RAPPORT ANNUEL
DE GESTION

2018
2019

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Gaspésie

Québec

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

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

Le *Rapport annuel de gestion 2018-2019* a été adopté par le conseil d'administration lors de la séance régulière du 13 juin 2019, tenue à Chandler.

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

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

TABLE DES MATIÈRES

Le message des autorités 1
La déclaration de fiabilité des données 5
La présentation de l'établissement 7
Le portrait de santé et de bien-être de la population 13
Les déterminants de la santé 14
L'état de santé de la population 18
Le portrait statistique 25
La mission centre hospitalier 26
La mission CHSLD 28
Les services de soutien à domicile 28
Les services jeunesse 29
Les services en déficience physique, trouble du spectre de l'autisme et déficience intellectuelle 30
Le Programme d'évaluation et de traitement des auteurs d'agression sexuelle (PETRAAS) 31
Le conseil d'administration 33
Les comités, conseils et instances consultatives 35
Les faits saillants du CISSS de la Gaspésie 41
Prix, hommages et rayonnement 55
Prix 56
Rayonnement 57
Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité 59
Chapitre III : Les attentes spécifiques 60
Chapitre IV : Les engagements annuels 64
Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité 69
L'agrément 70
Les visites d'évaluation et les sondages de satisfaction 70
La sécurité des soins et des services 75
Comité de vigilance et de la qualité 85
Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement 86
L'application de la Politique portant sur les soins de fin de vie 89
Les ressources humaines 91
Les ressources financières 95
L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant 99
La divulgation des actes répréhensibles 103
Divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics 104
Les organismes communautaires 105
Le nombre d'organismes communautaires subventionnés par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) 106
Annexe – Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs 113

LISTE DES ACRONYMES

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

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

Le message des autorités

Bonjour à chacun et à chacune d'entre vous,

L'année 2018-2019, quatrième année de mise en place du CISSS de la Gaspésie, marque assurément la plus grande transformation connue dans le réseau de santé et des services sociaux. Malgré le grand défi de la disponibilité des ressources humaines, des efforts importants et très intenses ont été faits pour pérenniser nos services et développer l'ensemble de l'organisation. Nos efforts conjugués continuent toujours de s'inscrire dans l'axe des principes directeurs défendus avec conviction, entre autres, par les administrateurs et l'ensemble de la direction soit de maintenir :

- la qualité des services;
- la proximité des services;
- la préservation des acquis et le développement des services, selon les besoins populationnels.

Pour une quatrième année consécutive, nous avons réussi à maintenir l'équilibre financier. Nous sommes conscients que plusieurs facteurs ont influencé le résultat financier. Cependant, la rigueur de tous les jours demeure la condition gagnante à l'atteinte des résultats financiers.

En lien avec nos orientations premières, nous avons travaillé à la mise en place des meilleures pratiques du CISSS de la Gaspésie. Pensons notamment à l'hémodialyse, à l'intégration de tous les petits JIMMY de la Gaspésie, ainsi qu'aux nombreux projets porteurs comme : Patient-partenaire, Une saison à la fois, Un pont vers la maison et Faisons équipe contre le cancer, pour ne nommer que ceux-là.

Le CISSS de la Gaspésie a également rayonné à l'échelle provinciale comme grand gagnant du concours « Pleins feux sur l'initiative en SST » grâce au service exceptionnel de prêts d'équipements au SEGA du réseau local de services (RLS) du Rocher-Percé. Nous avons également reçu le Prix d'excellence du réseau de santé et des services sociaux avec « Faisons équipe contre le cancer ». De plus, nous nous sommes démarqués en matière de gestion et de performance intégrées. Toutefois, ce qui nous rend tous le plus fiers, ce sont les commentaires des usagers qui, en grande majorité, se disent satisfaits de l'accueil et du professionnalisme lorsqu'ils reçoivent des soins et des services au CISSS de la Gaspésie.

Actuellement, nous travaillons à améliorer nos milieux de travail afin de mettre en place des conditions gagnantes pour nos travailleurs. Cette année, des investissements majeurs de plus de 114 millions de dollars sont destinés au renouvellement d'équipements ainsi qu'à la refonte d'infrastructures, et ce, dans tous les RLS. Ces nombreux projets permettront aux employés et aux médecins de travailler de façon sécuritaire, avec des équipements et dans des lieux atteignant des standards de qualité supérieure. Un vent de fraîcheur indéniable découlera de ces améliorations. Ces investissements seront bénéfiques pour la rétention et l'attraction du personnel et la population en sera elle aussi avantagée.

2018-2019 a été l'année de la négociation des conventions collectives. Les représentants désignés, tant du côté employeur que du côté syndical, ont travaillé sans relâche, et ce, pendant plusieurs mois, à convenir de conditions de travail qui projettent le personnel dans un futur optimiste et rassurant.

Dans un autre ordre d'idée, nous profitons de l'occasion pour signifier l'importance de notre première visite d'un cycle de 5 années d'Agrément Canada, au mois de mai dernier. À terme, cette première évaluation nous permettra de comparer nos résultats avec d'autres CISSS semblables.

Pour terminer, l'enjeu présent durant toute l'année et qui demeure au cœur de nos préoccupations est certainement le défi des ressources humaines. Avec les manques d'effectifs qui se produisent malheureusement trop souvent, nous sommes conscients que certains employés vivent des situations difficiles liées à cet enjeu important. Nous comprenons ces inquiétudes et c'est pourquoi nous travaillons activement et de concert avec les représentants de tous les groupes à trouver des solutions nouvelles dans le but d'assurer l'avenir et pour mieux vous soutenir.

Nous répétons souvent que la priorité de l'organisation réside dans la qualité des soins et des services offerts à la population. Or, pour que cette priorité soit respectée, il nous faut du personnel heureux et en quantité suffisante. Comme le dit l'adage, « des employés heureux font des clients heureux! » Nous profitons de cette tribune pour vous remercier de votre dévouement et de votre travail acharné.

Ainsi, tous peuvent être très fiers de l'immense travail accompli surtout dans un contexte de pénurie de ressources humaines. Nous avons réussi de très beaux succès, que ce soit par notre offre de service ou par la performance de services de soutien.

Nous voulons saluer le travail colossal des employés, des gestionnaires et des médecins du CISSS de la Gaspésie. Votre engagement et votre dévouement ajouté à vos compétences sont les leviers principaux pour une offre de service de qualité à l'ensemble de la population.

Merci à nos bénévoles qui donnent sans compter leur temps afin d'améliorer la qualité du service aux usagers. Merci à nos partenaires communautaires et municipaux, ainsi qu'à nos partenaires des différents réseaux (éducation, etc.) qui travaillent sans relâche avec nous à la santé et au bien-être de la population gaspésienne. Merci à nos bénévoles des comités des usagers, des comités de résidents et des fondations qui travaillent en étroite collaboration avec nous.

Pour terminer, nous soulignons également l'implication et l'engagement constant des membres du conseil d'administration qui donnent bénévolement de nombreuses heures à la gouverne de notre CISSS.

Bonne lecture!

La présidente-directrice générale,

Chantal Duguay

Le président du conseil d'administration,

Richard Loiselle

La déclaration de fiabilité des données

Les renseignements contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité.

Tout au long de l'exercice, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus de manière à assurer la réalisation des objectifs à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Un examen sur le caractère plausible et sur la cohérence de l'information présentée dans ce rapport a été fait par la direction de l'audit interne. Un rapport a été produit à cet effet.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2018-2019 du CISSS de la Gaspésie :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce rapport annuel de gestion (ou rapport annuel d'activités) ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elles se présentaient au 31 mars 2019.

La présidente-directrice générale,

Chantal Duguay

La présentation de l'établissement

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

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

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

La mission

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

La vision

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

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

- **L'accessibilité des soins et des services**, ce qui suppose de fournir les soins et les services requis, à l'endroit et au moment opportuns, mais également d'assurer un accès équitable à ceux-ci, en fonction des seuls besoins des personnes, sans égard à des caractéristiques personnelles comme le revenu, l'éducation, le lieu de résidence, etc.

- **La qualité des soins et des services offerts**, ce qui implique que ceux-ci soient efficaces (c'est-à-dire de nature à améliorer la santé et le bien-être) et sécuritaires. On doit aussi pouvoir les adapter aux attentes, aux valeurs et aux droits des usagers (réactivité) et les fournir de manière coordonnée et intégrée (continuité).

- **L'optimisation des ressources**, ce qui demande de savoir utiliser les ressources disponibles de façon efficiente, mais aussi d'une manière à en assurer la pérennité (viabilité).

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

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

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

Enjeu 1 : **De nouveaux gains en matière de santé de la population**
Orientation : *Favoriser les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes de santé*
Les axes : Habitude de vie
Prévention des infections

Enjeu 2 : **Un système centré sur les usagers et adapté à leurs besoins**
Orientation : *Offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité au bénéfice des usagers*
Les axes : Première ligne et urgence
Services spécialisés
Sécurité et pertinence
Personnes âgées
Personnes vulnérables

Enjeu 3 : **Des ressources mobilisées vers l'atteinte de résultats optimaux**
Orientation : *Implanter une culture d'organisation innovante et efficiente dans un contexte de changement*
Les axes : Mobilisation du personnel
Organisation efficiente

Les valeurs

Les valeurs du CISSS de la Gaspésie sont :

- **La prévoyance :** consiste à faire preuve de sensibilité et d'ouverture afin de mieux voir venir. La prévoyance, c'est l'attention que l'on porte à la clientèle, à ses proches, aux autres personnes, aux choses, aux situations et aux décisions en anticipant les événements à venir et en considérant leurs impacts sur la clientèle. La prévoyance nous aide, dans des contextes empreints d'incertitudes, à anticiper, à prendre les précautions nécessaires et à prévoir ce qui est préférable et meilleur pour que l'expérience de notre client soit la plus positive possible.

- **La bienveillance :** action d'exercer une vigilance permanente sur le bien-être de sa clientèle. Agir avec bienveillance, c'est anticiper, dans un état d'esprit d'indulgence et de compréhension, afin que le processus de soins ou de services se passe le mieux possible. La bienveillance suppose aussi que cette vigilance s'exerce dans un souci de bien-être professionnel de ses collègues, sur l'efficacité de l'équipe de travail et sur la cohérence par rapport aux valeurs de l'organisation.

- **La collaboration :** travailler et réfléchir avec la clientèle et ses collègues dans un sens commun en s'associant ensemble. Agir en partenariat avec la clientèle et son entourage, ainsi qu'avec ses collègues de travail, dans la recherche de la collaboration. Celle-ci encourage l'introspection de comportements visant la meilleure performance possible. Elle vise une communication efficace dans une perspective de savoir-être ensemble.

- **La compétence :** qualification professionnelle qui se décline en savoir (connaissances), en savoir-faire (pratiques) et en savoir-être (comportements relationnels) mobilisable, qui s'acquiert dans l'action et qui est nécessaire à l'exercice d'une activité professionnelle.

- **Le respect :** considération que doit recevoir une personne en raison de la valeur humaine qu'on lui reconnait et qui nous porte à nous conduire envers elle avec politesse, tact et diplomatie. Le respect implique des comportements empreints de discrétion dans un environnement attentif de la vie privée de la personne. Le respect sous-entend également une capacité à exploiter la richesse des différences, des forces et des ressources de la personne.

