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Plan stratégique 1.09.25-PS Nombre total de GMF	12	12	★ 12	12
Plan stratégique 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	90,04 %	92,5 %	★ 89,62 %	90,8 %

Commentaires

1.09.25-PS Nombre total de GMF

L'engagement est atteint en 2018-2019. Le nombre de GMF est demeuré identique à l'année précédente.

La situation demeure stable et il n'y a pas de développement de nouveau GMF de prévu actuellement au Bas-Saint-Laurent.

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

L'engagement de 92,5 % est presque atteint au 31 mars 2019. Le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille est demeuré stable par rapport au résultat de l'année précédente, passant de 90,04 % à 89,62 %.

Notre résultat de 2018-2019 s'explique notamment par le départ de plusieurs médecins ayant un nombre important de clients. Cependant, nous observons que la mobilisation médicale, afin d'augmenter l'accès à la clientèle orpheline, est toujours bien présente et se concrétise par :

- La poursuite du déploiement de l'accès adapté dans les groupes de médecine de famille augmente la disponibilité pour l'inscription de nouveaux patients;
- La diminution des activités hospitalières dans certains réseaux locaux de services permet une augmentation de la disponibilité médicale pour des activités de première ligne;
- L'application des exigences liées aux activités médicales particulières de prise en charge chez les nouveaux médecins favorise l'inscription de patients orphelins;
- L'application des lettres d'entente permettant une inscription en lot a été facilitante pour maintenir le taux d'inscriptions.

Chirurgie

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Plan stratégique 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	1	0	★ 0	0

Commentaires

L'engagement est atteint au 31 mars 2019, ce qui représente une amélioration par rapport au résultat de l'année précédente.

En 2018-2019, 12 295 chirurgies ont été réalisées dans les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent. Plus précisément :

- Aucun patient en attente d'une chirurgie depuis plus d'un an;
- 96,2 % des patients ont été opérés à l'intérieur de 6 mois;

- La durée moyenne d'attente pour une chirurgie est de 8,1 semaines;
- Seulement 31 patients disponibles en attente d'une chirurgie depuis plus de 6 mois.

En comparant notre résultat avec celui de l'année 2017-2018, nous observons une légère hausse de la production chirurgicale et une diminution du nombre total de patients en attente. Afin de maintenir l'atteinte de la cible, nous continuerons d'exercer une saine gestion des listes d'attente et une vigie constante des délais.

Santé physique — Imagerie médicale

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Plan stratégique 1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	97,4 %	95 %	☆ 82,3 %	95 %
Plan stratégique 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	94,9 %	100 %	☆ 85,8 %	95 %
Plan stratégique 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	99,6 %	100 %	☆ 80,2 %	95 %
Plan stratégique 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100 %	100 %	★ 100 %	N/A
Plan stratégique 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	90,7 %	95 %	☆ 83,3 %	90 %
Plan stratégique 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	97,4 %	100 %	☆ 71,3 %	90 %
Plan stratégique 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	98,2 %	100 %	☆ 78,6 %	90 %
Plan stratégique 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	99,6 %	100 %	☆ 88,2 %	100 %
Plan stratégique 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	99,3 %	100 %	☆ 83,1 %	95 %

Plan stratégique 1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	100 %	100 %	★ 100 %	N/A
---	-------	-------	---------	-----

Commentaires

1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les modalités d'imagerie médicale ciblées

L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2019. Une diminution du pourcentage des examens ciblés qui sont en attente depuis moins de trois mois est observée, passant de 97,4 % en 2017-2018 à 82,3 % en 2018-2019. Ce résultat demeure au-dessous de notre engagement établi à 95 %.

Facteurs qui expliquent cet écart :

- Le manque de médecins spécialistes dans les installations de Rivière-du-Loup, Kamouraska et Amqui;
- La présence limitée du médecin spécialiste dans l'installation de Matane;
- Une capacité limitée à recevoir les examens des autres installations de notre établissement.

Mesures mises en œuvre afin d'améliorer la situation :

- Deuxième offre de rendez-vous aux usagers provenant d'Amqui et de Matane vers l'installation de Rimouski;
- La présence de médecins dépanneurs à Rivière-du-Loup;
- Le recrutement d'un radiologiste permanent à Amqui;
- Le déplacement de technologues autonomes de Rimouski vers les installations avoisinantes afin d'assurer des examens sur place;
- Des demandes à l'ARQ (Association des radiologistes du Québec) afin d'obtenir du soutien par des médecins dépanneurs et la relance des médecins spécialistes qui sont venus sur place antérieurement (Rivière-du-Loup).

De plus, il est à mentionner que nous éprouvons des difficultés à extraire des données fiables dans le suivi de nos indicateurs de gestion. La vétusté et la multiplicité de nos systèmes d'information en imagerie sont des contraintes majeures.

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

L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2019. Une diminution du pourcentage des scopies qui sont en attente depuis moins de trois mois est observée, passant de 94,9 % en 2017-2018 à 85,8 % en 2018-2019. Ce résultat demeure bien au-dessous de notre engagement établi à 100 %.

Facteurs qui expliquent cet écart :

- Le manque de médecins spécialistes dans les installations de Rivière-du-Loup, Kamouraska et Amqui;
- La présence limitée du médecin spécialiste dans l'installation de Matane;
- Une capacité limitée à recevoir les examens des autres installations de notre établissement.

Mesures mises en œuvre afin d'améliorer la situation :

- Deuxième offre de rendez-vous aux usagers provenant d'Amqui et de Matane vers l'installation de Rimouski;
- La présence de médecins dépanneurs à Rivière-du-Loup;
- Le recrutement d'un radiologiste permanent à Amqui;
- Le déplacement d'une technologue autonome de Rimouski vers Rivière-du-Loup afin d'assurer des examens sur place;
- Des demandes à l'ARQ (Association des radiologistes du Québec) afin d'obtenir du soutien par des médecins dépanneurs et la relance des médecins spécialistes qui sont venus sur place antérieurement (Rivière-du-Loup).

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

L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2019. Une diminution du pourcentage des mammographies diagnostiques qui sont en attente depuis moins de trois mois est observée, passant de 99,6 % en 2017-2018 à 80,2 % en 2018-2019. Ce résultat demeure bien au-dessous de notre engagement établi à 100 %.

Facteurs qui expliquent cet écart :

- Le manque de médecins spécialistes dans l'installation de Rivière-du-Loup;
- La présence limitée du médecin spécialiste dans l'installation de Matane;
- Atteinte de la capacité maximale des installations recevant les examens des autres installations.

Mesures mises en œuvre afin d'améliorer la situation :

- Deuxième offre de rendez-vous aux usagers provenant de Matane vers l'installation de Rimouski;
- La présence de médecins dépanneurs à Rivière-du-Loup;
- Ajout de quarts de travail en fonction de la disponibilité des médecins et technologues.

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

L'engagement est atteint au 31 mars 2019. Nous avons été en mesure de maintenir une offre de service pour les échographies obstétricales qui sont en attente depuis moins de trois mois à un niveau de 100 %, ce qui est comparable aux engagements des années antérieures. Ce résultat respecte notre engagement établi à 100 %.

Facteurs qui expliquent ce résultat :

- Présence de technologues autonomes;
- Ajout de ressources au besoin selon la demande.

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

L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2019. Une diminution du pourcentage des échographies cardiaques qui sont en attente depuis moins de trois mois est observée, passant de 90,7 % en 2017-2018 à 83,3 % en 2018-2019. Ce résultat demeure bien au-dessous de notre engagement établi à 95 %.

Facteurs qui expliquent cet écart :

- Demande supérieure à l'offre dans le secteur ouest;
- Disponibilité limitée de la salle d'échographie au Témiscouata (partage de l'équipement entre la cardiologie et l'imagerie);
- Présence limitée des spécialistes en heures défavorables.

Mesures mises en œuvre afin d'améliorer la situation :

- Formation d'une technologue autonome à Rivière-du-Loup avec obtention du statut d'autonomie depuis janvier 2019;
- Recrutement en cours pour des technologues autonomes;
- Ajout de quarts de travail à Rivière-du-Loup et Kamouraska en fonction de la disponibilité des technologues;
- Dépôt d'un projet d'acquisition d'un échographe au Témiscouata auprès du Ministère ainsi que d'une demande de financement pour des technologues autonomes (0,75 ETC pour Kamouraska, Témiscouata et Rivière-du-Loup);
- Démarche de location d'un second équipement à Rivière-du-Loup pour régler les listes d'attente.

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

L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2019. Une diminution du pourcentage des échographies mammaires qui sont en attente depuis moins de trois mois est observée, passant de 97,4 % en 2017-2018 à 71,3 % en 2018-2019. Ce résultat demeure bien au-dessous de notre engagement établi à 100 %.

Facteurs qui expliquent cet écart :

- La présence limitée du médecin spécialiste dans l'installation de Matane;
- Atteinte de la capacité de l'installation de Rimouski à recevoir la volumétrie de Matane;
- Équilibre précaire entre le besoin et la disponibilité clinique.

Mesures mises en œuvre afin d'améliorer la situation :

- Une deuxième offre de rendez-vous aux usagers provenant de Matane vers l'installation de Rimouski;
- Formation des technologues autonomes à Matane pour qu'ils puissent augmenter le nombre de types d'examen réalisés;
- Présence à Matane de technologues autonomes de l'installation de Rimouski afin de libérer le radiologiste de certains types d'échographies pour que celui-ci puisse se concentrer sur les échographies nécessitant sa présence;
- Le déplacement d'une technologue autonome de Rimouski vers Rivière-du-Loup afin d'assurer des examens sur place;
- Des demandes à l'ARQ (Association des radiologistes du Québec) afin d'obtenir du soutien par des médecins dépanneurs et la relance des médecins spécialistes qui sont venus sur place antérieurement (Rivière-du-Loup).

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

L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2019. Une diminution du pourcentage des autres échographies qui sont en attente depuis moins de trois mois est observée, passant de 98,2 % en 2017-2018 à 78,6 % en 2018-2019. Ce résultat demeure bien au-dessous de notre engagement établi à 100 %.

Facteurs qui expliquent cet écart :

- La présence limitée du médecin spécialiste dans l'installation de Matane;
- Technologues autonomes limités à certains types d'examen à Matane;
- Le manque de médecins spécialistes pour les installations de Rivière-du-Loup, Kamouraska et Amqui;
- Atteinte de la capacité de l'installation de Rimouski à recevoir les examens des autres installations.

Mesures mises en œuvre afin d'améliorer la situation :

- Intégration des technologues autonomes dans le secteur est. Démarche en cours pour le recrutement de technologues autonome dans le secteur ouest;
- Pour les technologues autonomes de Matane, approfondissement des connaissances pour accentuer l'offre de service;
- Collaboration entre Matane et Rimouski (IRM de Rimouski pour les échographies musculaires et les scopies de Rimouski pour les infiltrations sous échographie).

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

L'engagement est non atteint au 31 mars 2019. Une diminution du pourcentage des tomodensitométries qui sont en attente depuis moins de trois mois est observée, passant de 99,6 % en 2017-2018 à 88,2 % en 2018-2019. Ce résultat demeure au-dessous de notre engagement établi à 100 %.

Facteur expliquant ce résultat :

- Secteur offrant habituellement une stabilité de l'offre, mais des difficultés à extraire des données fiables dans le suivi de nos indicateurs de gestion ont provoqué des résultats erronés.

Mesures mises en œuvre afin d'améliorer la situation :

- Formation de technologues et investissements à Rivière-du-Loup et Rimouski;
- Gestion serrée des listes d'attente à Rivière-du-Loup et Rimouski.

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

L'engagement est non atteint au 31 mars 2019. Une diminution du pourcentage des résonances magnétiques qui sont en attente depuis moins de trois mois est observée, passant de 99,3 % en 2017-2018 à 83,1 % en 2018-2019. Ce résultat demeure au-dessous de notre engagement établi à 100 %.

Deux facteurs expliquent ce résultat :

- Mouvement de personnel sur les postes et formation pour du nouveau personnel à Rivière-du-Loup;
- Deuxième offre de rendez-vous de Matane en échographie musculaire vers Rimouski.

Mesures mises en œuvre afin d'améliorer la situation :

- Formation de technologues à même l'équipe de base. Investissement dans le secteur avec mise en place de plages horaires étendues;
- Gestion serrée des listes d'attente à Rivière-du-Loup et à Rimouski.