Les axes de la gouvernance

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

L'expérience patient (accessibilité, équité d'accès, réactivité);
Le continuum de service (intégration et continuité);
La gestion efficiente des ressources (efficience, viabilité, efficacité);
La mobilisation;
La qualité et la sécurité.

LE RÉSEAU DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CISSS DE LA GASPÉSIE
HÔPITAL DE SAINTE-ANNE-DES-MONTS
MARSOUI
SAINTE-ANNE-DES-MONTS
MONT-LOUIS
GRANDE-VALLÉE
RIVIÈRE-AU-RENARD
CAP-CHAT
RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE LA HAUTE-GASPÉSIE
MURDOCHVILLE
HÔPITAL DE GASPÉ
(siège social du CISSS de la Gaspésie)
GASPÉ
RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE LA CÔTE-DE-GASPÉ
BARACHOIS
PERCÉ
RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DU ROCHER-PERCÉ
RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE LA BAIE-DES-CHALEURS
CHANDLER
HÔPITAL DE CHANDLER
MARIA
GASCONS
SAINT-OMER
CAPLAN
NEW CARLISLE
PASPÉBIAC
POINTE-À-LA-CROIX
LISTUGUJ
HÔPITAL DE MARIA
MATAPÉDIA
BONAVENTURE
GROSSE-ÎLE
RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DES ÎLES-DE-LA-MADELEINE
FATIMA
CAP-AUX-MEULES
ÎLE-D'ENTRÉE
BASSIN
LÉGENDE
HÔPITAL
CLSC
CENTRE D'HÉBERGEMENT
POINT DE SERVICE RÉADAPTATION
POINT DE SERVICE JEUNESSE
GROUPE DE MÉDECINE FAMILIALE ET GROUPE DE MÉDECINE FAMILIALE UNIVERSITAIRE

Organigramme de la haute direction

CISSS de la Gaspésie

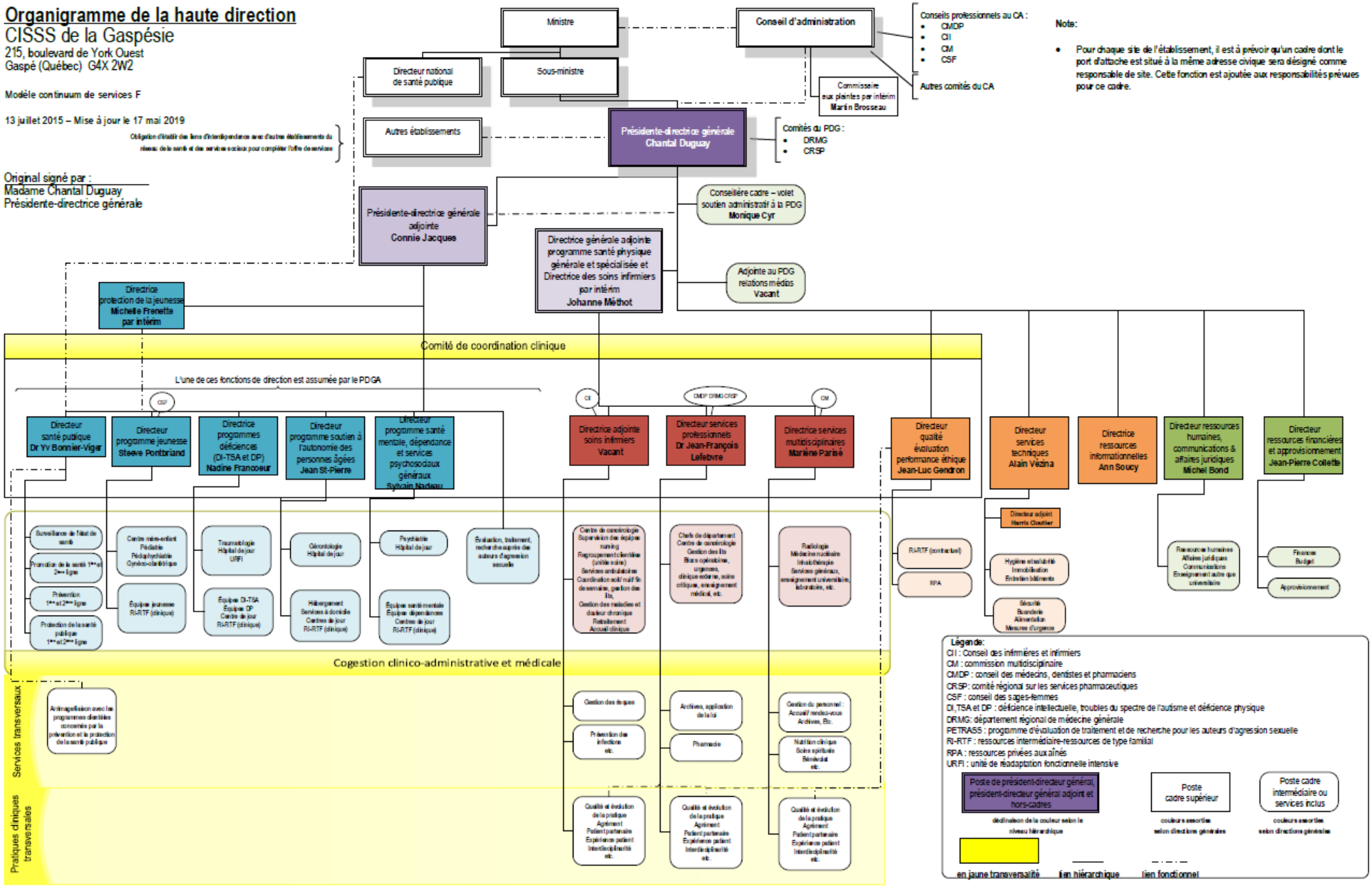
215, boulevard de York Ouest
Gaspé (Québec) G4X 2W2

Modèle continuum de services F

13 juillet 2015 – Mise à jour le 17 mai 2019

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

Original signé par :
Madame Chantal Duguay
Présidente-directrice générale



Note:

- Pour chaque site de l'établissement, il est à prévoir qu'un cadre dont le port d'attache est situé à la même adresse civique sera désigné comme responsable de site. Cette fonction est ajoutée aux responsabilités prévues pour ce cadre.

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

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

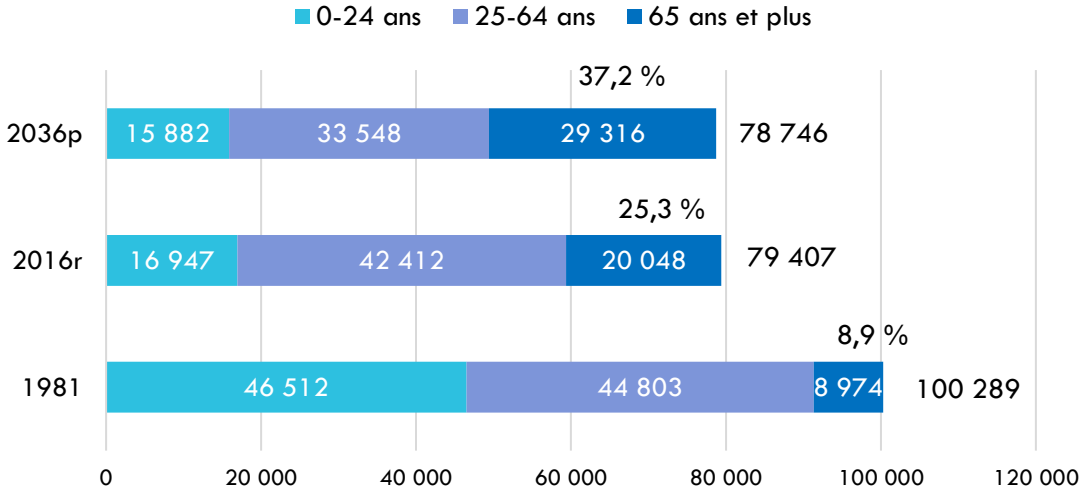
LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

La démographie

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

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

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

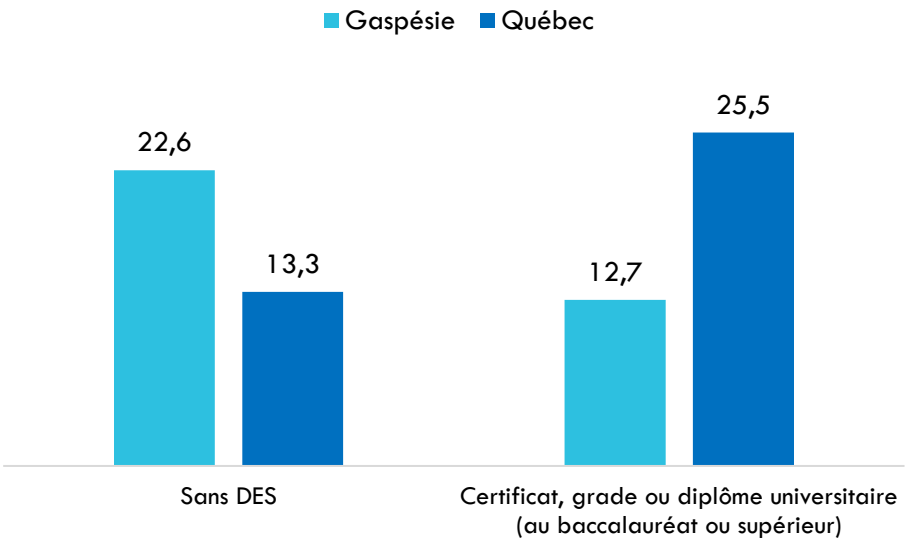


r : donnée révisée
p : projection
Sources : 1981 et 2036 : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014, données extraites de l'Infocentre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

Les conditions sociales

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

Proportion (en %) des 25-64 ans sans diplôme d'études secondaires et proportion avec un certificat, grade ou diplôme universitaire, Gaspésie et Québec, 2016



Source : Statistique Canada, Recensement 2016.

Les conditions économiques

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

Indicateurs économiques, Gaspésie et Québec

Indicateur	Gaspésie	Québec
Taux d'emploi 15 ans et plus, 2016	44,6 %	59,5 %
Taux de chômage population active 15 ans et plus, 2016	16,0 %	7,2 %
Taux d'assistance sociale moins de 65 ans, mars 2018	8,5 %	5,9 %
Revenu annuel disponible par habitant, 2016	25 009 $	27 723 $

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

L'environnement social

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

Le bruit dans l'environnement

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

L'usage de la cigarette

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

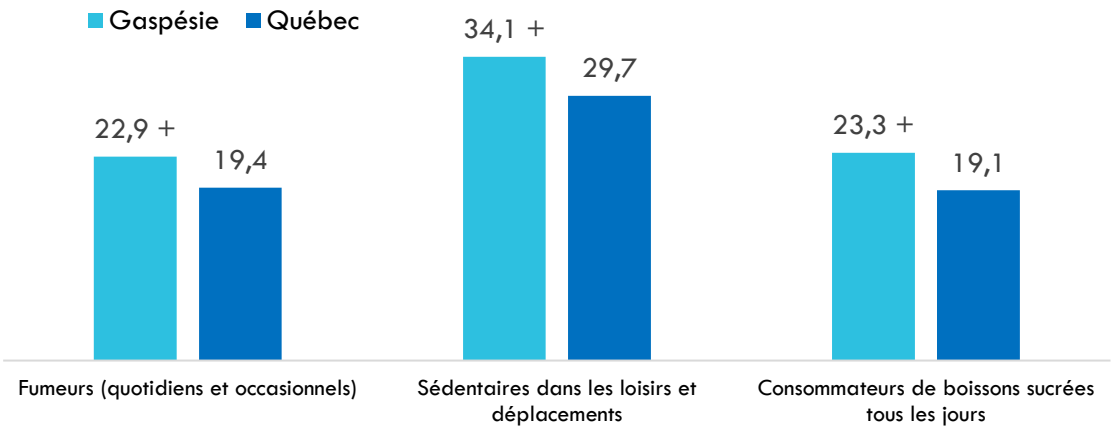
La pratique d'activités physiques

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

La consommation de boissons sucrées et de fruits et légumes

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

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



\+ Valeur significativement supérieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015*, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Le poids et l'image corporelle

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

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

Les comportements des conducteurs

Les données de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) indiquent que le taux d'infractions reliées à l'alcool a diminué entre 2004 et 2016 en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Malgré cela, ce type d'infractions demeure plus fréquent dans la région qu'au Québec en 2016 (227 infractions pour 100 000 titulaires de permis de conduire contre 153). Par contre, encore en 2016, le taux d'infractions pour excès de vitesse en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est inférieur à celui du Québec (résultats non illustrés).

Le recours aux services préventifs

En 2014-2015, la Gaspésie obtient, comparativement au Québec, une plus forte proportion de personnes de 18 ans et plus dont on a pris la tension artérielle lors de leur dernière visite médicale il y a moins d'un an (89,9 % contre 85,3 % au Québec). Elle compte aussi une proportion supérieure de femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de dépistage du cancer du col utérin (test de Pap) au cours des 3 dernières années (71,7 % contre 67,3 %). Quant à la proportion de Gaspésiennes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie de dépistage du cancer du sein dans le cadre du PQDCS au cours des années 2016 et 2017, elle ne se différencie pas de celle du Québec (59,1 % contre 58,9 %).

Indicateurs du recours aux services préventifs, Gaspésie et Québec

Indicateur	Gaspésie	Québec
Population de 18 ans et plus dont la tension artérielle a été prise à la dernière visite médicale il y a moins d'un an, 2014-2015	89,9 % +	85,3 %
Femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de dépistage du cancer du col utérin au cours des 3 dernières années, 2014-2015	71,7 % +	67,3 %
Femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie de dépistage du cancer du sein (PQDCS), au cours des 2 années 2016 et 2017	59,1 %	58,9 %

+ Valeur significativement supérieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05.
Sources : Tension artérielle et test de Pap : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015*, données extraites de l'Infocentre par la Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Mammographie de dépistage : Système d'information du PQDCS, Institut national de santé publique du Québec, extraction du 13 mai 2019, données extraites de l'Infocentre de santé publique par la DSP GÎM.

Récapitulatifs des résultats de la Gaspésie comparativement au Québec

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

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

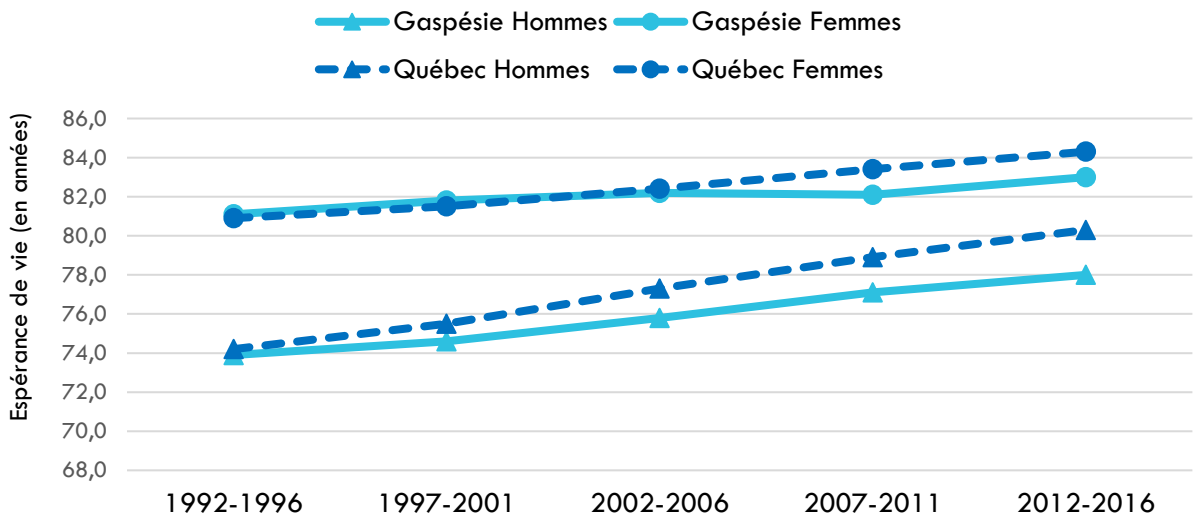
Écarts en faveur de la Gaspésie	Aucune différence entre la Gaspésie et le Québec	Écarts en faveur du Québec
• Satisfaction de sa vie sociale • Dérangement à cause du bruit dans l'environnement • Qualité du sommeil perturbée par le bruit • Prise de la tension artérielle • Dépistage du cancer du col utérin (test de Pap)	• Mammographie de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	• Vieillissement • Scolarité • Taux d'emploi • Taux de chômage • Taux d'assistance sociale • Revenu disponible • Usage de la cigarette • Pratique d'activités physiques • Consommation de boissons sucrées • Embonpoint et obésité
Écarts en faveur de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	**Aucune différence entre la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Québec**	**Écarts en faveur du Québec**
• Soutien social • Sentiment d'appartenance à sa communauté • Infractions pour excès de vitesse	• Consommation de fruits et de légumes	• Infractions reliées à l'alcool

L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

L'espérance de vie à la naissance

Depuis le début des années 90, l'espérance de vie des hommes de la Gaspésie a augmenté de plus de 4 ans et celle des femmes de presque 2 ans, si bien qu'en 2012-2016, les hommes et les femmes de ce territoire peuvent s'attendre à vivre jusqu'à 78,0 ans et 83,0 ans respectivement. Les Gaspésiens accusent un retard à cet égard par rapport aux Québécois (78,0 ans contre 80,3 ans), de même que les Gaspésiennes, comparativement aux Québécoises (83,0 ans contre 84,3 ans).

Espérance de vie à la naissance, Gaspésie et Québec, 1992-1996 à 2012-2016



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

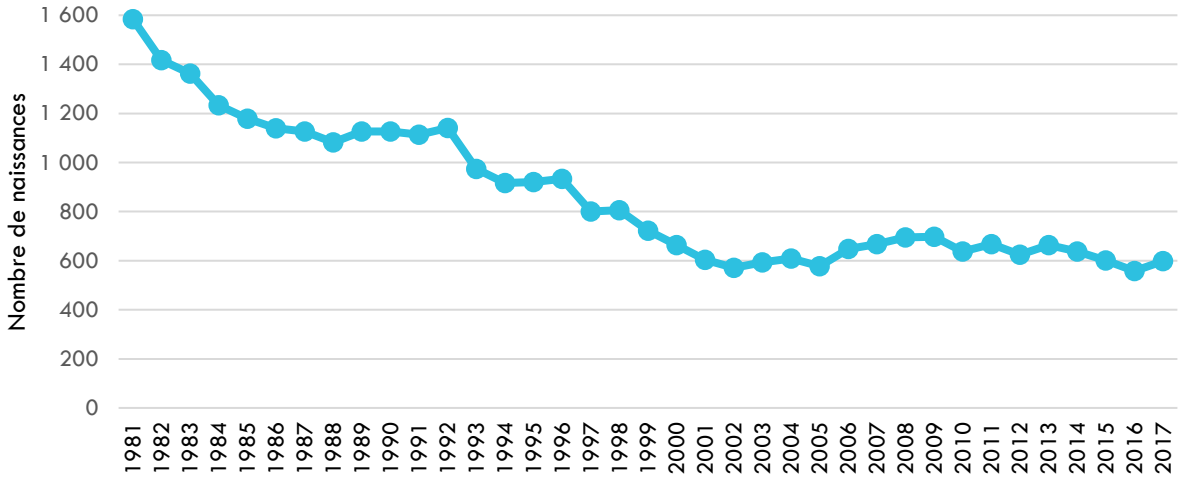
La perception de l'état de santé

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

La prématurité et l'insuffisance de poids à la naissance

Mentionnons d'abord que le nombre de naissances en Gaspésie a connu une baisse notable depuis le début des années 80. En effet, alors que 1 584 bébés voyaient le jour en 1981, ce nombre a diminué à 571 en 2002 pour rester relativement stable jusqu'en 2005. À compter de 2006, la Gaspésie a vu son nombre de naissances augmenter pour atteindre 698 en 2009, mais cette croissance ne s'est pas maintenue et depuis, on assiste plutôt à un déclin des naissances. En 2017, la Gaspésie compte 598 naissances.

Nombre annuel de naissances, Gaspésie, 1981 à 2017



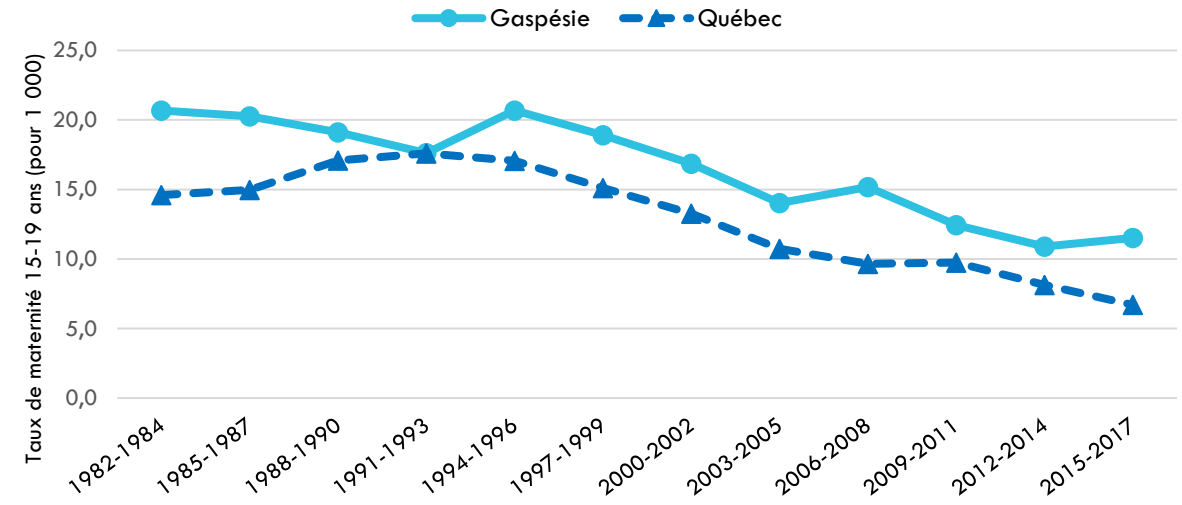
Source : MSSS, Fichier des naissances, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Cela dit, le taux de prématurité, c'est-à-dire la proportion de bébés nés avant 37 semaines de gestation, a connu une hausse relativement marquée entre 1983-1985 et 1998-2000 en Gaspésie en passant de 5,0 % à 10,0 %. Depuis une quinzaine d'années, il est encourageant de constater que ce taux semble vouloir diminuer, comme c'est aussi le cas au Québec (résultats non illustrés). Ainsi, au cours des 3 années 2015-2017, 138 bébés sont nés prématurément en Gaspésie, soit 7,9 % des naissances. Ce taux de prématurité ne se différencie pas de celui du Québec (7,1 %). Quant aux naissances de faible poids (moins de 2 500 grammes), elles ont été au nombre de 115 en 2015-2017 en Gaspésie, pour un taux de 6,5 %. Encore ici, le taux gaspésien ne se distingue pas de celui du Québec (6,0 %).