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

L'engagement est atteint au 31 mars 2019. Nous avons été en mesure de maintenir une offre de service pour les tomographies par émission de positrons (TEP) qui sont en attente depuis moins de trois mois à un niveau de 100 %, ce qui est comparable aux engagements des années antérieures. Ce résultat respecte notre engagement établi à 100 %.

Facteurs expliquant ce résultat :

- Offre de service très stable;
- Notre établissement a effectué plusieurs démarches afin de maintenir la situation, notamment :
 - ajout de ressources au besoin selon la demande;
 - suivi constant des demandes d'examens par l'équipe;
 - maintien des actions en place.

Ressources matérielles

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100 %	100 %	★ 100 %	100 %

Commentaires

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

L'engagement 2018-2019 est atteint. L'embauche de chargés de projet pour l'équivalent de deux jours par semaine a contribué à maintenir notre résultat à 100 %.

En cours d'année, nous avons poursuivi les audits dans l'ensemble des secteurs visés afin d'évaluer notre taux de prise en charge.

Notre objectif, après la mise en place des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité, est d'améliorer ce taux de prise en charge pour l'ensemble de nos installations.

Ressources humaines

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Plan stratégique 3.01-PS Ratio d'heures en assurance salaire	6,52 %	5,70 %	★ 6,23 %	ND
Plan stratégique 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	4,48 %	3,55 %	☆ 5,20 %	ND
Plan stratégique 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,41 %	0,38 %	☆ 0,54 %	ND

Commentaires

3.01-PS Ratio d'heures en assurance salaire

L'engagement convenu dans l'EGI 2018-2019 n'est pas atteint. Nous avons par contre un ratio en dessous de la moyenne du Québec. Depuis deux ans, notre ratio est en amélioration, atteignant ainsi un taux de 6,23 % au 31 mars 2019. Nous avons une diminution de 0,29 % comparativement à l'an dernier.

Les actions entreprises sont :

- Embauche de quatre agents de prévention afin de mettre en place le projet « Virage-prévention ». Ce projet vise à travailler avec les centres d'activités ayant le plus haut taux d'assurance salaire;
- Poursuite du projet-pilote avec une direction clinique;
- Projet de soutien à la prévention de la violence et des troubles musculosquelettiques (TMS) au sein du personnel.

Par contre, la stabilité de l'équipe est difficile à maintenir :

- Congés de maternité;
- Trois chefs de service différents en douze mois : changement de gestionnaires à la gouverne.

3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires

L'engagement de 3,55 % n'est pas atteint et cette situation est similaire à celle des dernières années. Notre résultat s'est détérioré, passant de 4,48 % en 2017-2018 à 5,20 % en 2018-2019. Encore une fois, le recours aux heures supplémentaires est fait avant d'utiliser la main-d'œuvre indépendante (taux encore bas : inférieur à 0,6 %) et ceci a un impact direct sur le taux d'heures supplémentaires.

Cette année, nous avons des économies très importantes en temps régulier par un manque de personnel disponible pour effectuer les remplacements à taux régulier. Des analyses des directions plus critiques sont en cours.

Mesures mises en œuvre pour améliorer la situation :

- À ce jour, plusieurs actions ont été menées par le nouvel agent de gestion (marketing) et plusieurs outils ont été réalisés avec l'équipe des communications internes;
- Nous avons mis en place un comité stratégique avec les directions cliniques;
- Un diagnostic des leviers et des problématiques liées à la planification et à l'utilisation de la main-d'œuvre a été réalisé de février à la fin mars 2019;
- Nous avons amorcé l'exercice de rehaussement des postes à temps complet pour les infirmières, les infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes, les préposés aux bénéficiaires et les auxiliaires en santé et services sociaux qui sera actualisé à l'automne 2019;
- Un projet pour les préposés aux bénéficiaires avec une commission scolaire est en cours depuis septembre 2018, permettant aux étudiants d'être sur le terrain quotidiennement pendant leur formation; ces étudiants peuvent être embauchés pendant leurs études comme aides de service.

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

L'engagement de 0,38 % convenu pour 2018-2019 n'est pas atteint. Notre taux demeure très bas comparativement à l'ensemble des établissements du Québec, et ce, même si la situation ne s'est pas améliorée au cours de la dernière année, passant de 0,41 % en 2017-2018 à 0,54 % en 2018-2019.

Les actions en cours qui devraient avoir un impact sur notre taux :

- Efforts de recrutement et stratégies de mise en œuvre de notre plan;
- Exercice de rehaussement des postes qui sera en vigueur à l'automne 2019.

Multiprogrammes

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Plan stratégique 7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	58,1 %	72 %	☆ 57,9 %	75 %

Commentaires

L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2019. Le résultat est similaire à celui de l'année précédente avec une légère diminution de 0,2 %. Cette situation est contextuelle et des travaux sont en cours afin de corriger la situation.

Facteurs qui expliquent la non-atteinte de l'engagement :

- Contexte précaire sur le plan de la couverture des ressources humaines;
- Impacts du transfert des travailleurs sociaux en GMF;
- Augmentation du volume des demandes au Bas-Saint-Laurent;
- Difficultés dans la saisie des données pour les services sociaux généraux et jeunes en difficulté du côté de la Direction du programme jeunesse (DPJe);
- Certaines demandes demeurent ouvertes plusieurs semaines alors que le service n'est plus requis (particulièrement DPJe).

Mesures correctives mises en œuvre pour favoriser son atteinte :

- Mise en place d'une équipe psychosociale régionale afin de réévaluer les gens en liste d'attente dans le but de les prioriser à nouveau et de leur offrir les services nécessaires, lorsque requis;
- Mise en place de la réévaluation systématique mensuelle des personnes en attente afin d'assurer une vigie et d'éviter toute détérioration;
- Révision active de l'organisation des services et des approches utilisées. Des travaux ont débuté dans la dernière année dans le but d'instaurer une mise en place mieux définie de la notion d'épisodes de service;
- Mise en place du service mobile de crise 24/7;
- Embauche de deux pairs aidants à Rimouski et au Kamouraska;
- Plan d'action en services de proximité des jeunes en difficulté (JED) afin d'améliorer les délais d'accès;
- Révision des charges de cas pour respecter les épisodes de service;
- Ajout d'intervenants lorsqu'ils sont disponibles, suivi des listes d'attente et repriorisation;
- Différentes mesures spécifiques au secteur de la santé mentale : mise en place de groupes sur l'anxiété et le TDAH, intensification des actions visant le recrutement (visite de salons de l'emploi et universités), mobilité des professionnels pour travailler dans plus d'une MRC, acceptation par les psychologues de proximité de prêter main-forte à la mission du Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, recours aux services achetés lorsque requis, propositions faites aux usagers de se déplacer dans une autre MRC que la leur pour recevoir un service lorsque celui-ci est à découvert dans leur installation;
- Analyse des écarts observés dans les statistiques, par territoire et par programme;
- Suivi de cet indicateur inscrit au tableau de bord dans la salle de pilotage.

Mesures correctives prévues pour l'année 2019-2020 :

- Mise en place d'un guichet d'accès en santé mentale et dépendance, incluant les services sociaux généraux, dont le déploiement est prévu pour la fin du printemps 2019. Son rôle sera de faciliter l'accès et de faire le suivi des listes d'attente régionalement. Le but est de pouvoir faire une évaluation lorsque nécessaire dans le guichet afin de proposer un suivi individuel ou de groupe et des outils d'autogestion, lorsque nécessaire. Cela entraînera plusieurs dossiers « traités-terminés » au guichet, ce qui aura un impact certain sur les listes d'attente. Cela aidera également à orienter les ressources au bon endroit selon les besoins réels;

- Poursuite des travaux en lien avec les statistiques afin de s'assurer d'une saisie respectant le cadre normatif et reflétant les interventions réelles, tant par les intervenants que par l'AAOR;
- Maintien du suivi de cet indicateur inscrit au tableau de bord dans la salle de pilotage;
- Mener à bien les travaux visant à définir l'offre de service en santé mentale jeunesse et à mettre en place le guichet d'accès en santé mentale (GASM) pour cette clientèle.

Les mesures correctives implantées en 2018-2019 auront des impacts positifs en 2019-2020.

Nous notons des variations importantes entre le réel et la saisie des données. Au moment actuel, nous devons regarder nos inscriptions une à une dans chacun des territoires afin d'identifier les lacunes. Des travaux en collaboration avec la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique permettront d'assurer une saisie statistique fiable et démontrant la juste réalité. À la suite du diagnostic que nous ferons, les corrections seront effectuées.



Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

Prévenir / Accompagner / Prendre soin

ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Prévenir / Accompagner / Prendre soin



L'agrément

Faits saillants

- Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a maintenu son statut d'agrée pour l'année 2018-2019;
- Tenue d'une visite de transition de la part d'Agrément Canada du 5 au 7 novembre 2018 :
 - quinze emplacements ont été visités;
 - a permis de faire le pont entre les dernières visites (2013, 2014 ou 2015) et le début du nouveau cycle d'agrément (2018 à 2028);
 - visite abrégée où la démarche d'évaluation s'est concentrée sur les pratiques organisationnelles requises et les critères à priorité élevée;
 - taux de conformité pour les dimensions de la qualité de 85 % pour le CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - dix-huit pratiques organisationnelles requises se conforment aux vingt-sept évaluées.
- Préparation de la visite de juin 2019 par le soutien et l'accompagnement des différentes directions dans le déploiement de la démarche d'agrément, dans l'actualisation des plans d'amélioration et dans le déploiement des pratiques organisationnelles requises.

Preuves supplémentaires à déposer pour le 30 juillet 2019

Critères	Normes
Services périopératoires et interventions invasives	(11.12.1), (11.12.2), (11.12.3), (11.13.1), (11.13.2)
Soins à domicile	(3.8.2), (3.8.4), (9.10.1), (9.10.2), (9.10.4)
Soins ambulatoires	(3.8.2), (3.8.3), (3.8.4)
Soins de longue durée	(9.19.1), (9.19.2), (9.19.4)
Urgences	(4.9.4), (10.7.1), (10.7.2), (10.7.3), (10.7.4), (10.7.5), (12.16.1), (12.16.2), (12.16.4)

Preuves supplémentaires à déposer pour le 29 janvier 2020

Critères	Normes
Services périopératoires et interventions invasives	(8,7), (10,15), (11.12.4), (11.12.5), (11.13.3)
Soins à domicile	(3.8.5), (3.8.6), (7,9), (9.10.5)
Soins ambulatoires	(3.8.5), (3.8.6), (5,6, 5,7, 7,13)
Soins critiques	(4,6), (7,15), (8.9.5)
Soins de longue durée	(9.19.5)
Urgences	(1,6), (4.9.5), (4.9.6), (6,6), (12.16.5)
Imagerie diagnostique	(15,4)
Unité d'hospitalisation	(6,6), (6,7), (8,13)

La sécurité des soins et des services

Comité stratégique sur la sécurité des soins et des services

Composition

M^{me} Isabelle Malo, présidente-directrice générale

M. Daniel Côté, président-directeur général adjoint

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

M. Sébastien Laprise, adjoint au directeur DQEPE en amélioration continue

M^{me} Danielle Savard, directrice adjointe des soins infirmiers

M^{me} Claudie Deschênes, directrice des programmes santé mentale et dépendance

M. Michel Simard, directeur des services multidisciplinaires

M. Frédéric Gagnon, directeur du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées

Dr Jean-Christophe Carvalho, directeur des services professionnels

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

M^{me} Nadia Marmen, coordonnatrice de la santé des femmes, des enfants et des adolescents

M. François Paradis, chef de pharmacie

Le comité s'est réuni à quatre reprises. Voici les sujets traités :

- Priorités du comité pour l'année 2018-2019;
- Suivi des indicateurs du comité;
- Suivi du A3 et du plan d'action du comité;
- Audit sur l'utilisation de l'affiche « La sécurité des usagers, c'est l'affaire de tous! » qui précise les attentes envers les employés, les gestionnaires et les médecins;
- Plan de communication sur la sécurité des soins afin de faire connaître le comité et améliorer la culture de sécurité dans l'organisation;
- Enjeux du programme de prévention des chutes;
- Discussion sur la responsabilité lors d'erreurs de médicaments et sur l'imputabilité des gestionnaires lors d'événements indésirables;
- Mise en place de vingt projets pilotes pour l'année 2019-2020 afin de suivre les actions mises en place pour diminuer les erreurs de médicaments et les chutes.

Suivi des indicateurs du comité

Indicateurs de suivi	Résultats départ 2015-2016	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Cibles 31 mars 2019	Atteinte de la cible
Nombre d'accidents/année ayant contribué au décès	22	23	26	18	Non atteinte
Nombre d'événements sentinelles avec recommandations à la suite d'un décès	10	10	12	5	Non atteinte
Nombre d'accidents/année à conséquence grave	82	76	80	66	Non atteinte
Nombre de chutes par année	5 469	5 034	5 584	4 649	Non atteinte
Nombre d'erreurs de médicaments	5 188	4 728	4 688	4 410	Non atteinte

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

- Analyse statistique personnalisée pour l'ensemble des directions cliniques;
- Formation des gestionnaires nouvellement nommés ainsi que de ceux effectuant des intérim;
- Formation des employés ciblés dans le programme de relève-cadre du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Formation aux employés et gestionnaires sur la déclaration et l'utilisation du formulaire des incidents et accidents (plus de 231 personnes).

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

Types d'incidents	Nombre	Pourcentage (par rapport à l'ensemble des événements)
Tests de laboratoire	1 022	34,2 %
Erreurs de médicaments	666	22,3 %
Retraitement des dispositifs médicaux	239	8,0 %

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

Types d'incidents	Nombre	Pourcentage (par rapport à l'ensemble des événements)
Chutes	5 529	39,2 %
Erreurs de médicaments	4 007	28,4 %
Tests de laboratoire	918	6,5 %

Comité de gestion des risques

Le comité de gestion des risques s'est rencontré à quatre reprises en 2018-2019 et a assuré le suivi des dossiers suivants :

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

Nombre total de déclarations d'incidents et d'accidents :

- 2018-2019 : 17 293
- 2017-2018 : 17 493
- Variation : -1 %

Principaux risques établis au cours de la dernière année :

- Chutes : 32,3 %
- Médicaments : 27,1 %
- Tests de laboratoire : 12,1 %

Les conseillers-cadres en gestion des risques et éthique clinique ont :

- Procédé à l'enquête et à l'élaboration de 74 rapports d'événements sentinelles, dont 50 % ont nécessité des recommandations;
- Soumis 128 recommandations au comité de gestion des risques.

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

- Les principaux risques d'incidents/accidents établis précédemment :
 - le suivi des statistiques à chacune des rencontres du comité de gestion des risques;
 - l'adoption du règlement sur les mesures de soutien octroyées à l'utilisateur ou à ses proches à la suite d'un accident avec conséquences;
 - l'utilisation sécuritaire des réfrigérateurs à médicaments;
 - l'entreposage sécuritaire des narcotiques;
 - le suivi des travaux du comité stratégique sur la sécurité des soins et des services.
- La surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales :
 - des actions entreprises par le service de prévention des infections à chacune des rencontres du comité de gestion des risques et le suivi des statistiques :
 - la détection rapide des cas par l'utilisation de tests diagnostiques ayant une bonne validité (sensibilité et spécificité) et l'utilisation judicieuse d'antibiotiques pour limiter la contagiosité;
 - l'application rigoureuse des pratiques de base et des précautions additionnelles permettant d'enrayer la transmission;
 - l'utilisation locale du logiciel Nosokos permettant des suivis diligents, notamment par la prise en charge des contacts étroits;
 - une gestion des lits priorisant le confinement ou le regroupement des patients contagieux;

- la collaboration du personnel soignant et des responsables de l'hygiène et de la salubrité pour appliquer les mesures de prévention, notamment lors d'éclosion;
- l'implication de gestionnaires sur les comités de gestion d'éclosion permettant de mobiliser des ressources supplémentaires pour assurer un meilleur contrôle et enrayer la survenue de cas secondaires;
- l'implication de la direction générale sur les comités de gestion d'éclosion majeure pour appliquer les mesures de contrôle sans délai;
- la structure organisationnelle favorisant l'harmonisation des pratiques de prévention dont le comité directeur stratégique en PCI et la table clinique en PCI ainsi que des comités locaux de PCI dans chaque installation qui priorisent ou coordonnent les activités;
- la surveillance des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) est régie par le protocole provincial intitulé *Surveillance des bactériémies nosocomiales dans les centres hospitaliers du Québec* (INSPQ, 2018).

En lien avec l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 de la LSSSS), le registre de compilation est en projet pilote avec deux directions cliniques au CISSS du Bas-Saint-Laurent (DPSMD et DSI).

Zones grises

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

Rapport du coroner

- Tenue d'un tableau de suivi des recommandations provenant des rapports d'investigation du Bureau du coroner. Ce document, décrivant l'ensemble des actions mises en place pour appliquer les recommandations du coroner, a été présenté aux membres du comité de vigilance et de la qualité à deux reprises;
- Réception de cinq dossiers en 2018-2019, dont quatre présentaient des recommandations spécifiques à notre établissement et un concernait une RPA. Les recommandations de quatre dossiers ont été réalisées et le suivi a été effectué auprès du Bureau du coroner en chef. Un dossier demeurait en suivi actif au 31 mars 2019;
- Parmi les sept dossiers du coroner qui étaient en cours au 31 mars 2018, six ont été complétés comme il était recommandé, et le suivi a été effectué auprès du Bureau du coroner en chef. Un dossier demeurait en suivi actif au 31 mars 2019.

Actions mises en place pour appliquer les recommandations du coroner

- Mise en œuvre d'un protocole de « Thromboprophylaxie chirurgicale non orthopédique »;
- Implantation d'un guichet d'accès en santé mentale et dépendance (GASM-D);
- Valorisation de l'implication des proches aidants (note de service au personnel et modification de documents);
- Diffusion des rapports du coroner;
- Rencontres et formations du personnel (CISSS du Bas-Saint-Laurent, RPA, RI);
- Mise en place et suivi de plan d'action ou plan de redressement dans deux RPA et une RI afin que les recommandations du coroner soient entièrement réalisées;
- Recommandations sur l'installation et le positionnement au lit des personnes âgées;
- Plusieurs mesures assurant un usage et un suivi plus sécuritaires de l'anticoagulation;
- Réalisation de différents chantiers dans les directions cliniques afin d'améliorer notre offre de service, d'harmoniser et de standardiser les outils de travail, etc.

Protecteur du citoyen

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

Recommandations	Résumé des mesures mises en place
Ajouter à la liste des cliniques externes, à la section cliniques externes (prise de rendez-vous), la clinique d'endocrinologie.	Le 27 juin 2018, l'établissement informe le Protecteur qu'il accepte la recommandation et la mise en œuvre de celle-ci. Le 11 juillet 2018, le Protecteur accuse réception des mesures mises en place. Celles-ci répondant aux attentes, le Protecteur procède à la fermeture du dossier.
R1 : S'assurer que chaque personne qui consulte pour un problème de santé à l'urgence est évaluée au triage avant son inscription à l'urgence. R2 : Réévaluer l'ensemble des tâches des commis à l'inscription afin qu'ils soient plus efficaces et qu'ils perdent moins de temps en recherche d'informations et en déplacements. R3 : Bonifier la formation offerte à l'ensemble des commis à l'inscription et des gardiens et gardiennes de sécurité pour qu'ils bénéficient de la formation et des outils afin d'effectuer leur travail adéquatement. R4 : Fournir, à l'ensemble du personnel infirmier susceptible d'être affecté au triage, une mise à jour de la formation de l'évaluation au triage. R5 : S'assurer, notamment par des audits de dossiers postformation, que les évaluations au triage sont effectuées selon les normes en vigueur. R6 : S'assurer que le personnel infirmier au service de l'urgence a, en tout temps, une vue complète et adéquate de tous les usagers et usagères de la salle d'attente.	Le 15 février 2019, l'établissement transmettait au Protecteur le plan d'intervention qui a été mis à jour le 6 février 2019. Le 25 février 2019, le Protecteur a pris connaissance du document et nous informe qu'un ajustement a été apporté concernant les délais pour la R4 et la R6. Concernant les autres recommandations, les mesures mises en place répondent aux attentes du Protecteur, mais, avant de conclure le dossier, le Protecteur souhaite recevoir la confirmation que l'ensemble de ses recommandations a été implanté.
Donner droit à une réclamation et rembourser la succession d'une dame pour la perte de sa prothèse dentaire inférieure, survenue à la résidence en décembre 2014, et cela, conformément à sa politique intitulée « Protection des effets personnels (incluant les objets de valeur) des usagers et des résidents du CISSS du Bas-Saint-Laurent ».	Le 20 décembre 2018, l'établissement informe le Protecteur que le département des comptes à payer a traité le remboursement. Le 9 janvier 2019, le Protecteur ferme le dossier à la suite de la réception de la mesure mise en place.
Rembourser les frais de déplacement de l'usagère.	Le 5 décembre 2018, une preuve du remboursement a été expédiée au Protecteur. Le 17 décembre 2018, le Protecteur nous informe que la preuve répond à ses attentes et que le dossier est donc fermé.

Recommandations	Résumé des mesures mises en place
Informier le Protecteur du citoyen de l'état des travaux de consolidation de la fonction d'intervenant pivot au programme SAPA pour le secteur de La Matapédia et des activités réalisées pour compléter ce déploiement.	Le 5 décembre 2018, l'établissement transmet une correspondance au Protecteur l'informant des mesures mises en place à la suite de la recommandation. Ces mesures répondant aux attentes du Protecteur, celui-ci procède à la fermeture du dossier.
R1 : Établir un délai maximal raisonnable pour le recours, dans la mesure des ressources disponibles, à des services de réadaptation privés ayant pour objectif de rétablir la continuité de la réponse aux besoins dans un contexte de découverte à durée indéfinie. R2 : Procéder au remboursement des thérapies orthophoniques achetées lors des semaines de découverte complète en orthophonie durant l'année 2017.	Le 4 décembre 2018, l'établissement transmet une lettre au Protecteur l'informant de l'acceptation des deux recommandations. Le 20 décembre 2018, l'établissement transmet au Protecteur les preuves de la réalisation des deux recommandations. Le 9 janvier 2019, le Protecteur nous avise qu'il a pris connaissance de la correspondance faisant part des mesures mises en place à la suite des recommandations. Ces mesures répondant aux objectifs poursuivis par chacune de ces recommandations, il n'y aura pas d'autre suivi concernant ces dernières. Le dossier est donc fermé.
R1 : Reconsidérer sa décision quant à l'admissibilité de l'usagère à des mesures de soutien à domicile en tenant compte de la décision rendue par le Tribunal administratif du travail le 14 septembre 2016, stipulant que son incapacité ne découle pas de sa lésion professionnelle et qu'elle n'a donc pas droit au remboursement par la CNESST des frais pour ses travaux d'entretien courant de son domicile. R2 : Rétablir le principe de gratuité des services d'aide-domestique pour les usagers dont la situation correspond aux critères établis par la Politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix » et rétablir l'admissibilité des personnes qui ont été exclues indûment.	L'établissement transmet une correspondance au Protecteur l'informant qu'il ne donnera pas suite aux recommandations, car l'usagère n'est pas une personne handicapée, n'est pas admissible au soutien à domicile et ne fait pas partie des personnes à faibles revenus. De plus, il mentionne que le document portant sur le cadre de référence – soutien à domicile sera modifié en rapport à la gratuité des services pour les clients à faibles revenus. Le 11 mars 2019, le Protecteur nous informe qu'il a pris connaissance de la lettre et que les mesures mises en place répondent à ses attentes. Cependant, le Protecteur reste en attente du Cadre de référence — soutien à domicile modifié ainsi que des mesures qui seront prises pour rétablir l'admissibilité des personnes qui ont été exclues indûment.

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Au 31 mars 2019, environ 81 % des 250 recommandations émises par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services ont été réalisées par les directions concernées. Quelques exemples de mesures ayant été mises en place sont présentées dans le tableau ci-après.