La maternité à l'adolescence

Traditionnellement, le taux de grossesses chez les jeunes femmes de 15-19 ans en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine s'est toujours maintenu à un niveau moindre que celui du Québec et ceci est encore le cas aujourd'hui. Toutefois, les jeunes femmes de la région comparativement à celles de Québec, ont toujours eu davantage tendance que les jeunes québécoises à poursuivre leur grossesse. Ainsi, malgré un taux de grossesses précoces moindre, le taux de jeunes femmes devenant mères en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a généralement été supérieur sinon égal à celui du Québec, une situation aussi observée en Gaspésie. Plus près de nous, en 2015-2017, 58 jeunes femmes de 15-19 ans en Gaspésie ont donné naissance pour un taux de maternité de 11,5 pour 1 000. Ce taux est supérieur à celui du Québec (6,7 pour 1 000), comme ce fut le plus souvent le cas au cours des 30 dernières années.

Taux de maternité à l'adolescence (15-19 ans), Gaspésie et Québec, 1982-1984 à 2015-2017



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

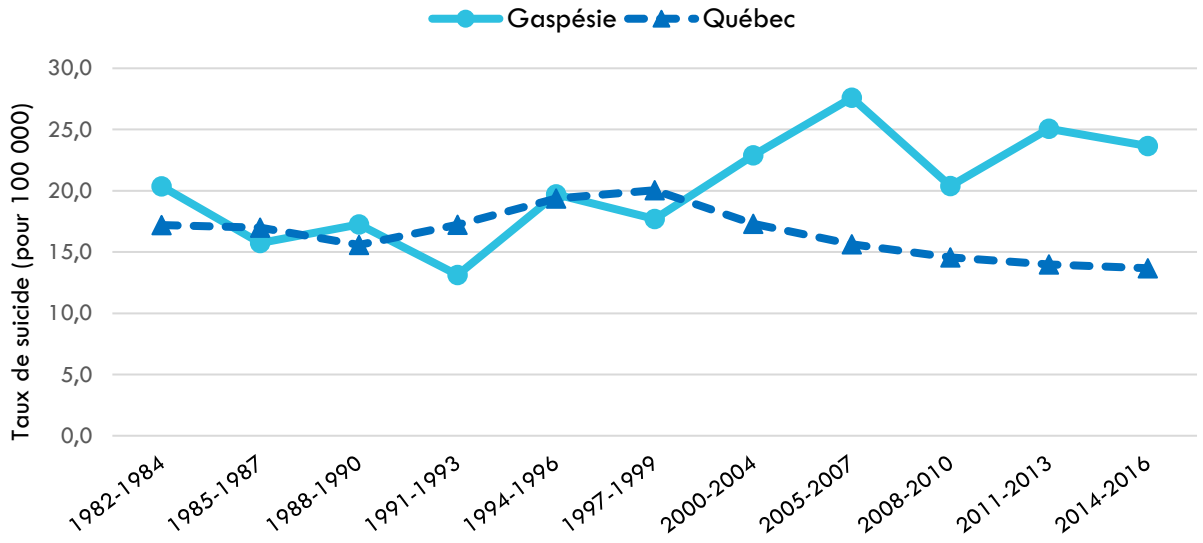
La santé mentale

En 2014-2015, les données de l'EQSP indiquent que 25,3 % de la population de 15 ans et plus en Gaspésie se situe au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Cette proportion est inférieure à celle du Québec, laquelle est de 28,3 %. Par contre, toutes proportions gardées, davantage de personnes en Gaspésie ont reçu un diagnostic de trouble mental en 2016-2017 ou ont été traitées par un médecin pour ce genre de problème (13,9 % contre 12,0 % au Québec) (résultats non illustrés).

Le suicide

Au cours des décennies 80 et 90, le taux de décès par suicide en Gaspésie s'est maintenu au même niveau que celui du Québec, voire même à un niveau inférieur. Or, ceci n'est plus le cas depuis de nombreuses années. En effet, au tournant des années 2000, le taux de suicide au Québec amorçait une baisse, tandis que le taux gaspésien a plutôt eu tendance à poursuivre sa progression. Ainsi, en 2014-2016, 57 personnes se sont enlevées la vie en Gaspésie, donnant à ce territoire un taux de suicide nettement supérieur à celui du Québec (23,6 pour 100 000 contre 13,7).

Taux annuel moyen de décès par suicide (pour 100 000), Gaspésie et Québec, 1982-1984 à 2014-2016



Source : MSSS, Fichier des décès.

La maladie d'Alzheimer et les autres troubles cognitifs majeurs

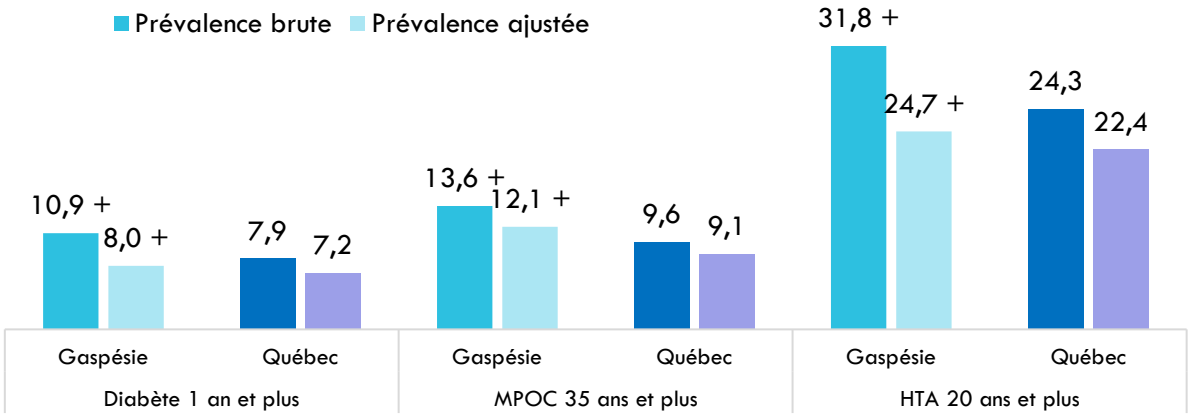
En 2016-2017, selon les données du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), on estime à 1 215 le nombre d'aînés en Gaspésie souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre trouble cognitif majeur, soit 6,0 % des aînés. Cette prévalence est inférieure à celle du Québec, laquelle s'élève à 7,4 %. Cela dit, l'âge étant le principal facteur de risque des maladies dégénératives, l'augmentation importante du nombre d'aînés dans la région, jumelée à l'augmentation de l'espérance de vie, continue et continuera d'accroître, dans les années à venir.

Le diabète

En 2016-2017, selon le SISMACQ, 10,9 % de la population d'un an et plus en Gaspésie souffre de diabète, une proportion supérieure à celle du Québec (7,9 %). Une partie de cette différence est attribuable au fait que la population gaspésienne est plus vieille que celle du Québec, mais une partie seulement, car même lorsqu'on élimine l'effet de l'âge (par le calcul de prévalence ajustée), un écart significatif persiste (8,0 % contre 7,2 %).

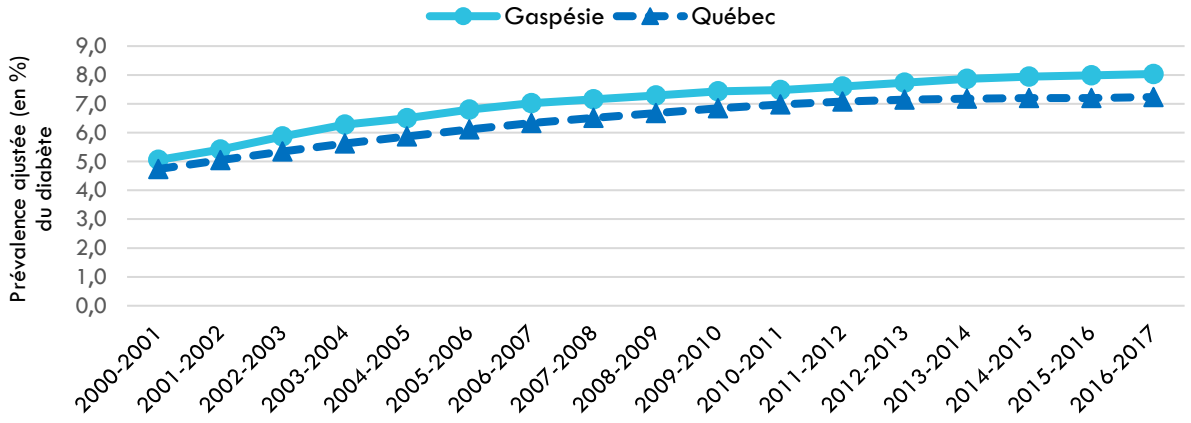
Par ailleurs, on note un ralentissement de la progression du diabète au sein de la population québécoise et même une certaine stabilité de la prévalence dans les dernières années. De son côté, la Gaspésie continue de voir sa prévalence augmenter, bien que la hausse soit moins marquée qu'au début des années 2000. Cela dit, il reste que comme toutes les autres maladies dont la fréquence augmente avec l'âge, le nombre de personnes atteintes de diabète continuera d'augmenter dans les prochaines années en raison du vieillissement qui se poursuivra et de la hausse de l'espérance de vie, et ce, en Gaspésie et au Québec.

Prévalence brute et ajustée (en %) de certaines maladies chroniques, Gaspésie et Québec, 2016-2017



+ Valeur significativement supérieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,01.
Source : Institut national de santé publique du Québec, SISMACQ, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Prévalence ajustée (en %) du diabète dans la population d'un an et plus, 2000-2001 à 2016-2017



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

Les maladies pulmonaires obstructives chroniques

En 2016-2017, 13,6 % des personnes de 35 ans et plus en Gaspésie ont une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Cette prévalence des MPOC est plus élevée que celle du Québec (9,6 %), un écart qui reste vrai quand on élimine l'effet de l'âge (12,1 % contre 9,1 %).