Mesures d'amélioration (plaintes et interventions)

Motifs/Nombre de mesures	Catégorie de mesures	Mesures d'amélioration (exemples de recommandations)
Accessibilité 19 mesures	Respect des délais prescrits	Faire un rappel aux différents intervenants sur l'importance de bien informer les familles lors d'une situation imprévue et des retards que cela peut occasionner. Poursuivre et intensifier le recrutement afin de combler les absences.
	Difficulté d'accès aux services réseaux	Faire un inventaire des places en répit/ convalescence et la gestion des ressources humaines pour le programme chèque emploi-service.
Aspect financier 42 mesures	Facturation de matériel de soins	Rembourser une orthèse à un usager.
	Frais de transport	Annuler la facture de frais de transport.
	Politique de déplacement des cas électifs	Rembourser les frais de déplacement.
	Frais d'hébergement	Apporter des précisions concernant les frais de chambre en soins palliatifs. Rembourser la première journée d'hospitalisation. Formulaire incomplet — erreur établissement.
Droits particuliers 28 mesures	Confidentialité	Avoir un cartable avec l'information clinique accessible à tous. Retirer les photocopies de plainte au dossier.
	Droit à l'information	Introduire, dans le guide d'accueil en ressource intermédiaire (idéalement pour tout le CISSS), des précisions sur les modalités d'assurances lors d'un séjour en ressource intermédiaire.
	Participation de l'usager	Respect, par l'usager, de son plan d'intervention. Faire participer la famille aux soins de l'usager.
Maltraitance 10 mesures	Maltraitance matérielle ou financière	Processus d'ouverture d'un régime de protection (possiblement publique).
	Négligence	L'employé a été congédié.
	Maltraitance sexuelle/ Violence	Plan d'action et grille d'observation.
	Discrimination et âgisme	Rencontre réalisée avec les enfants de l'usagère.

Motifs/Nombre de mesures	Catégorie de mesures	Mesures d'amélioration (exemples de recommandations)
Organisation du milieu et des ressources matérielles 29 mesures	Désuétude de l'équipement ou du matériel.	Désuétude du système téléphonique. Que la Direction de la logistique en partenariat avec les autres directions concernées pose collectivement le meilleur diagnostic pour cette problématique majeure et apporte les correctifs nécessaires à l'Hôpital régional de Rimouski.
	Accessibilité des lieux	Devoir réparer la dénivellation dans le stationnement. Réparer un escalier extérieur. Avoir une pente adaptée pour fauteuils roulants.
	Code de vie	Respect du code d'éthique.
	Mécanisme de prévention des infections	Que la DRHCAJ poursuive les démarches nécessaires pour mettre en place une politique pour tout le personnel concernant un décorum sécuritaire en matière de santé et sécurité au travail, en y incluant le code vestimentaire.
Relations interpersonnelles 42 mesures	Commentaires inappropriés	Faire des rappels à propos de la confidentialité et du respect des échanges avec la clientèle. Prendre les mesures nécessaires envers l'employée, afin que des situations semblables ne se reproduisent plus.
	Attitude /manque d'empathie	Avoir une attitude plus empathique pour la clientèle sans médecin de famille qui se présente à l'urgence. Effectuer un rappel à tous les employés, afin que leur attitude respecte ce qui est attendu en termes d'empathie.
Soins et services dispensés 80 mesures	Habileté technique et professionnelle	Que l'établissement produise un document (s'inspirant des trousse d'accueil dans les CHSLD) afin de s'assurer que tous les éléments essentiels soient pris en compte lors d'un déménagement en RPA ou en RI d'un usager. Rappel au personnel infirmier de l'importance de rédiger des notes détaillées au dossier de l'utilisateur lors du triage. Formation du personnel en rapport avec les usagers ayant des problèmes cognitifs.

Autres instances

Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

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

Tableau des tâches à la suite de l'inspection professionnelle (inhalothérapeutes)

Pour Rimouski

Principales recommandations	Actions réalisées
Évaluer adéquatement la capacité du patient à obtenir et à comprendre les informations de base en santé afin de sélectionner les ressources et les outils les mieux adaptés à leurs besoins.	Ressortir l'information et les outils sur l'évaluation de la littératie en santé et l'art de communiquer en santé. Lecture de la documentation pour inclure cette méthode d'évaluation dans les évaluations quotidiennes. Signature du registre.
Offrir des ressources didactiques actuelles, fiables, référencées et adaptées au patient.	Ressortir l'information et les outils concernant l'éducation thérapeutique du patient et les mettre à la disposition de tous. • Lecture de cette documentation afin de se sensibiliser et de s'y conformer. • Signature du registre attitré à cette mesure afin de s'assurer que tous en prennent connaissance.
Transmettre l'information clairement.	À la suite de la sensibilisation sur l'éducation thérapeutique du patient, voici les pistes de solution : • Création des outils de travail pour : ➤ uniformiser l'enseignement sur la prise de médication (la technique à utiliser et le type d'équipement); ➤ uniformiser l'information recueillie par l'utilisateur; ➤ uniformiser l'information transmise à l'utilisateur. • Création de documents explicatifs adaptés pour chacun des secteurs concernés, par exemple, les techniques enseignées aux patients sur les unités de soins, au laboratoire du sommeil, en physiologie respiratoire, en maladie chronique et au CLSC.
Éduquer les patients, leur famille ou les aidants naturels en décrivant les facteurs de risque modifiables qui ont un impact sur la santé cardiorespiratoire.	S'assurer que les inhalothérapeutes puissent partager leurs connaissances avec les usagers en lien avec les saines habitudes de vie telles que l'abandon tabagique, l'activité physique, l'hygiène du sommeil et une saine alimentation, et ce, tout au long du suivi thérapeutique. Afin de soutenir les inhalothérapeutes dans une amélioration continue en lien avec cette exigence, des lectures ont été mises à leur disposition, par exemple : LAMOUR, 2009, p. 9. • Création d'un outil de travail afin de faciliter l'enseignement auprès du patient.

Principales recommandations	Actions réalisées
Consulter et consigner au dossier du patient toutes les informations pertinentes.	Sensibiliser les inhalothérapeutes concernant les normes de pratique en lien avec le dossier de l'usager et les particularités à certains secteurs d'activités (p. 16-19). • Signature du registre lorsque l'inhalothérapeute a pris connaissance de ces normes de pratique. • Audit deux fois par année afin de s'assurer que tous les inhalothérapeutes se conforment à cette mesure.
Respecter les particularités relatives à certains secteurs d'activités lors de l'inscription des notes au dossier, selon les règles en vigueur.	Sensibiliser les inhalothérapeutes concernant les normes de pratique en lien avec le dossier de l'usager et les particularités associées à certains secteurs d'activités (p. 16-19). • Signature du registre lorsque l'inhalothérapeute a pris connaissance de ces normes de pratique. • Audit fait deux fois par année afin de s'assurer que tous les inhalothérapeutes se conforment à cette mesure.
Tenir compte des aspects légaux de la tenue de dossier (papier et électronique) selon les normes en vigueur.	Sensibiliser les inhalothérapeutes concernant les normes de pratique en lien avec le dossier de l'usager, les particularités associées à certains secteurs d'activités (p. 16-19) et l'article 6 du règlement sur la tenue de dossier. • Signature du registre lorsque l'inhalothérapeute a pris connaissance de ces normes de pratique. • Audit fait deux fois par année afin de s'assurer que tous les inhalothérapeutes se conforment aux normes. • Travail sera fait pour éliminer les dossiers parallèles présents dans le secteur de la physiologie respiratoire ainsi que celui du laboratoire du sommeil.
Connaître et consulter les différents documents fournis par les fabricants.	Mettre en place des registres de vérification et de calibration accompagnés d'une signature complète dans les secteurs suivants : • Cas au bloc opératoire (fait en date du 29 mai 2018); • Avant les différents tests en épreuves diagnostiques; • Lors de prêts d'appareils; • Pour les appareils aux soins à domicile. Mettre en place un registre de vérification de l'équipement dans les secteurs suivants : • Laboratoire du sommeil; • Soutien à domicile. La mise en place de ces registres est connue par les inhalothérapeutes qui ont la responsabilité d'en prendre connaissance et de se conformer aux normes.
Respecter le programme d'entretien préventif selon les recommandations écrites du fabricant.	Ajouter un registre d'entretien préventif de chacun des équipements utilisés en inhalothérapie, et ce, pour tous les différents secteurs d'activités. Ce registre est aussi connu par tous les membres de l'équipe. De plus, les inhalothérapeutes ont la responsabilité d'en prendre connaissance et de se conformer aux normes.

Principales recommandations	Actions réalisées
Effectuer la vérification de l'équipement et du matériel selon les règles en vigueur et les recommandations écrites des fabricants.	Améliorer les registres de vérification des appareils déjà existants et en faire part à l'équipe de travail. • Ajout du registre de signatures à tous les cahiers techniques afin de vérifier que tous les inhalothérapeutes en prennent connaissance. • Ajout d'un registre de signatures à toutes les nouvelles techniques ou modifications d'une technique afin que l'on vérifie que tous les inhalothérapeutes en prennent connaissance. • Ajout du registre des signatures complètes en lien avec les <i>équipements et le matériel d'urgence. Chaque appareil a son propre registre et sa traçabilité pour tous les secteurs d'activités.</i> • Mise à jour de la documentation en lien avec l'hyperthermie maligne (fait en date du 29 mai 2018)
Évaluer, selon les recommandations du fabricant, la performance des dispositifs médicaux dont ils ont la responsabilité.	Faire les contrôles de qualité et les attester d'une signature complète, et ce, dans tous les secteurs d'activités; par exemple, le secteur de la physiologie respiratoire. • Mise à jour des contrôles de qualité en respectant les bonnes pratiques. • Procédure écrite mise en place pour baliser les contrôles de qualité dans tous les secteurs d'activités.
Consigner dans un registre, de façon détaillée, toutes les vérifications effectuées sur les dispositifs médicaux.	Tout bris ou mauvais fonctionnement d'appareil ainsi que les réparations effectuées sont documentés et consignés au registre de chaque appareil.
Connaître les situations à risque et appliquer les mesures appropriées de prévention.	S'assurer que les inhalothérapeutes connaissent les mesures de prévention et sachent où aller trouver les informations pertinentes, et ce, pour chacun des secteurs d'activités. • Mise à jour des processus de prévention et de transmission des infections. • Changements apportés aux secteurs suivants afin de respecter les normes de prévention : le laboratoire du sommeil, le laboratoire d'épreuve diagnostique, le bloc opératoire, les unités de soins, les soins à domicile. • Registre avec signature mis en place afin de vérifier que les inhalothérapeutes sont informés de ces mesures.
Reconnaître tous les facteurs prédisposant au développement d'une infection pulmonaire.	S'assurer que les inhalothérapeutes connaissent les mesures de prévention en plus de connaître la chaîne de transmission des infections et sachent où aller trouver les informations pertinentes, et ce, pour chacun des secteurs d'activités. • Mise à jour des processus de prévention et de transmission des infections. • Changements apportés aux secteurs suivants afin de respecter les normes de prévention : le laboratoire du sommeil, le laboratoire d'épreuve diagnostic, le bloc opératoire, les unités de soins, les soins à domicile afin d'y apporter des améliorations considérables en lien avec la prévention et la transmission des infections. • Registre avec signature mis en place afin de vérifier que les inhalothérapeutes sont informés de ces mesures.

Principales recommandations	Actions réalisées
Connaître le rôle, les procédures et les équipements respiratoires pouvant être responsables de la propagation d'une infection pulmonaire et les intégrer à la pratique clinique.	S'assurer que les inhalothérapeutes connaissent les mesures de prévention en plus des mécanismes de propagation de l'infection et leurs caractéristiques. Les inhalothérapeutes savent où aller trouver les informations pertinentes, et ce, pour chacun des secteurs d'activités. • Mise à jour des processus de prévention et de transmission des infections. • Sensibilisation des inhalothérapeutes et formation au besoin des inhalothérapeutes en lien avec la détection des patients les plus à risque de développer une infection à incidence cardiorespiratoire. (Référence ASSTSAS). • Changements apportés aux secteurs suivants afin de respecter les normes de prévention : le laboratoire du sommeil, le laboratoire d'épreuve diagnostic, le bloc opératoire, les unités de soins, les soins à domicile afin d'y apporter des améliorations considérables en lien avec la prévention et la transmission des infections. • Registre avec signature mis en place afin de vérifier que les inhalothérapeutes sont informés de ces mesures.
Connaître les mesures de prévention des infections et adopter les mesures à prendre relativement aux risques évalués.	S'assurer que les inhalothérapeutes connaissent et appliquent les mesures de prévention de la transmission des infections et sachent où aller trouver les informations pertinentes, et ce, pour chacun des secteurs d'activités. • Mise à jour des processus de prévention et de transmission des infections. • Changements apportés aux secteurs suivants afin de respecter les normes de prévention : le laboratoire du sommeil, le laboratoire d'épreuve diagnostic, le bloc opératoire, les unités de soins, les soins à domicile afin d'y apporter des améliorations considérables en lien avec la prévention et la transmission des infections. • Registre avec signature mis en place afin de vérifier que les inhalothérapeutes sont informés de ces mesures.
Connaître le système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail « SIMDUT 2015 » et sur le transport des matières dangereuses (TMD) et les respecter de façon rigoureuse.	Mettre à jour les fiches signalétiques et les modalités de transport des produits dangereux. Rendre disponibles ces informations auprès du personnel. Sensibiliser le personnel à cet effet.
Connaître ou utiliser adéquatement l'équipement de protection individuelle.	S'assurer que le personnel prend les mesures adéquates pour l'EPI. S'assurer que le personnel rapporte tout incident/accident sur les lieux du travail. Recommander au personnel de consulter le site de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). • Registre avec signature mis en place afin de vérifier que les inhalothérapeutes sont informés de ces mesures.

Principales recommandations	Actions réalisées
Connaître et appliquer le plan des mesures d'urgence (PMU) de l'établissement ou du milieu de travail.	Faire connaître le plan d'urgence aux employés et en faire le rappel une fois par année. • Registre fait afin de confirmer que tous les membres du personnel sont au courant du plan des mesures d'urgence existant dans l'installation.
Connaître et respecter toutes les étapes de nettoyage, de désinfection et de stérilisation.	Rappel fait au personnel sur les systèmes de classification, soit non critique, semi-critique et critique. S'assurer que le nettoyage et la désinfection du matériel sont faits en respectant les recommandations du fabricant en tout temps. Faire les mises à jour au besoin.
Connaître et appliquer toutes les mesures de protection et d'entreposage sécuritaires.	Mesures correctives prises en lien avec les mesures de protection et d'entreposage. Référence au SIDMUT 2015, FSSS ainsi qu'aux recommandations émises pour apporter les correctifs, et ce, pour tous les secteurs d'activités concernés.
Utiliser le matériel à usage ou patient unique en suivant les recommandations écrites du fabricant ou celles du comité de prévention des infections.	Sensibilisation et renforcement faits afin que tous les inhalothérapeutes puissent connaître et appliquer les normes des fabricants, et ce, pour tous les équipements utilisés. Mises à jour de ces techniques faites et rendues accessibles pour consultation.
Récupérer adéquatement l'équipement et le matériel réutilisables selon les règles en vigueur ou les recommandations du comité de prévention de la transmission des infections.	Mise en place et mises à jour de politiques et de procédures claires, respectant les normes accessibles. Mention faite aux inhalothérapeutes afin que la récupération des équipements se fasse adéquatement et selon les règles en vigueur.
Se laver les mains ou utiliser du rince-mains systématiquement entre chaque patient et porter des gants lorsque requis.	Sensibilisation sur les pratiques exemplaires d'hygiène des mains instaurées au CISSS du Bas-Saint-Laurent. Lecture de document expliquant l'importance du lavage des mains et questionnaire rempli par les professionnels afin de tester leurs connaissances et leurs acquis. Audits faits deux fois par année par l'assistante chef des inhalothérapeutes afin de sensibiliser les gens à respecter cette norme essentielle.
Appliquer les règles d'asepsie auprès du patient et des dispositifs médicaux selon les normes de prévention des infections en vigueur.	S'assurer que les inhalothérapeutes connaissent les mesures de prévention des infections et les règles d'asepsie auprès de l'utilisateur et des dispositifs médicaux. Il est important que les inhalothérapeutes sachent où consulter les normes en vigueur pour chacun des secteurs d'activités. • Audits faits deux fois par année afin de vérifier cette mesure.
Appliquer les règles concernant les précautions universelles et la gestion des déchets biomédicaux.	Informar les inhalothérapeutes en lien avec les précautions universelles et la gestion des déchets médicaux. • Formation à donner au besoin. • Information accessible à des fins de consultation pour les inhalothérapeutes. • Audits faits deux fois par année afin de vérifier cette mesure.

Principales recommandations	Actions réalisées
Vérifier la concordance de l'ordonnance avec la condition clinique du patient.	Renforcement de cette pratique fait auprès du personnel. • Validation du besoin de formation auprès des inhalothérapeutes afin de faciliter cet aspect de la profession.
Préparer et transporter la médication, les solutions intraveineuses, les produits sanguins et leurs dérivés en respectant les règles pharmaceutiques et d'asepsie en vigueur.	Exigence atteinte. Pas d'action particulière à prendre. Seulement la poursuite du travail en cours.
Prendre connaissance de l'histoire médicale du patient.	Mettre en place un registre de lecture en lien avec la contribution à l'évaluation des problèmes respiratoires afin que tous les inhalothérapeutes puissent en prendre connaissance et puissent se conformer à cette norme. Prendre connaissance du dossier médical avant chaque intervention pour être en mesure de porter un jugement clinique adéquat afin d'optimiser l'évaluation de la condition cardiorespiratoire de l'utilisateur. La correction de cette situation a été faite rapidement.
Effectuer la collecte de données pertinentes de façon rigoureuse.	Faire la consultation du dossier médical, l'évaluation des résultats, l'observation des radiologies ou des laboratoires, l'auscultation pulmonaire, la prise des signes vitaux, et ce, pour une évaluation cardiorespiratoire de qualité, complète et rigoureuse lors de l'intervention de l'inhalothérapeute auprès de l'utilisateur. • Cette norme est appliquée dans tous les secteurs d'activités concernés. Formulaire clinique créé pour faciliter les notes au dossier pour soutenir les inhalothérapeutes. ➤ Inhalothérapeutes avisés de cette exigence qui est vérifiée par des audits au moins deux fois par année.
Exercer un jugement clinique optimal.	Rappel fait à l'équipe des inhalothérapeutes en lien avec l'importance du processus de pensée et de prise de décision en plus de l'importance du rôle de clinicien. • Suggestion de lecture HARRIS, 1993 aux inhalothérapeutes. • Coaching au besoin ou même une communauté de pratique pourra être mis en place afin de soutenir les inhalothérapeutes à respecter cette recommandation.

Principales recommandations	Actions réalisées
Effectuer et analyser les résultats des épreuves de la fonction respiratoire, en conformité avec les normes reconnues : par exemple l' <i>American Thoracic Society (ATS)</i> et <i>European Respiratory Society (ERS)</i> .	Aviser le secteur de la physiologie respiratoire afin d'appliquer les normes de ATS-ERS, en faire lecture et les respecter. Achat d'un stéthoscope. Possibilité pour les inhalothérapeutes de compléter leurs évaluations respiratoires adéquatement lors du test de provocation bronchique et au besoin. Rédaction d'une procédure pour les tests de spirométrie et de provocation bronchique. Le laboratoire du sommeil a mis à jour les politiques et procédures ainsi que les indications médicales, et ce, en se référant aux critères de l'AASM et au document de la CMQ 2014. Cahiers techniques revus afin de se conformer aux normes, et ce, pour tous les secteurs d'activités concernés.
Analyser tous les résultats des études du sommeil conformément aux protocoles et procédures associés et aux normes reconnues : par exemple celles de l' <i>Academy of Sleep Medicine (AASM)</i> .	Mise à jour des politiques et procédures ainsi que des indications médicales, et ce, en se référant aux critères de l'AASM et au document de la CMQ 2014 par le laboratoire du sommeil. Mise à jour du cahier technique afin de se conformer aux normes.
Appliquer les techniques de rééducation respiratoire de manière optimale en fonction de la condition cardiorespiratoire du patient.	Document de référence accessible aux inhalothérapeutes pour qu'ils puissent en prendre connaissance. Les inhalothérapeutes appliquent les différentes techniques de rééducation respiratoire afin d'optimiser la condition cardiorespiratoire du patient.
Les inhalothérapeutes sont certifiés en réanimation cardiorespiratoire de base (SIR) pour professionnels de la santé ou en réanimation cardiorespiratoire avancée (SARC, SARP, PRN) s'il y a lieu.	Tous les inhalothérapeutes de l'établissement suivent tous les deux ans la certification RCR ainsi que la formation PRN. Les documents sont mis à jour et accessibles. Registre gardé afin de s'assurer que tous les inhalothérapeutes respectent cette norme.
Déterminer de façon méthodique et précise les besoins du patient.	Établir le plan de soins pour les patients aux soins à domicile avec l'équipe interdisciplinaire. Lecture suggérée aux inhalothérapeutes œuvrant dans les secteurs concernés : le règlement sur l'organisation et l'administration des établissements. Se référer à différents cadres de référence tels que : PNAVD, PNOD, ISO-SMAF, OCCI, PII. Audits faits deux fois par année afin de s'assurer que cette norme est respectée.
Déterminer les objectifs et les options à privilégier pour les atteindre.	Connaître le rôle de chaque intervenant susceptible de contribuer aux soins du patient. Déterminer le besoin du patient par une cueillette de données adéquate. Travailler de concert avec les autres professionnels de la santé œuvrant auprès de l'usager afin de faire un bilan complet sur l'état du patient pour, par la suite, mieux répondre à son besoin. Audits faits deux fois par année afin de s'assurer que cette norme est respectée.

Principales recommandations	Actions réalisées
Établir des priorités.	Inscrire au plan de soins les problèmes et les besoins prioritaires tout en tenant compte des besoins définis avec le patient et ses proches lors de l'évaluation de l'usager. Les inhalothérapeutes sont encouragés à se conformer à cette norme. Audits faits deux fois par année afin de s'assurer que cette norme est respectée.
Appliquer les plans de soins élaborés.	Les inhalothérapeutes sont fortement encouragés à appliquer le plan de soins de façon rigoureuse. Audits faits deux fois par année afin de s'assurer que cette norme est respectée.
Réviser les plans de soins.	Les inhalothérapeutes sont fortement encouragés à actualiser un plan de soins pour assurer un meilleur suivi. Audits faits deux fois par année afin de s'assurer que cette norme est respectée.
Participer activement à l'orientation et à l'élaboration du programme d'orientation des étudiants et des nouveaux employés dans les services d'inhalothérapie.	Mise à jour de notre processus d'orientation. Les plans d'orientation déjà en place sont joints à ce plan d'action. Mise à jour des documents d'orientation qui ont été acheminés.
Appliquer les éléments de base d'un processus efficace d'évaluation de la performance des pairs en fixant des buts et des objectifs clairs et précis et selon la description des tâches.	L'outil d'appréciation de la contribution individuelle et du rendement général est présent au CISSS du Bas-Saint-Laurent. Depuis 2016, trois gestionnaires ont occupé les fonctions hiérarchiques au sein du département thalasso-thérapie. Considérant ce contexte, cette évaluation n'a pas eu lieu pour la majorité des employés. L'objectif est de reprendre ce processus en 2018-2019 pour tous les employés. Un tableau de planification a été fait afin de s'assurer que les évaluations seront dûment faites.
Participer activement à l'élaboration de protocoles, procédures et ordonnances collectives.	Rédaction de différents registres et de protocoles dans certains secteurs d'activités. Implication des gens de l'équipe. Les documents, les procédures, les protocoles, les ordonnances collectives mis en place deviennent la responsabilité de tous.
Connaître les caractéristiques qui distinguent les lois des règlements, des normes de pratique, des lignes directrices et des politiques internes.	Mettre à la disposition de tous les inhalothérapeutes un cartable contenant les documents suivants : • Règlement sur l'exercice de la profession d'inhalothérapeute dans la société; • Standards de pratique; • Code de déontologie de l'inhalothérapeute; • Règlements sur les dossiers des membres de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec; • Registre de signatures afin de s'assurer que tous les inhalothérapeutes prennent connaissance des documents énoncés ci-haut.