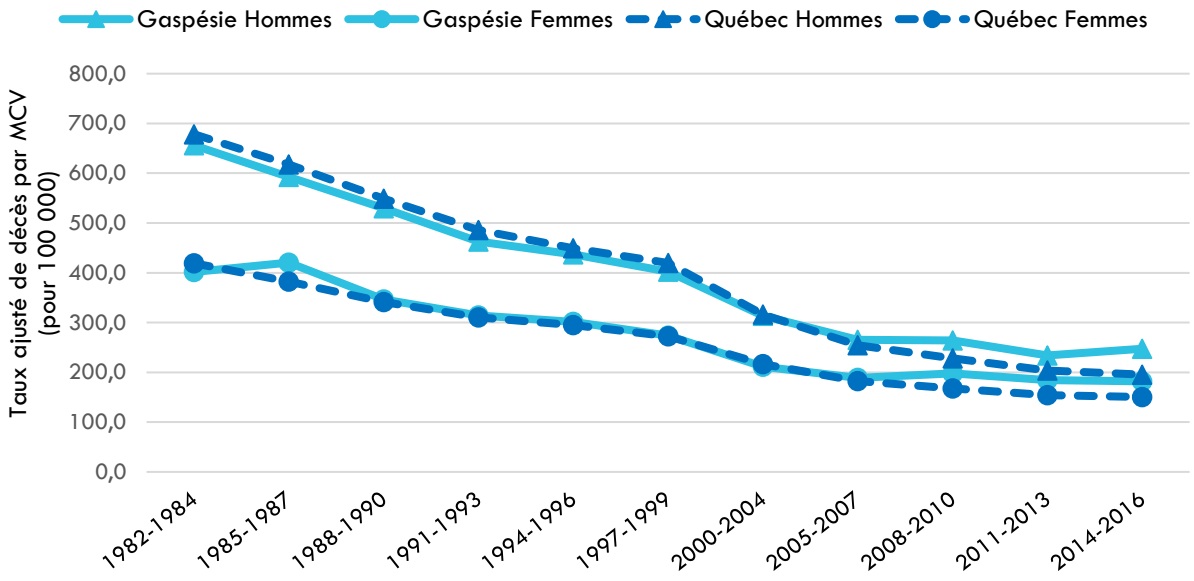
L'hypertension artérielle

Selon les données du SISMACQ, la population de la Gaspésie est plus nombreuse, en proportion, que celle du Québec, à souffrir d'hypertension artérielle (HTA). En 2016-2017, 31,8 % des personnes de 20 ans et plus en Gaspésie sont hypertendues contre 24,3 % au Québec. Encore ici, une bonne partie de cette différence s'explique par le fait que la population gaspésienne est plus âgée que celle du Québec. Néanmoins, une légère différence persiste tout de même quand on élimine l'effet de l'âge (prévalence ajustée : 24,7 % contre 22,4 % au Québec).

Les maladies cardiovasculaires

La mortalité par maladies cardiovasculaires (MCV) a connu une baisse importante depuis le début des années 80, à ce point que ces maladies ont été surpassées par les cancers au chapitre des décès au tournant des années 2000. Mais quoique moins mortelles qu'auparavant, les MCV sont encore responsables d'environ le quart des décès en Gaspésie. Plus précisément, en 2014-2016, 242 personnes sont décédées en moyenne chaque année de ces maladies, pratiquement autant d'hommes (124) que de femmes (118). Avec ces nombres, les Gaspésiens et les Gaspésiennes accusent une surmortalité par rapport aux Québécois et Québécoises (taux ajusté de 248 pour 100 000 contre 196 chez les hommes et 182 pour 100 000 contre 151 chez les femmes.

Taux ajusté de décès par maladies cardiovasculaires (pour 100 000), selon le sexe, 1982-1984 à 2014-2016



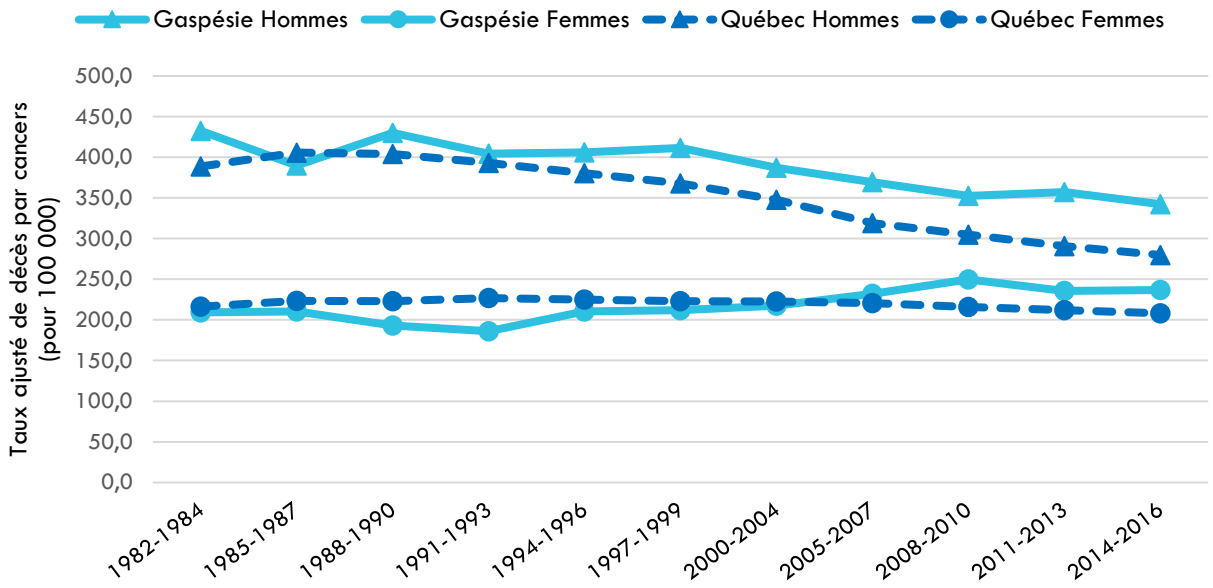
Source : MSSS, Fichier des décès, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Le cancer

Comme nous le disions précédemment, le cancer représente maintenant la première cause de décès en Gaspésie. À lui seul, il est la cause d'environ 34 % des décès, soit 317 décès en moyenne par année. Cela dit, la mortalité par cancer chez les hommes de la Gaspésie est en baisse depuis la fin des années 80, le taux de décès ayant chuté d'environ 24 %. Néanmoins, en 2014-2016, le taux de décès par cancer chez les hommes de la Gaspésie demeure supérieur à celui de leurs homologues provinciaux (342 pour 100 000 contre 280), comme ce fut généralement le cas au cours des 15 dernières années. Cette surmortalité est principalement attribuable au cancer pulmonaire, ce type de cancer étant encore celui qui entraîne le plus de décès en Gaspésie comme au Québec (résultats non illustrés).

Pour ce qui est des femmes, les données des dernières années montrent aussi une surmortalité par cancer chez celles de la Gaspésie par rapport aux Québécoises (237 pour 100 000 contre 208 en 2014-2016). Cette figure illustre par ailleurs une tendance à la hausse de la mortalité par cancer chez les femmes de la Gaspésie du milieu des années 90 jusqu'à la fin de la décennie 2000, laquelle s'est interrompue dans les dernières années. De leur côté, les Québécoises connaissent plutôt une légère régression de leur taux, tout siège confondu. Ajoutons cependant que, tant en Gaspésie qu'au Québec, la mortalité par cancer pulmonaire progresse encore chez les femmes, sans doute les conséquences des habitudes tabagiques des femmes durant les années 70. Puis, comme chez les hommes, le cancer du poumon est le type de cancer faisant le plus de décès chez les femmes, suivi de loin par le cancer du sein. Mentionnons cependant que le cancer du sein fait de moins en moins de décès chez les Québécoises depuis 25 ans, une tendance suivie par les Gaspésiennes depuis environ 15 ans (résultats non illustrés).

Taux ajusté de décès par cancer tout siège confondu (pour 100 000), selon le sexe, 1982-1984 à 2014-2016

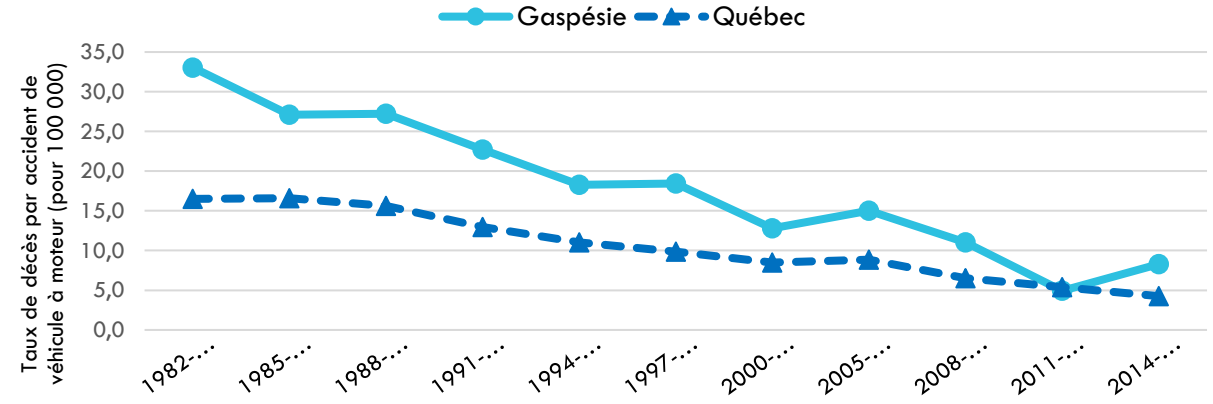


Source : MSSS, Fichier des décès, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Les accidents de véhicule à moteur

En 2014-2016, 20 personnes de la Gaspésie sont décédées dans un accident de véhicule à moteur. Ce nombre correspond à un taux de décès de 8,3[1] pour 100 000, lequel est plus élevé que celui du Québec (4,3 pour 100 000). Néanmoins, à l'image de la situation provinciale, le nombre de décès sur les routes a régressé de manière importante en Gaspésie depuis le début des années 80.

Taux de décès par accident de véhicule à moteur (pour 100 000), Gaspésie et Québec, 1982-1984 à 2014-2016



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

[1] Coefficient de variation entre 16,7 % et 33,3 %, donnée à interpréter avec prudence.

Les chutes chez les aînés

En 2014-2015, selon l'EQSP, on estime à 500 le nombre de personnes de 65 ans et plus en Gaspésie vivant dans un logement non institutionnel, qui se sont blessées à cause d'une chute de façon suffisamment grave pour limiter leurs activités normales. Ce nombre correspond à une prévalence de 2,6 % (donnée très imprécise fournie à titre indicatif seulement), laquelle ne se différencie pas d'un point de vue statistique de celle du Québec (3,8 %). De plus, bien que cette proportion enregistrée chez les aînés soit légèrement inférieure à celle obtenue dans l'ensemble de la population, les chutes après 65 ans sont généralement plus lourdes de conséquences à long terme. D'ailleurs, les aînés sont beaucoup plus susceptibles d'être hospitalisés en raison d'une chute que les autres groupes d'âge et même d'en décéder. À ce sujet, de 2015 à 2017, 373 hospitalisations ont eu lieu en moyenne chaque année chez les personnes de 65 ans et plus en Gaspésie en raison d'une chute accidentelle et un total de 61 sont décédées des suites d'une chute en 2014-2016 (résultats non illustrés).