Principales recommandations	Actions réalisées
Respecter le champ d'exercice professionnel.	Mettre à la disposition de tous les inhalothérapeutes un cartable contenant les documents suivants : • Règlement sur l'exercice de la profession d'inhalothérapeute dans la société; • Standards de pratique; • Code de déontologie de l'inhalothérapeute; • Règlements sur les dossiers des membres de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec; • Registre de signatures afin de s'assurer que tous les inhalothérapeutes prennent connaissance des documents énoncés ci-haut.
Connaître l'encadrement législatif de la pratique de l'inhalothérapie au Québec (code des professions, code de déontologie, LSSSS, règlements, politiques de l'établissement).	Mettre à la disposition de tous les inhalothérapeutes un cartable contenant les documents suivants : • Règlement sur l'exercice de la profession d'inhalothérapeute dans la société; • Standards de pratique; • Code de déontologie de l'inhalothérapeute; • Règlements sur les dossiers des membres de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec; • Registre de signatures afin de s'assurer que tous les inhalothérapeutes prennent connaissance des documents énoncés ci-haut.
S'identifier auprès du patient, de sa famille et des autres professionnels.	Rappel fait aux inhalothérapeutes quant à l'importance de s'identifier en tout temps. Rappel fait aux inhalothérapeutes pour se conformer à la politique de l'établissement en lien avec le port de la carte d'identité.
Vérifier l'identité du patient.	Rappel fait quant à l'importance d'effectuer la double identification auprès de l'utilisateur. Rappel fait aux inhalothérapeutes de se conformer à la politique de l'établissement en lien avec la double identification. Formation sur la double identification prévue pour tous les intervenants en 2018-2019.
Respecter les règles concernant le consentement, le refus ou la cessation de traitement.	Réitérer les règles en lien avec le consentement, le refus ou la cessation de traitement. S'assurer que les inhalothérapeutes appliquent ce règlement. Utiliser les formulaires de consentement aux soins et réseaux dans les secteurs concernés.
Respecter la confidentialité des informations personnelles du patient.	Rappel fait aux inhalothérapeutes de se conformer aux politiques de confidentialité et d'accès à l'information. Revoir les façons de travailler afin de s'assurer que la confidentialité est respectée. Des activités promotionnelles sur la confidentialité sont présentes en continu dans l'organisation depuis janvier 2018, par notre mascotte Motus.

Pour Rimouski, 6 recommandations sont toujours en cours de réalisation.

Principales recommandations	En cours de réalisation
Offrir des ressources didactiques actuelles, fiables, référencées et adaptées au patient.	En cours au laboratoire du sommeil. Échéancier souhaité : décembre 2019.
Éduquer les patients, leur famille ou les aidants naturels en décrivant les facteurs de risque modifiables qui ont un impact sur la santé cardiorespiratoire.	En attente d'une application sur les saines habitudes de vie sur nos cellulaires de travail. Échéancier souhaité : décembre 2019.
Reconnaître tous les facteurs prédisposant au développement d'une infection pulmonaire.	En cours au laboratoire du sommeil. Échéancier souhaité : décembre 2019.
Connaître et appliquer le plan des mesures d'urgence (PMU) de l'établissement ou du milieu de travail.	En cours, pourra faire le suivi en lien avec la cartographie des risques. Échéancier souhaité : mars 2020.
Déterminer de façon méthodique et précise les besoins du patient.	En cours, surtout au SAD et avec l'arrivée du SIAD. Échéancier souhaité : mars 2020.
Appliquer les éléments de base d'un processus efficace d'évaluation de la performance des pairs en fixant des buts et objectifs clairs et précis et selon la description des tâches.	En cours. Échéancier souhaité : mai 2020.

Pour Rivière-du-Loup, l'ensemble des recommandations sont en cours de réalisation avec pour échéancier mars 2020.

Principales recommandations	En cours de réalisation
Communiquer efficacement dans son contexte professionnel.	Création d'un registre de lecture : • Littératie en santé; • Parler, écouter, écrire : l'art de communiquer en santé; • La rédaction de notes au dossier; • Normes de pratique. Mise à jour et traduction en anglais des guides et documents à remettre à l'utilisateur.
Appliquer les modalités d'utilisation des dispositifs médicaux.	Création d'un cartable de vérification par type d'appareil. Création d'un registre pour assurer la vérification des équipements et du matériel d'urgence selon les normes du fabricant. Mise sur pied d'une procédure pour l'entretien des tables d'anesthésie.

Principales recommandations	En cours de réalisation
Appliquer les mesures préventives d'asepsie, de santé et de sécurité.	Création d'un registre pour assurer la consultation. Mise à jour des fiches signalétiques et des modalités de transport des produits dangereux. Création d'un onglet SIMDUT sur le poste de travail du département. Formation avec le service de prévention des infections sur l'EPI. Mise à jour du cartable de prévention des infections. Création d'affiches qui seront dans l'utilité souillée et serviront d'aide-mémoire pour nettoyer les différents dispositifs et appareils. Rédaction d'une procédure portant sur l'utilisation du matériel avec latex. Transfert du dantrolène dans le chariot d'hyperthermie maligne.
Préparer, administrer, ajuster des médicaments ou autres substances.	Formation sur les produits sanguins et de leurs dérivés. Mise à disposition des lignes directrices d'Héma-Québec. Vérification de l'entreposage de la médication afin d'assurer sa conformité.
Prodiguer des soins cardiorespiratoires généraux.	Création d'un document de référence pour optimiser la rééducation respiratoire en fonction de la condition cardiorespiratoire du patient.
Optimiser l'assistance ventilatoire.	Tenir à jour le registre concernant les dates des formations RCR et PRN. Élaboration de protocoles de ventilation afin d'unifier la pratique.
Déterminer et instaurer les plans de soins.	Création d'un registre de lecture : • Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements; • Cadres de référence tels que le PNAVD, le PNOD, le ISO-SMAF, le OCCI et le PII. Élaboration de plans de soins pour l'ensemble de la clientèle du CLSC.
Déterminer et instaurer des processus de gestion.	Mise à jour du processus d'orientation.
Agir en professionnalisme.	Rendre disponible un cartable contenant les documents suivants : • Règlement sur l'exercice de la profession d'inhalothérapeute dans la société; • Standards de pratiques; • Code de déontologie de l'inhalothérapeute; • Règlements sur les dossiers des membres de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec. Mise en place d'un sous-comité qui aura pour tâche de réfléchir aux moyens pouvant être instaurés afin d'améliorer la confidentialité dans la pratique au sein du département d'inhalothérapie.

Le nombre de mises sous garde selon la mission

Tableau des mises sous garde du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019

	Mission CH	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission CR	Total Établissement Bas-Saint-Laurent
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	209	0	0	0	209
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	Sans objet	Sans objet	84
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	72	0	0	0	72
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	79
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)	63	0	0	0	63

* Lorsqu'il n'y a aucune mise sous garde pour une mission, il n'est pas nécessaire de mentionner cette mission dans le tableau.

** Les mentions « sans objet » sont indiquées, car les demandes de mises sous garde proviennent toujours de l'établissement. Ainsi, seul le total des demandes de l'établissement doit être inscrit dans la colonne « Total Établissement ».

L'examen des plaintes et la promotion des droits

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

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

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

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

L'information et la consultation de la population

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

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

De plus, quelque 759 demandes d'entrevues ont été acheminées au CISSS du Bas-Saint-Laurent, provenant des médias du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie, de la Côte-Nord, de Québec et de Montréal. Plus de 41 communiqués de presse ont également été diffusés afin d'informer la population.

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

- Participation des utilisateurs de services au comité aviseur de la direction DPSMD (santé mentale, dépendance, violence conjugale, agression sexuelle et itinérance);
- Présence du comité conseil aux services à la jeunesse et aux familles formé de représentants de la population, du CUCL et du comité des usagers continués du Centre jeunesse.

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

- Sondages auprès des municipalités concernant les types d'intervention réalisés en prévision des périodes de chaleur ou dans le cadre de la lutte à l'herbe à poux;
- Rencontre annuelle lancée par la DPDI-TSA-DP auprès des partenaires de la communauté (plus de 35 partenaires) travaillant de près avec la clientèle afin d'échanger sur divers sujets reliés aux besoins de celle-ci.

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent informe par les moyens suivants :

- Invitation au colloque du comité des usagers à l'automne 2018 afin de présenter aux partenaires de la communauté œuvrant auprès de la clientèle DI-TSA-DP l'offre de service de la direction;
- Journal d'information acheminé aux usagers deux fois par année par la DPDI-TSA-DP;
- Présentation de conférences publiques devant divers partenaires en lien avec l'encadrement du cannabis et sa légalisation en octobre 2018;
- Organisation d'un événement en lien avec la journée internationale des droits de l'enfant en collaboration avec la DPJe et COSMOSS;
- Présentation des services à la jeunesse au Comité régional de concertation des partenaires;
- Conférence et communiqué de presse de la DPJ pour la publication de son bilan annuel;
- Communiqué de presse à la population dans le cadre de la Semaine de l'action bénévole et diffusion d'un dépliant « Devenir bénévole au CISSS du Bas-Saint-Laurent »;
- Plusieurs sorties médiatiques en lien avec le dossier du campus préclinique;
- Implication du CISSS du Bas-Saint-Laurent comme partenaire de l'UQAR dans les Conférences populaires en santé de l'Est-du-Québec (CPSEQ) et dans le développement du projet « Université des patients »;
- Diffusion du bulletin *Le Repère* destiné aux RI et RPA du Bas-Saint-Laurent;
- Actualisation du site Web du CISSS du Bas-Saint-Laurent.



Application de la politique portant sur les soins de fin de vie

Prévenir / Accompagner / Prendre soin



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

Prévenir / Accompagner / Prendre soin



Application de la politique portant sur les soins de fin de vie

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

- Tenue de trois rencontres du comité stratégique et de trois rencontres du comité de coordination clinique régional pour soutenir l'organisation et la coordination des soins de fin de vie;
- Adoption du programme clinique régional sur les soins de fin de vie;
- Déploiement du rôle de l'infirmière répondante pour les soins de fin de vie au Kamouraska;
- Déploiement de la formation générale portant sur l'approche en soins palliatifs du MSSS auprès de certains intervenants et formation de mentors pour les préposés aux bénéficiaires et les infirmières auxiliaires en CHSLD pour les soins de fin de vie;
- Déploiement d'audits cliniques pour l'évaluation de la pratique infirmière lors de l'aide médicale à mourir.

**Tableau : L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie
(Bilan des rapports statistiques du 10 décembre 2017 au 31 mars 2018)**

Activités	Informations	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs dans une des missions du CISSS du Bas-Saint-Laurent, incluant en maison de soins palliatifs*	651
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives administrées	5
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	15
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	10
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs**	5

* Les personnes ayant reçu des soins palliatifs peuvent avoir reçu des soins dans plus d'une mission (soins à domicile — centre hospitalier — centre d'hébergement de soins de longue durée — maison de soins palliatifs).

** Les motifs sont les suivants : une personne ne répondait pas aux critères de la loi, quatre personnes sont décédées avant le soin.

**Tableau : L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie
du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019**

Activités	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs dans une des missions du CISSS du Bas-Saint-Laurent, incluant en maison de soins palliatifs*	2116
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives administrées	19
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	92
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	68
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs**	24

* Les personnes ayant reçu des soins palliatifs peuvent avoir reçu des soins dans plus d'une mission (soins à domicile — centre hospitalier — centre d'hébergement de soins de longue durée — maison de soins palliatifs).

** Les motifs sont les suivants : neuf personnes ne répondaient pas aux critères de la loi, quatre personnes sont devenues inaptes à consentir au soin, une personne a changé d'avis et dix personnes sont décédées avant le soin.

A close-up photograph of a man with a beard and a backward cap hugging a young child. Both are smiling and laughing. The image is overlaid with a semi-transparent purple and blue gradient. In the bottom right corner, there is a stylized graphic of a tree with colorful leaves in shades of green, yellow, and orange.