Les limitations d'activités

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

Récapitulatifs des résultats de la Gaspésie comparativement au Québec

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

Écarts en faveur de la Gaspésie	Aucune différence entre la Gaspésie et le Québec	Écarts en faveur du Québec
• Détresse psychologique • Prévalence de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles cognitifs majeurs	• Prématurité et insuffisance de poids à la naissance • Prévalence du cancer • Prévalence des chutes chez les aînés	• Perception de l'état de santé • Espérance de vie • Maternité à l'adolescence • Prévalence des troubles mentaux • Décès par suicide • Prévalence du diabète, des MPOC et de l'HTA • Décès par MCV • Décès par cancer • Décès par accident de véhicule à moteur
Écarts en faveur de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	**Aucune différence entre la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Québec**	**Écarts en faveur du Québec**
• Grossesses à l'adolescence	• Limitations d'activités	

Le portrait statistique

LA MISSION CENTRE HOSPITALIER

Bloc opératoire

RLS	Nombre total d'interventions en majeur*			Nombre total d'interventions en mineur**			Nombre total d'interventions en endoscopie sans distinction		
	2016 2017	2017 2018	2018 2019	2016 2017	2017 2018	2018 2019	2016 2017	2017 2018	2018 2019
Rocher-Percé	1 137	1 070	1 144	2 741	2 922	2 675	1 960	1 775	1 808
Côte-de-Gaspé	1 336	1 841	1 846	653	343	348	1 804	1 326	1 156
Baie-des-Chaleurs	2 400	2 372	2 930	1 007	2 735	2 629	3 821	4 629	4 165
Haute-Gaspésie	443	316	328	457	576	440	1 115	1 002	966
TOTAL	**5 316**	**5 298**	**6 248**	**4 573**	**5 007**	**6 092**	**8 700**	**8 895**	**8 095**

* Mineur :
- Rocher-Percé : Les données incluent les colposcopies. Un chirurgien a été absent pendant 3 mois.
- Côte-de-Gaspé : Les données n'incluent pas les colposcopies (399).
- Baie-des-Chaleurs : Les données incluent les colposcopies.
- Haute-Gaspésie : Problématique de stabilité en chirurgie générale.

Performance des blocs opératoires

RLS	ANNÉE FINANCIÈRE	SOMMES DES HEURES DISPONIBLES (JOURS OUVRABLES)*	TAUX HEURES PRÉSENCES (8 h à 16 h) **
Côte-de-Gaspé	2018-2019	2 264	83,3 %
	2017-2018	2 472	75,0 %
	2016-2017	2 216	72,0 %
Rocher-Percé	2018-2019	1 261	83,6 %
	2017-2018	1 688	85,8 %
	2016-2017	2 416	81,9 %
Haute-Gaspésie	2018-2019	987	81,0 %
	2017-2018	470	73,0 %
	2016-2017	1 167	74,9 %
Baie-des-Chaleurs	2018-2019	4 345	85,5 %
	2017-2018	3 486	84,0 %
	2016-2017	5 111	86,2 %

* 240 jours – jours fériés – jours période de ralentissement = xxxxx X 8 heures X nombre de salles
** Heures réelles / heures totales x 100 %

ANNÉE FINANCIÈRE	MOYENNE RÉGIONALE
2018-2019	83,4 %
2017-2018	79,5 %
2016-2017	78,8 %

Urgence

Installations	Nombre total de visites			Nombre de visites clientèle ambulatoire			Nombre de visites sur civières			Pourcentage de patients sur civières			Durée moyenne de séjour sur civière		
	2016 2017	2017 2018	2018 2019	2016 2017	2017 2018	2018 2019	2016 2017	2017 2018	2018 2019	2016 2017	2017 2018	2018 2019	2016 2017	2017 2018	2018 2019
Hôpital de Chandler	18 542	16 638	16 748	15 045	13 322	13 477	3 497	3 316	3 271	18,86 %	19,93 %	19,53 %	10,6	9,6	9,7
Hôpital Hôtel-Dieu	16 648	16 096	15 348	13 401	12 921	12 226	3 247	3 175	3 122	19,50 %	19,73 %	20,35 %	9,1	8,9	9,3
CLSC de Grande-Vallée	7 839	7 352	7 352	7 218	6 686	6 553	621	666	799	7,90 %	9,06 %	10,87 %	6,6	6,1	5,1
CLSC de Murdochville	2 661	2 426	2 244	2 549	2 342	2 178	112	84	66	4,20 %	3,47 %	2,95 %	24,7	7,6	7,5
Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts	14 067	15 341	14 698	11 127	12 252	11 622	2 940	3 089	3 076	20,90 %	20,14 %	20,93 %	6,9	7,6	7,4
Hôpital de Maria	18 774	17 010	17 455	14 243	12 406	12 708	4 531	4 604	4 747	24,13 %	27,07 %	27,20 %	17,5	13,2	15,1
CLSC de Paspébiac	15 623	14 756	13 275	11 912	11 237	9 880	3 711	3 519	3 395	23,75 %	23,85 %	25,58 %	6,6	6,0	6,6
TOTAL	**94 154**	**89 619**	**87 120**	**75 495**	**71 166**	**68 644**	**18 659**	**18 453**	**18 476**	**19,82 %**	**20,59 %**	**18,21 %**	**10,6**	**9,2**	**9,8**

Durée moyenne de séjour des urgences

	2016-2017	2017-2018	2018-2019
DMS globale	10,6	9,2	9,8
Pourcentage ≥ 48 heures	1,8 %	0,5 %	0,9 %
Pourcentage ≥ 24 heures	9 %	6 %	8 %

Courte durée

Installations	Nombre d'admissions			Nombre de jours présences			Durée moyenne de séjour* (DMS)			Nombre d'accouchements		
	2016 2017	2017 2018	2018 2019	2016 2017	2017 2018	2018 2019	2016 2017	2017 2018	2018 2019	2016 2017	2017 2018	2018 2019
Hôpital de Chandler	2 170	2 089	2 113	14 492	12 786	12 597	5,89	6,12	5.96	122	109	114
Hôpital Hôtel-Dieu	1 998	2 002	1 962	11 057	9 705	10 797	5,50	4,84	5.50	123	135	151
Hôpital de Maria	2 908	3 276	2 960	18 116	20 773	17 848	6,23	5,97	6.03	171	163	189
Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts	1 167	1 199	1 206	6 600	7 105	7 368	7,80	5,80	6.11	51	49	45
TOTAL	**8 243**	**8 566**	**8 241**	**50 265**	**50 369**	**48 610**	**6,36**	**5,69**	**5,90**	**467**	**456**	**499**

* Ce pourcentage exclut la santé mentale

LA MISSION CHSLD

	Lits au permis	Nbre de lits moyens occupés	Heures travaillées	Taux d'occupation
USLD de Chandler	36	35	43 888	97,4%
Centre d'hébergement du Rocher-Percé	62	62	77 882	99,4 %
Centre d'hébergement de Cap-Chat	70	70	91 288	100 %
Centre d'hébergement de Maria	95	94	124 361**	99,1 %
Centre d'hébergement de New- Carlisle	70	69	93 719	99,1 %
Centre d'hébergement de Matapédia	20	20	30 039	101,4 %
Centre d'hébergement de Gaspé	84*	84	116 846	100 %
Total	**437**	**435**	**578 023**	**99,43 %**

* Le nombre de lits au permis pour le Centre d'hébergement Mgr-Ross de Gaspé est de 97. Toutefois, en raison des travaux pour diminuer le nombre de chambres doubles, les lits au permis sont limités à 84.

** Nous avons rencontré une problématique entre la période 2 et la période 11 au niveau des heures travaillées pour un titre d'emploi à la suite de la fusion des bases de données du système de la paie. Cette correction a eu lieu. Toutefois, nous avons réparti les heures travaillées par période selon des hypothèses théoriques. En résumé, le taux d'occupation présenté pour le Centre d'hébergement de Maria est influencé par cette situation et pourrait ne pas refléter la réalité.

LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services					
	2014-2015	**2015-2016**	**2016-2017**	**2017-2018**	**2018-2019**
Cumulatif en heures au 31 mars	284 178	297 800	310 180	361 331	424 568

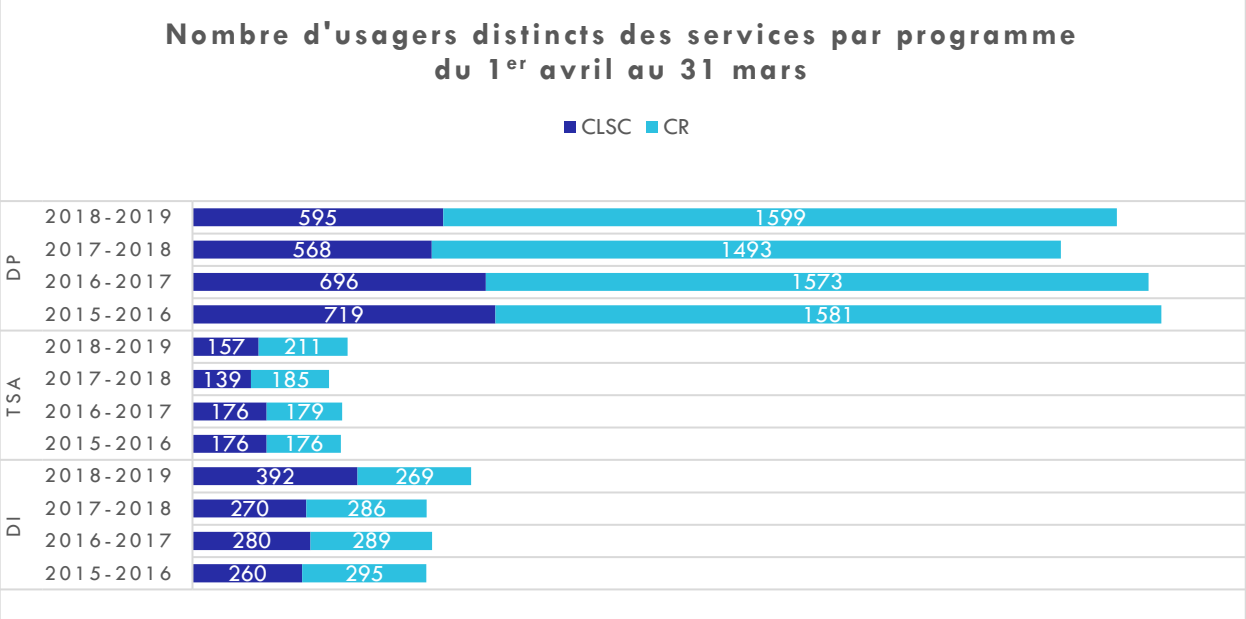
LES SERVICES JEUNESSE

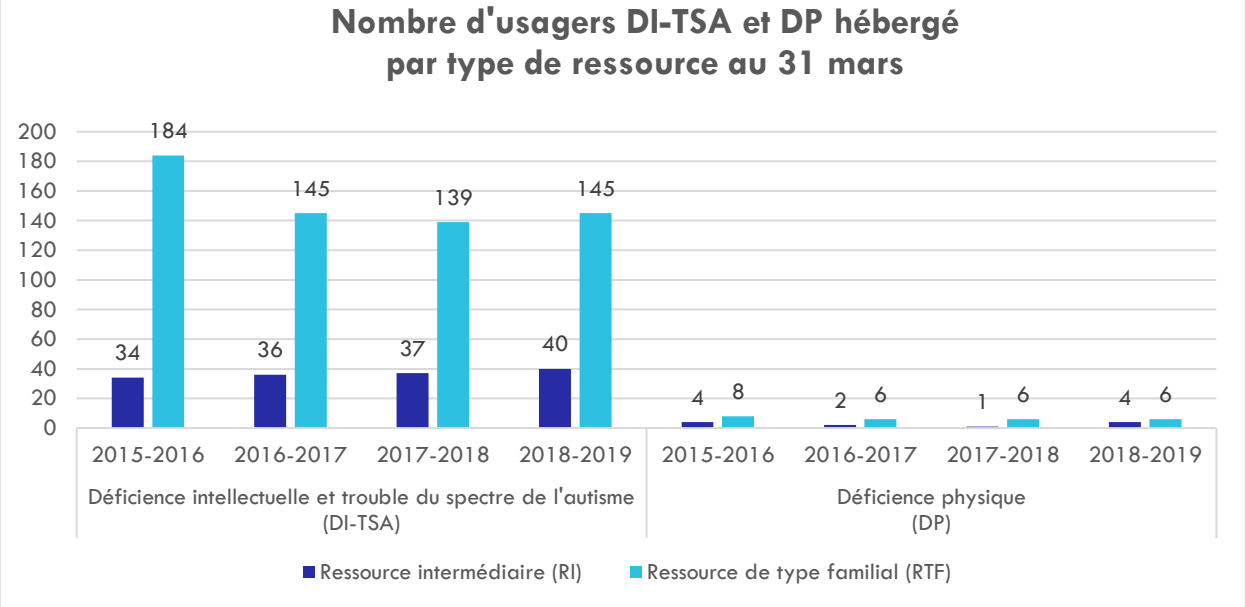
	2017-2018	2018-2019
Nombre d'usagers joints par les CLSC dans le cadre du programme Jeunesse	726	567
Nombre moyen de prestations dispensées par les CLSC dont a bénéficié l'usager dans le cadre du programme Jeunesse	7,29	7,93
Nombre de dossiers suivis à l'application des mesures dans le cadre de la LPJ	400	602
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en LPJ	24,2 jours (cible : < 30 jours)	17,64
Nombre moyen d'interventions à l'application des mesures en LPJ	2,1 (cible : 2,3)	1,9
Taux de jeunes sur 1000 pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence (excluant les autochtones)	20,18	17,64

Portrait de l'hébergement en réadaptation jeunesse

SERVICES DE RÉADAPTATION	2017-2018	2018-2019
Unité La Rade	6-13 ans : 5 jeunes 14-17 ans : 24 jeunes 18 ans et + : --- Total : 29 jeunes	6-13 ans : 5 jeunes 14-17 ans : 26 jeunes 18 ans et + : --- Total : 31 jeunes
Unité Gignu	6-13 ans : 7 jeunes 14-17 ans : 9 jeunes Total : 16 jeunes	6-13 ans : 4 jeunes 14-17 ans : 13 jeunes Total : 17 jeunes
Unité La Vigie	6-13 ans : 7 jeunes 14-17 ans : 18 jeunes Total : 25 jeunes	6-13 ans : 12 jeunes 14-17 ans : 20 jeunes 18 ans et + : 1 jeune Total : 33 jeunes
Unité La Balise	6-13 ans : 6 jeunes 14-17 ans : 23 jeunes Total : 29 jeunes	6-13 ans : 7 jeunes 14-17 ans : 19 jeunes Total : 26 jeunes
Unité Le Rivage	6-13 ans : 13 jeunes 14-17 ans : 3 jeunes Total : 16 jeunes	6-13 ans : 13 jeunes 14-17 ans : 3 jeunes Total : 16 jeunes
Ressource intermédiaire Foyer Le Phare Fermeture : 20 janvier 2018	6-13 ans : --- 14-17 ans : 1 jeune Total : 1 jeune	N/A : ressource fermée

LES SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE, TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME ET DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

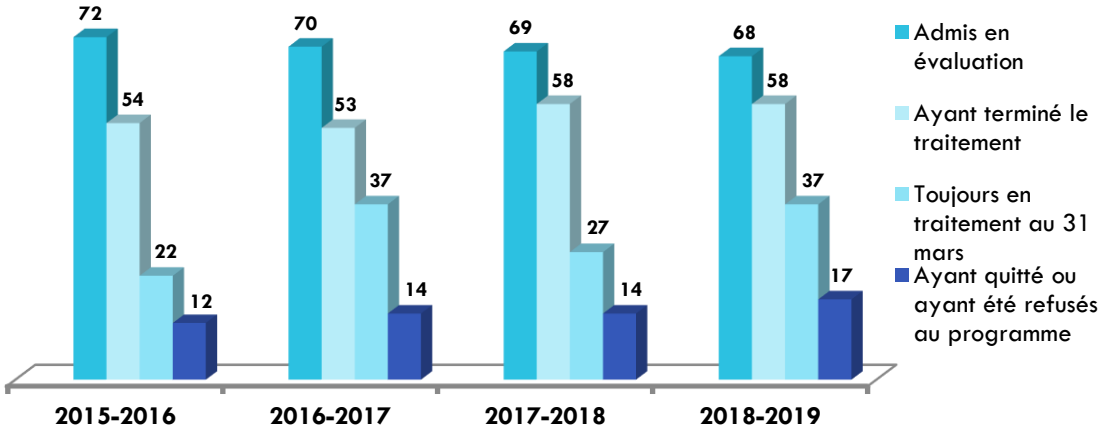




LE PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DES AUTEURS D'AGRESSION SEXUELLE (PETRAAS)

Le Programme d'Évaluation et de Traitement des Auteurs d'Agression Sexuelle (PETRAAS) du CISSS de la Gaspésie, dispensé à l'Établissement de détention de Percé depuis mai 2010, s'adresse à une clientèle exclusivement masculine ayant commis un délit sexuel et pour lequel une peine d'incarcération inférieure à 2 ans a été prononcée. Les demandes d'admission au programme proviennent des 18 autres établissements de détention de toute la province. Le mandat consiste à offrir des services spécialisés d'évaluation et de traitement à une clientèle très hétérogène présentant des niveaux de risque, des besoins et des niveaux de motivation très différents. La durée du programme est de 6 mois et comprend quatre modules spécifiques à l'évaluation et au traitement du participant : sensibilisation, conscientisation, entraînement aux habiletés sociales, responsabilisation/intégration.

Les collaborations avec le personnel de l'Établissement de détention de Percé joue un rôle capital dans la rééducation des participants au programme. En effet, la synchronisation et l'articulation des activités entre les équipes clinique et correctionnelle permettent d'offrir un encadrement qui repose sur une vision commune favorisant chez les participants l'acquisition de connaissances et d'habiletés diverses tout au long du programme.



Le conseil d'administration

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

Membres nommés
Mme Chantal Duguay, PDG du CISSS
Mme Yolaine Arseneau, milieu de l'enseignement

Membres indépendants
M. Richard Loiselle, président, compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
M. Gilles Cormier, vice-président, expertise en réadaptation
Mme Ann Béland, compétence en gouvernance ou éthique
M. Jean-Marc Landry, compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
Poste vacant, compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
M. Stéphan Boucher, expertise dans les organismes communautaires
M. Médor Doiron, expertise en protection de la jeunesse
M. Magella Émond, expertise en santé mentale
Mme Nicole Bertrand Johnson, expérience vécue à titre d'usager des services sociaux
M. Philippe Berger, membre observateur représentant des fondations

Le conseil d'administration du CISSS de la Gaspésie a tenu 14 séances durant l'exercice 2018-2019, soit 8 séances extraordinaires et 6 séances ordinaires. De plus, le 6 décembre 2018 a eu lieu la séance annuelle d'information publique où ont été présentés les résultats de l'année 2017-2018.

Les membres du conseil d'administration se sont réunis, en septembre 2018, pour une rencontre de type « lac-à-l'épaule ». Cette journée avait pour objectif de faire un retour sur le mandat et les responsabilités ainsi que sur le fonctionnement du C. A. et de procéder au lancement de l'animation de la salle de pilotage du C. A. Les membres ont pu faire état de leurs préoccupations en tant qu'administrateurs et ont réitéré leur besoin d'avoir des rencontres plénières et des comités de travail. Le C. A. a profité de cette journée pour aborder les dossiers à prioriser dans la prochaine année, notamment la gestion de la présence au travail.

Pour l'année 2018-2019, aucun cas de manquement au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs n'a été soulevé. Une copie de ce document se trouve en annexe du présent rapport annuel ainsi que sur le site Internet du CISSS de la Gaspésie à l'adresse www.cisss-gaspesie.gouv.qc.ca

Les comités, conseils et instances consultatives

Le comité de vérification

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

Le comité de gouvernance et d'éthique

Mme Ann Béland
M. Gilles Cormier, président
Dre Martine Larocque
M. Stéphan Boucher
Mme Chantal Duguay, présidente-directrice générale

Le comité de vigilance et de la qualité

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

Le comité des ressources humaines

Mme Chantal Duguay, présidente-directrice générale
Mme Ann Béland
M. Médor Doiron
M. Richard Loiselle, président
M. Gilles Cormier, vice-président
M. Michel Bond, secrétaire (il n'est pas un membre prescrit selon le règlement, un invité)
Un poste vacant

Le comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Mme Jacqueline C. Babin, services de réadaptation
M. Philippe Berger, RLS du Rocher-Percé
M. Jean-Yves Bujold, RLS de la Baie-des-Chaleurs
M. Gilles Brossard, RLS de La Côte-de-Gaspé, secrétaire
Mme Jeannine Labrie, RLS de La Haute-Gaspésie
M. Camille Leduc, RLS de la Baie-des-Chaleurs, président
M. Allen Nellis, CHSLD de Maria
Mme Claudette Ouellet, service jeunesse
Mme May Rochefort, CHSLD Mgr-Ross de Gaspé
Mme Linda Thurston, service jeunesse, vice-présidente et trésorière

Le comité de gestion des risques

Mme Fanny Bernard, personne désignée par le directeur du programme Soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA)
M. Maxime Bernatchez, personne désignée par le comité de prévention des infections
Mme Cathy Bérubé, représentant la direction des soins infirmiers (DSI)
Mme Sandra Cassivi-Bouchard, personne désignée CIII, conseillère clinique à la qualité et aux risques (DQEPE) et personne-ressource du RLS de La Côte-de-Gaspé
Mme Lise Cotton, agente de planification, de programmation et de recherche (DQEPE)
Mme Marie-Ève Doucet, personne désignée par le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
Mme Chantal Duguay, présidente-directrice générale
M. Jonathan Éthier, représentant des personnes qui dispensent des services aux usagers pour le compte de l'établissement, conformément à un contrat de service ou à une entente de service en vertu de l'article 108 de la loi (RI-RTF)
M. Jean-Marc Landry, conseil d'administration, collège électoral population
Dr Jean-François Lefebvre, représentant de la direction des services professionnels (DSP)
M. Steve McBrearty, patient-partenaire
Mme Andréanne Ritchie, personne désignée par le conseil multidisciplinaire
Mme Linda Thurston, personne désignée par le comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Les personnes-ressources DQEPE (membres invités)

Mme Christine Arsenault, conseillère cadre et personne-ressource du RLS de la Baie-des-Chaleurs
M. Jean-Luc Gendron, personne-ressource, directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
M. Mathieu Lamarre, conseiller cadre et personne-ressource du RLS de La Haute-Gaspésie
Mme Isabelle Mercier, infirmière-conseillère et personne-ressource du RLS du Rocher-Percé