Les ressources humaines

Prévenir / Accompagner / Prendre soin

LES RESSOURCES HUMAINES

Prévenir / Accompagner / Prendre soin



La gestion et le contrôle des effectifs

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

		Comparaison sur 364 jours (avril 2018 à mars 2019)				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2018-04-01 au 2019-03-30		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nombre ETC	Nombre individus
1- Personnel d'encadrement	2014-2015	518 718	3 488	522 205	287	347
	2015-2016	470 608	2 244	472 851	260	307
	2016-2017	468 838	1 309	470 147	258	328
	2017-2018	438 616	634	439 250	242	299
	2018-2019	428 227	543	428 770	236	271
	Variation	(17,4 %)	(84,4 %)	(17,9 %)	(17,7 %)	(21,9 %)
2- Personnel professionnel	2014-2015	1 428 732	7 412	1 436 144	793	1 031
	2015-2016	1 416 954	6 481	1 423 435	786	1 038
	2016-2017	1 410 993	6 671	1 417 664	783	1 037
	2017-2018	1 457 797	9 118	1 466 915	810	1 067
	2018-2019	1 514 333	7 164	1 521 497	841	1 095
	Variation	6,0 %	(3,3 %)	5,9 %	6,1 %	6,2 %
3- Personnel infirmier	2014-2015	3 223 305	122 067	3 345 373	1 733	2 298
	2015-2016	3 195 525	115 549	3 311 074	1 718	2 267
	2016-2017	3 126 281	116 932	3 243 213	1 677	2 203
	2017-2018	3 095 768	146 839	3 242 607	1 660	2 162
	2018-2019	3 135 530	175 777	3 311 307	1 683	2 144
	Variation	(2,7 %)	44,0 %	(1,0 %)	(2,9 %)	(6,7 %)
4- Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-2015	5 278 764	97 194	5 375 958	2 912	4 116
	2015-2016	5 134 363	95 270	5 229 632	2 834	3 990
	2016-2017	5 063 137	102 344	5 165 481	2 798	3 955
	2017-2018	5 201 689	135 666	5 337 355	2 879	4 062
	2018-2019	5 276 900	168 574	5 445 474	2 922	4 149
	Variation	0,0 %	73,4 %	1,3 %	0,3 %	0,8 %
5- Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-2015	1 135 206	16 340	1 151 546	578	944
	2015-2016	1 109 438	18 008	1 127 446	566	878
	2016-2017	1 083 508	19 856	1 103 364	553	884
	2017-2018	1 082 086	18 175	1 100 261	552	856
	2018-2019	1 093 285	26 504	1 119 789	557	865
	Variation	(3,7 %)	62,2 %	(2,8 %)	(3,6 %)	(8,4 %)
6- Étudiants et stagiaires	2014-2015	16 057	172	16 229	9	62
	2015-2016	9 588	52	9 640	5	46
	2016-2017	8 711	16	8 727	5	38
	2017-2018	10 892	106	10 998	6	59
	2018-2019	11 234	273	11 507	6	41
	Variation	(30,0 %)	58,6 %	(29,1 %)	(29,5 %)	(33,9 %)

		Comparaison sur 364 jours (avril 2018 à mars 2019)				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2018-04-01 au 2019-03-30		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nombre ETC	Nombre individus
Total du personnel	2014-2015	11 600 783	246 672	11 847 455	6 313	8 296
	2015-2016	11 336 475	237 603	11 574 079	6 169	8 083
	2016-2017	11 161 468	247 129	11 408 597	6 074	8 013
	2017-2018	11 286 848	310 537	11 597 385	6 149	8 111
	2018-2019	11 459 511	378 834	11 838 345	6 247	8 195
	Variation	(1,2 %)	53,6 %	(0,1 %)	(1,0 %)	(1,2 %)

La cible pour 2018-2019 est de 11 708 244. Il y a un écart de 130 101, soit 1,1 % de cette cible. 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.

Ces investissements sont notamment le troisième investissement en soutien à domicile, qui représente 24,2 ETC pour 39 476 heures travaillées et un autre investissement en DI-TSA-DP qui représente 13 ETC pour 21 206 heures travaillées.



Les ressources financières

Prévenir / Accompagner / Prendre soin



LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Prévenir / Accompagner / Prendre soin



L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	8 660 820 \$	1,3 %	9 217 912 \$	1,3 %	557 092 \$	6,4 %
Services généraux — activités cliniques et d'aide	35 691 899 \$	5,4 %	34 214 902 \$	4,9 %	(1 476 997 \$)	-4,1 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	100 422 687 \$	15,1 %	109 794 802 \$	15,7 %	9 372 115 \$	9,3 %
Déficiences physique	22 983 345 \$	3,5 %	25 279 544 \$	3,6 %	2 296 199 \$	10,0 %
Déficiences intellectuelle et TSA	33 813 234 \$	5,1 %	33 822 371 \$	4,8 %	9 137 \$	0,0 %
Jeunes en difficulté	35 232 162 \$	5,3 %	36 347 453 \$	5,2 %	1 115 291 \$	3,2 %
Dépendances	2 657 160 \$	0,4 %	2 892 989 \$	0,4 %	235 829 \$	8,9 %
Santé mentale	34 217 766 \$	5,1 %	35 722 934 \$	5,1 %	1 505 168 \$	4,4 %
Santé physique	256 353 167 \$	38,5 %	270 476 203 \$	38,7 %	14 123 036 \$	5,5 %
Programmes soutien						
Administration	44 599 434 \$	6,7 %	45 975 221 \$	6,6 %	1 375 787 \$	3,1 %
Soutien aux services	47 661 782 \$	7,2 %	50 477 479 \$	7,2 %	2 815 697 \$	5,9 %
Gestion des bâtiments et des équipements	43 628 822 \$	6,6 %	44 390 040 \$	6,4 %	761 218 \$	1,7 %
Total	665 922 278 \$		698 611 850 \$		32 689 572 \$	4,9 %

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

L'équilibre budgétaire

L'établissement s'est conformé à son obligation légale de ne pas encourir de déficit à la fin du présent exercice financier se terminant au 31 mars 2019. Les résultats globaux inscrits au rapport financier annuel AS-471 présentent des revenus de 746 594 774 \$ et des dépenses de 739 976 971 \$ pour un surplus de l'exercice de 6 617 803 \$. Ce montant se décompose comme suit : 6 361 124 \$ provient du fonds d'exploitation et 256 679 \$ du fonds d'immobilisations de l'établissement.

Les contrats de service

Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus
conclus entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique ¹	4	319 365 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ²	76	14 878 114 \$
Total des contrats de service	80	15 197 479 \$

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

Prévenir / Accompagner / Prendre soin

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

Prévenir / Accompagner / Prendre soin



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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

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

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Comme exigé par le MSSS, les paiements de transfert sont comptabilisés uniquement lorsque les paiements ont fait l'objet d'un vote à l'Assemblée nationale, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2013	R	Aucune, car directive du MSSS.			NR
Baux conclus avec la SIQ comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que les conditions sont celles d'un contrat de location-acquisition.	2010	R	Aucune, car directive du MSSS.			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
L'unité B n'est pas compilée pour le C/A « 6806 – Pharmacie en CLSC ».	2017	O	L'unité est maintenant compilée.	R		
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Voir les commentaires à la page 123-00.						
Rapport à la gouvernance						
Registre permanent des immobilisations non implanté.	2012	O	Les systèmes financiers ne permettent pas d'avoir un inventaire permanent des immobilisations.			NR
Suite à la fusion des installations, lorsqu'une unité ne doit être comptabilisée qu'une seule fois selon une période de temps définie, les systèmes d'information ne permettent pas de faire cette distinction pour	2016	O	Aucune, par contre les incidences de cette dérogation aux définitions et explications du MGF sur le rapport financier n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.			NR

l'ensemble de l'établissement, puisqu'ils fonctionnent de façon autonome par installation.						
L'établissement n'a pas atteint le minimum de 2 % d'investissement en matière d'entretien préventif et curatif dans l'ensemble de la région (Réf. 03.02.30.05).	2017	O	Des investissements se poursuivent pour atteindre le niveau minimal requis par le MSSS.			NR
L'uniformisation à la <i>Politique de tarification des stationnements</i> du MSSS n'est pas réalisée pour l'ensemble des installations.	2017	O	Des investissements seront réalisés en 2019-2020 afin de respecter les directives du MSSS.		PR	
Pour les sommes versées en numéraire aux services d'application des mesures (C/A 5402 – appartements supervisés en jeunesses), les pièces justificatives ne sont pas toujours présentes pour prouver les sommes versées aux usagers. Ceci est principalement dû au fait qu'il n'y a pas de procédures écrites claires et précises et que le délai de conservation des dossiers est court.	2018	O	Des démarches ont été entreprises pour régulariser la situation.	R		
La description du système de compilation des unités de mesure n'est pas complète pour toutes les unités de mesure. En conséquence, le processus de compilation des unités de mesure n'est pas standardisé pour chacune des installations.	2014	O	En processus de réalisation.		PR	



La divulgation des actes répréhensibles

Prévenir / Accompagner / Prendre soin

LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

Prévenir / Accompagner / Prendre soin



Divulgation d’actes répréhensibles à l’égard des organismes publics	Nombre de divulgations	Nombre de motifs	Motifs fondés
1. Le nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations ¹	0	Sans objet	Sans objet
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) ²	Sans objet	0	
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l’article 22		0	
4. Les motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations : Parmi les motifs allégués dans les divulgations reçues (point 2), excluant ceux auxquels il a été mis fin (point 3), identifiez à quelle catégorie d’acte répréhensible ils se rapportent.			
• Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d’une telle loi	Sans objet	0	0
• Un manquement grave aux normes d’éthique et de déontologie		0	0
• Un usage abusif des fonds ou des biens d’un organisme public, y compris de ceux qu’il gère ou détient pour autrui		0	0
• Un cas grave de mauvaise gestion au sein d’un organisme public, y compris un abus d’autorité		0	0
• Le fait, par un acte ou une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d’une personne ou à l’environnement		0	0
• Le fait d’ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment		0	0
5. Le nombre total de motifs qui ont fait l’objet d’une vérification par le responsable du suivi des divulgations		0	Sans objet
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivis (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés		Sans objet	0
7. Parmi les divulgations reçues (point 1), le nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c’est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé			Sans objet
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l’article 23 ³	0	0	0

¹ Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.

² Une divulgation peut comporter plusieurs motifs, par exemple, un divulgateur peut invoquer dans sa divulgation que son gestionnaire a utilisé les biens de l'État à des fins personnelles et qu'il a contrevenu à une loi du Québec en octroyant un contrat sans appel d'offre.

³ Le transfert de renseignements au Commissaire à la lutte contre la corruption ou à tout organisme chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois, dont un corps de police et un ordre professionnel, entraînant ou non la fin de la prise en charge de la divulgation par le responsable du suivi est répertorié à ce point.



Les organismes communautaires

Prévenir / Accompagner / Prendre soin

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Prévenir / Accompagner / Prendre soin



Nombres d'organismes communautaires

- 127 organismes communautaires subventionnés par le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC).

Actions reliées au suivi de reddition de comptes

- Soutien-conseil en gestion auprès de deux organismes communautaires;
- Mise à jour des seuils planchers du cadre de référence pour l'application du programme de soutien aux organismes communautaires;
- Répartition régionale du rehaussement de l'enveloppe du PSOC permettant à 57 organismes communautaires de recevoir le financement additionnel en mission globale;
- Validation de la conformité des rapports financiers et des rapports d'activités des organismes communautaires en lien avec la brochure « La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale » et la convention 2015-2018.

Allocations financières régulières versées aux organismes communautaires de chaque MRC

MRC de Kamouraska

Organismes	Enveloppe	
	2018-2019	2017-2018
Arc-en-ciel du cœur	63 506 \$	44 846 \$
Association des personnes handicapées du Kamouraska Est inc.	75 923 \$	56 986 \$
Association kamouraskoise en santé mentale La Traversée	146 771 \$	138 582 \$
Association pocatoise des personnes handicapées inc.	64 885 \$	56 986 \$
Carrefour des jeunes de La Pocatière inc.	97 536 \$	91 042 \$
Centre d'action bénévole Cormoran inc.	214 155 \$	198 650 \$
Centre-Femmes, La Passerelle du Kamouraska	198 120 \$	194 996 \$
La Montée, Centre de prévention et de traitement des dépendances au Bas-Saint-Laurent	256 474 \$	242 155 \$
Maison de la famille du Kamouraska	15 092 \$	14 854 \$
Moisson Kamouraska	78 657 \$	63 179 \$
Quartier-Jeunesse 1995	92 497 \$	91 040 \$
Tandem-Jeunesse	301 819 \$	297 066 \$
Total — MRC de Kamouraska	1 605 435 \$	1 490 382 \$

MRC de Rivière-du-Loup

Organismes	Enveloppe	
	2018-2019	2017-2018
Association des stomisés du Grand-Portage	10 720 \$	10 551 \$
Association du trouble primaire du langage de l'Est	48 866 \$	48 096 \$
Association Multi-défis	92 056 \$	75 565 \$
Carrefour d'initiatives populaires de Rivière-du-Loup	87 137 \$	73 441 \$
Centre d'action bénévole des Seigneuries inc.	229 615 \$	225 999 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) du KRTB	133 884 \$	131 776 \$
Centre de prévention suicide du KRTB	183 261 \$	172 525 \$
Centre d'entraide l'Horizon de Rivière-du-Loup	162 953 \$	160 387 \$
Centre-Femmes du Grand-Portage	198 120 \$	194 997 \$
Centre-Jeunes de Cacouna	60 278 \$	52 180 \$
Comité d'accompagnement La Source inc.	45 564 \$	44 846 \$
Corporation de l'Entre-jeunes de Rivière-du-Loup	93 168 \$	91 701 \$
Corporation du comité jeunesse 1997	61 957 \$	40 901 \$
Justice alternative du KRTB inc.	191 766 \$	188 746 \$
Les Diabétiques-Amis du KRTB	67 223 \$	47 002 \$
Les Grands Amis du KRTB	63 506 \$	44 846 \$
Maison des jeunes de Saint-Épiphanie	90 177 \$	83 366 \$
Maison de la famille du Grand-Portage	10 117 \$	0 \$
Maison d'hébergement La Bouffée d'air du KRTB	454 885 \$	447 721 \$
Trajectoires Hommes du KRTB	215 104 \$	211 717 \$
Total — MRC de Rivière-du-Loup	2 500 357 \$	2 346 363 \$

MRC de Témiscouata

Organismes	Enveloppe	
	2018-2019	2017-2018
Association de personnes handicapées Entre-Amis du Témiscouata inc.	83 662 \$	65 899 \$
Centre d'action bénévole région Témis inc.	215 454 \$	212 061 \$
Centre des femmes du Ô Pays	198 120 \$	195 000 \$
Centre des femmes du Témiscouata	198 120 \$	194 999 \$
Cuisines collectives de Cabano	63 371 \$	44 683 \$
Cuisines collectives de Dégelis	63 393 \$	44 710 \$
Cuisines collectives du Haut-Pays	52 136 \$	44 440 \$
L'Autre-Toit du KRTB	685 322 \$	674 530 \$
Maison de la famille du Témiscouata	14 840 \$	14 606 \$
Maison des jeunes « La Piôle »	47 325 \$	38 670 \$
Maison des jeunes « Le coin » de Dégelis	91 223 \$	74 607 \$
Maison des jeunes « Pirana »	99 702 \$	79 388 \$
Maison Entre-Deux de Cabano	58 274 \$	50 091 \$
Place des jeunes de Squatec	56 571 \$	55 680 \$
Source d'espoir Témis inc.	149 312 \$	146 961 \$
Total — MRC du Témiscouata	2 076 825 \$	1 936 325 \$

MRC des Basques

Organismes	Enveloppe	
	2018-2019	2017-2018
Association de personnes handicapées l'Éveil des Basques inc.	92 774 \$	76 393 \$
Centre d'aide aux proches aidants des Basques inc.	25 051 \$	0 \$
Centre d'action bénévole des Basques inc.	141 277 \$	139 052 \$
Centre-femmes Catherine Leblond inc.	198 120 \$	195 000 \$
Corporation de la maison des jeunes de Trois-Pistoles inc.	104 059 \$	89 390 \$
Cuisine collective Croc-Ensemble des Basques	43 262 \$	42 581 \$
Périscopes des Basques	110 591 \$	108 849 \$
Total — MRC des Basques	715 134 \$	651 265 \$

MRC de Rimouski-Neigette

Organismes	Enveloppe	
	2018-2019	2017-2018
Association de la déficience intellectuelle de la région de Rimouski	63 506 \$	44 846 \$
Association des personnes ACVA-TCC du BSL	131 835 \$	121 380 \$
Association des personnes handicapées visuelles du Bas-Saint-Laurent	117 873 \$	111 085 \$
Association du cancer de l'Est-du-Québec	36 211 \$	35 641 \$
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) — Bas-Saint-Laurent inc.	13 580 \$	13 366 \$
Autisme de l'Est-du-Québec	124 972 \$	110 173 \$
Aux Trois Mâts	113 323 \$	100 059 \$
Centre d'action bénévole Rimouski-Neigette	316 701 \$	311 714 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) de Rimouski	280 735 \$	276 314 \$
Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent	947 116 \$	932 201 \$
Centre périnatal Entre Deux Vagues	222 962 \$	219 451 \$
Centre polyvalent des aînés et aînées de Rimouski-Neigette	31 820 \$	22 885 \$
Centre-Femmes de Rimouski	198 226 \$	195 104 \$
Contre toute agression conjugale (C-TA-C)	215 104 \$	211 717 \$
Diabète Bas-Saint-Laurent inc.	68 162 \$	60 420 \$
Entraide le Rameau Rimouski	68 281 \$	54 662 \$
Justice alternative de l'Est	216 983 \$	213 566 \$
L'Arrimage, Centre de traitement des dépendances	331 914 \$	326 687 \$
La Débrouille	756 903 \$	744 983 \$
La Lueur de l'espoir du Bas-Saint-Laurent inc.	266 925 \$	262 721 \$
Le Répit du passant inc.	303 115 \$	298 342 \$
Les Grands Amis de Rimouski	54 787 \$	53 924 \$

Organismes	Enveloppe	
	2018-2019	2017-2018
Loisirs de jeunesse (Rimouski) inc.	381 033 \$	375 032 \$
M.A.I.N.S. Bas-Saint-Laurent	113 406 \$	106 474 \$
Maison des jeunes de Pointe-au-Père	60 095 \$	59 149 \$
Maison des jeunes de Rimouski	117 090 \$	115 246 \$
Maison des jeunes du Bic	103 505 \$	91 701 \$
Moisson Rimouski-Neigette inc.	75 481 \$	74 292 \$
PLAIDD-BF	213 572 \$	205 003 \$
Popote le Gourmet Roulant inc.	28 169 \$	27 725 \$
Pro-Jeune-Est Rimouski-Neigette	76 115 \$	74 916 \$
Regroupement des dynamiques de Rimouski	40 934 \$	40 289 \$
Regroupement des organismes communautaires en santé mentale Bas-du-Fleuve (ROCASM-BF)	14 953 \$	14 718 \$
Répit-Loisirs Autonomie	145 346 \$	132 954 \$
Ressource d'aide aux personnes handicapées du Bas-Saint-Laurent — Gaspésie — Îles-de-la-Madeleine	62 410 \$	40 217 \$
Santé mentale Québec — Bas-Saint-Laurent	316 477 \$	311 493 \$
Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi (SAME)	59 015 \$	51 738 \$
Société canadienne de la sclérose en plaques — section Bas-Saint-Laurent	19 760 \$	19 449 \$
Table régionale des organismes communautaires du Bas-Saint-Laurent (TROC-BSL)	130 774 \$	123 788 \$
Total — MRC de Rimouski-Neigette	6 839 169 \$	6 585 425 \$

MRC de La Mitis

Organismes	Enveloppe	
	2018-2019	2017-2018
Centre d'action bénévole de La Mitis	230 961 \$	212 326 \$
Centre femme de La Mitis	198 120 \$	194 996 \$
Le Groupe de personnes handicapées Les Alcyons inc.	89 606 \$	72 744 \$
Maison de l'Espoir de Mont-Joli inc.	310 534 \$	299 064 \$
Maison des jeunes de Mont-Joli inc.	199 618 \$	196 474 \$
Maison des tournesols	154 734 \$	152 297 \$
Parkinson Bas-Saint-Laurent	11 256 \$	11 079 \$
Pivot-Famille Mitis	14 491 \$	14 263 \$
Unité Domrémy de Mont-Joli	93 388 \$	81 005 \$
Total — MRC de La Mitis	1 302 708 \$	1 234 248 \$

MRC de La Matapédia

Organismes	Enveloppe	
	2018-2019	2017-2018
Centre d'action bénévole de la Vallée de La Matapédia	184 965 \$	182 052 \$
Centre de femmes de la Vallée de La Matapédia inc.	198 120 \$	194 996 \$
Centre Éclosion inc.	27 255 \$	11 444 \$
Grands Amis de la Vallée	62 660 \$	43 823 \$
La Jeunathèque d'Amqui inc.	110 696 \$	108 953 \$
La Maison des jeunes de Causapscal	76 569 \$	75 363 \$
La Maison des jeunes de Sayabec	98 168 \$	91 701 \$
La Maison des jeunes de Val-Brillant	41 821 \$	41 162 \$
Les Amirams de la Vallée inc.	90 067 \$	73 275 \$
Moisson Vallée Matapédia	68 857 \$	62 181 \$
Rayon de partage en santé mentale	146 506 \$	138 277 \$
Total — MRC de La Matapédia	1 105 684 \$	1 023 227 \$

MRC de La Matanie

Organismes	Enveloppe	
	2018-2019	2017-2018
Centre alternatif en santé mentale et sociale Le Marigot de Matane	151 599 \$	144 143 \$
Centre communautaire pour aînés Relais santé Matane	84 547 \$	66 397 \$
Centre d'action bénévole de la région de Matane inc.	178 770 \$	175 955 \$
Centre régional ADH « Le Tremplin »	304 716 \$	292 939 \$
La Cuisine collective de la région de Matane	57 067 \$	49 672 \$
Parent d'abord MRC de Matane	6 604 \$	0 \$
La Gigogne inc.	721 039 \$	709 684 \$
L'Association des handicapés gaspésiens	64 648 \$	63 630 \$
Les Grands Amis de la région de Matane	42 609 \$	34 332 \$
Maison des jeunes de Matane	126 509 \$	115 246 \$
Maison des jeunes Le Refuge Jeunesse	82 823 \$	64 931 \$
Regroupement des femmes de la région de Matane	198 120 \$	194 996 \$
Société Alzheimer du Bas-Saint-Laurent	207 943 \$	241 341 \$
Total — MRC de La Matanie	2 226 994 \$	2 153 266 \$

Sous total des allocations régulières versées aux organismes communautaires

	Enveloppe	
	2018-2019	2017-2018
Sous-total	18 372 306 \$	17 420 501 \$

Autres organismes

	Enveloppe	
	2018-2019	2017-2018
Service régional d'interprétariat de l'Est-du-Québec inc.	55 874 \$	54 994 \$
Total — autres organismes	55 874 \$	54 994 \$

Total des allocations régulières versées aux organismes communautaires

	Enveloppe	
	2018-2019	2017-2018
Total global	18 428 180 \$	17 475 495 \$
Nombre total d'organismes subventionnés	127	124

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



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

Prévenir / Accompagner / Prendre soin

ANNEXE — CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



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

Adopté par le conseil
d'administration en mars 2016

Préambule

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

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

Section 1 — Dispositions générales

1. Objectifs généraux

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de

compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration :

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

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

2. Fondement légal

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du

conseil d'administration repose notamment sur les dispositions suivantes :

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132,3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

Faute grave : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables

au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.

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

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

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

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

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

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

Renseignements confidentiels : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

Section 2 — Principes d'éthique et règles de déontologie

7. Principes d'éthique

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

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

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime

d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et proscrit.

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

8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habiletés et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

8,3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 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, de l'utilisation des médias sociaux

et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci.

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

8.10 Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou

tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 — Conflit d'intérêts

9. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
10. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de

déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

- a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
- b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
- c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
- d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
- e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

12. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire Déclaration des intérêts du membre de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil

d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

13. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire Déclaration de conflit d'intérêts de l'annexe V.

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

15. La donation ou le legs faits 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 moment 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'acquiescer 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 une violation de la 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 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 :

- d) un état des faits reprochés;
- e) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
- f) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
- g) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

19,9 Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

19.10 Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.11 Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.

19,12 Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19,13 Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la Loi sur les archives (RLRQ, chapitre A-21.1).

20. Notion d'indépendance

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire *Avis de bris du statut d'indépendance* de l'annexe II du présent Code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

21. Obligations en fin du mandat

Dans le cadre du présent document, le membre de conseil d'administration doit, après la fin de son mandat :

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

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

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

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

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

Signature

Date

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

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

Signature

Date

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié ou liée par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

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

Signature

Date

Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

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

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

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

Signature

Date

Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

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

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

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

Je, soussigné, _____, estime que le membre suivant :

_____,

est en situation de conflit d’intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

Signature

Date

Lieu

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

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

Signature

Date

Lieu

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-84845-5 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-84823-3 (version PDF)

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

Québec 