Le comité de coordination clinique

Mme Chantal Duguay, présidente-directrice générale
Mme Connie Jacques, présidente-directrice générale adjointe, et directrice des services en déficience et en réadaptation physique
Mme Johanne Méthot, directrice générale adjointe aux programmes de santé physique généraux et spécialisés, et directrice des soins infirmiers, par intérim
Dr Jean-François Lefebvre, directeur des services professionnels
M. Sylvain Nadeau, directeur des programmes Santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux
Mme Marlène Parisé, directrice des services multidisciplinaires
M. Jean St-Pierre, directeur du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
M. Steve Pontbriand, directeur du programme Jeunesse
Dr Yv Bonnier Viger, directeur régional de santé publique
M. Jean-Luc Gendron, directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
M. Alain Vézina, directeur des ressources informationnelles et directeur des services techniques – Volet mesures d'urgence et hôtellerie par intérim
M. Michel Bond, directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
M. Jean-Pierre Collette, directeur des ressources financières et de l'approvisionnement, et directeur des services techniques – Volet immobilisation par intérim
Mme Nadine Francoeur, directrice adjointe à la Direction des services en déficience et en réadaptation physique
Mme Cathy Bérubé coordonnatrice en continuum de soins et services
M. Harris Cloutier, directeur adjoint à la direction des services techniques
Mme Michelle Frenette, directrice protection de la jeunesse, intérimaire

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

RLS de La Côte-de-Gaspé
Dre Isabelle Casgrain, médecin de famille
Dre Marie-Yanouk Blain, gynécologue-obstétricienne

RLS du Rocher-Percé
Dre Claudia Dumont, médecin de famille
Dr Benoît Berthelot, interniste

RLS de la Baie-des-Chaleurs
Dr Alexandre De Lafontaine Ruel, radiologiste
Dre Isabelle Mathieu, médecin de famille, présidente de l'exécutif
Mme Marie-France Otis, pharmacienne

RLS de La Haute-Gaspésie
Dr Charles Rhéaume, médecin de famille
Dre Mylène Bertrand, radiologiste, secrétaire de l'exécutif

Membres d'office
Mme Chantal Duguay, présidente-directrice générale
Dr Jean-François Lefebvre, directeur des services professionnels

Le Département régional de médecine générale (DRMG)

Membres élus par et parmi les médecins membres du Département

Dr Robert Benguerel, RLS de la Baie-des-Chaleurs, chef
Dr Sylvain Drapeau, RLS du Rocher-Percé, adjoint au chef
Dre Julie Gauthier, RLS du Rocher-Percé

Membres cooptés nommés par les membres élus

Dre Émilie Dupuis-Riendeau, RLS de La Côte-de-Gaspé
Dre Audrey Perry-Melançon, RLS de La Côte-de-Gaspé
Dre Martine Beauchamp, RLS de la Baie-des-Chaleurs
Dr Guillaume Hardy, RLS de La Haute-Gaspésie
Dr Steve Lessard, CISSS des Îles
Dre Justine Galarneau-Girard, RLS de la Baie-des-Chaleurs

Mme Chantal Duguay, présidente-directrice générale
Dr Jean-François Lefebvre, directeur des services professionnels

Le comité régional des services pharmaceutiques (CRSP)

Mme Isabelle Daigneault, pharmacienne au CISSS des Îles
Mme Marie-Ève Doucet, pharmacienne d'établissement, CISSS de la Gaspésie, RLS de la Baie-des-Chaleurs, présidente
M. Jean-Sébastien Laliberté-Gemme, pharmacien propriétaire
M. Laurent Carbonneau-Lebeau, pharmacien propriétaire
M. Dany Bergeron, pharmacien salarié milieu communautaire
Mme Marie-France Otis, chef du Département de pharmacie, CISSS de la Gaspésie, RLS de la Baie-des-Chaleurs
Mme Sabrina Tremblay, pharmacienne d'établissement, CISSS de la Gaspésie, RLS de La Côte-de-Gaspé
Mme Lynnette McGregor, pharmacienne d'établissement, CISSS de la Gaspésie, RLS de La Côte-de-Gaspé
Mme Stéphanie Lepage, pharmacienne salariée milieu communautaire
Mme Julie Chabot, pharmacienne salariée milieu communautaire
Dr Jean-François Lefebvre, directeur des services professionnels, CISSS de la Gaspésie
M. Maxime Bernatchez, adjoint à la Direction des soins infirmiers
Mme Colette Paquette, secrétariat de la réunion

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

RLS de La Haute-Gaspésie
Mme Christiane Rheault, infirmière praticienne spécialisée
Mme Catherine Déry, infirmière
M. François Gendreau, infirmier clinicien

RLS de La Côte-de-Gaspé
Mme Sandra Cassivi-Bouchard, présidente, conseillère clinique à la qualité et aux risques
Mme Mylène Chassé, infirmière clinicienne DI-TSA-DP
Mme Marie-Josée Thériault, agente de communication, infirmière
Mme Marie-Josée Cloutier, conseillère clinique en soins infirmiers

RLS du Rocher-Percé
Mme Stéphanie Bujold-Bourget, conseillère en prévention des infections
Mme Gabrielle Chrétien, secrétaire, infirmière praticienne spécialisée
Mme Isabelle Mercier, conseillère clinique en soins infirmiers

RLS de la Baie-des-Chaleurs
Mme Brigitte Ahier, infirmière clinicienne en santé mentale
Mme Véronique Cavanagh, infirmière clinicienne
Mme Ariane Provost, vice-présidente, infirmière clinicienne et équipe volante SAPA
Mme Lynthia Moses Bujold, infirmière

Membres d'office
Mme Chantal Duguay, présidente-directrice générale
Mme Johanne Méthot, directrice générale adjointe
M. Maxime Bernatchez, adjoint à la directrice des soins infirmiers
Mme Claudette Samuel, infirmière clinicienne, représentante du collège d'enseignement
Mme Annie Loubert, présidente CECIIA, infirmière auxiliaire
M. Lucas Blais, vice-président CECIIA, infirmier auxiliaire

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

Mme Annie Loubert, présidente, infirmière auxiliaire SAPA, RLS de la Baie-des-Chaleurs
Mme Cynthia Levesque, infirmière auxiliaire, courte durée, RLS de la Baie-des-Chaleurs
M. Lucas Blais, infirmier auxiliaire, Centre de réadaptation, RLS de La Côte-de-Gaspé
M. Daniel Miville, infirmier auxiliaire, SAPA, RLS de la Baie-des-Chaleurs

La commission infirmière régionale (CIR)

Le comité infirmière régionale, eu égard à la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (loi 10), n'existe plus. Cependant, un comité régional sera mis en place pour le partage des bonnes pratiques :
Mme Johanne Méthot, directrice générale adjointe et directrice des soins infirmiers intérimaire, CISSS de la Gaspésie
Mme Johanne Cantin, directrice des soins infirmiers, CISSS des îles
M. Maxime Bernatchez, adjoint à la Direction des soins infirmiers, CISSS de la Gaspésie
Mme Sandra Bouchard-Cassivi, présidente du CECII, CISSS de la Gaspésie
Mme Sandra Giasson, présidente du CECII, CISSS des Îles
Mme Christine Lagacé, représentante du Cégep de la Gaspésie
Mme Sonia Leblanc, représentante de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR)

Le comité jeunesse

M. Mathieu Fullum, président
Mme Lynthia Moses Bujold, infirmière courte durée, RLS de la Baie-des-Chaleurs
Mme Pier-Julie Richard, infirmière courte durée, RLS de la Baie-des-Chaleurs
M. Kevin Poulin, infirmier courte durée, RLS du Rocher-Percé
M. André-Philipe Bond, infirmier courte durée RLS de La Côte-de-Gaspé
M. Jean-Michel Beaudoin, infirmier santé mentale, RLS de La Côte-de-Gaspé

Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CM)
RLS de La Haute-Gaspésie
M. Jean-François Devloo (président), psychologue/neuropsychologue, direction DI-TSA-DP
Mme Isabelle Rouleau (responsable des communications), physiothérapeute, APPR à la direction des services multidisciplinaire, volet réadaptation

RLS du Rocher-Percé
Mme Nicole Boutin, assistante-chef technologue en radiologie, direction des services multidisciplinaires
Mme Nadia Morris (trésorière), kinésiologue au programme des maladies chroniques, direction santé physique
Mme Andréanne Ritchie, ergothérapeute, direction DI-TSA-DP

RLS de la Baie-des-Chaleurs
Mme Nancy Gédéon (secrétaire), agente de planification, de programmation et de recherche (APPR) à la Direction de santé publique/répondante régionale en santé mentale

RLS de La Côte-de-Gaspé
Mme Marie-Hélène Kelly, travailleuse sociale, APPR à la direction des services multidisciplinaires, volet psychosocial

Membres d'office et désignés par la PDG :
Mme Chantal Duguay, présidente-directrice générale
Mme Marlène Parisé, directrice des services multidisciplinaires

Membre invité
M. Jean-François Sénéchal (membre du comité des communications), adjoint à la direction des services multidisciplinaires

Les faits saillants du CISSS de la Gaspésie

La prévoyance, la bienveillance, la collaboration, la compétence et le respect sont les valeurs qui caractérisent à merveille les réalisations effectuées au cours de l'année 2018-2019 par nos équipes de travail. En effet, nous avons travaillé avec ardeur afin de maintenir, d'améliorer et de développer les services de qualité qui sont offerts le plus près possible de notre population gaspésienne. Les faits saillants énumérés dans la présente section en témoignent.

Un conseil d'administration dynamique et compétent

Adoption du nouveau code d'éthique du CISSS de la Gaspésie

Le nouveau code d'éthique du CISSS de la Gaspésie a été approuvé par le conseil d'administration. Ce document vient remplacer tous les autres documents des anciens établissements.

Adoption du document : Les droits des usagers (code d'éthique et de conduite)

Un nouveau document a été préparé par le Comité des usagers du centre intégré (CUCI) dans le but de faire la promotion des droits des usagers dans l'établissement. Ce document sera distribué aux familles et aux proches dans nos centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

Un engagement envers la qualité des soins et des services
Une nouvelle politique d'amélioration continue de la qualité des services et un nouveau cadre de référence en matière de qualité

La politique vise l'engagement formel de notre établissement dans une approche de gestion intégrée de la qualité où chaque personne dans l'organisation est responsable et active dans le processus d'amélioration de la qualité. Quant au cadre de référence, il vise à soutenir chaque membre de l'organisation dans son engagement et dans son rôle en regard de la qualité. Il se veut un guide intégrateur permettant d'atteindre le maintien et l'amélioration de l'état de santé de l'usager tout en maintenant un haut degré de satisfaction.

Un comité de direction qui se déplace sur le territoire du CISSS de la Gaspésie

Il s'agit d'une nouvelle formule adoptée en 2018-2019 par le comité de direction pour ses réunions. Le comité de direction parcourt maintenant la Gaspésie afin de tenir des rencontres dans les différentes installations de l'organisation. Lors de son passage, les membres du comité en profitent pour aller à la rencontre du personnel sur place afin de partager leurs expériences, d'écouter leurs besoins et de recueillir leurs préoccupations. L'un des objectifs est ainsi « d'aller chercher le pouls » des gens œuvrant sur le terrain afin de bien orienter les actions.

Ainsi, le comité de direction a visité les installations suivantes :

Date	Endroit
27 mars 2018	Centre de réadaptation Ste-Anne-des-Monts
8 mai 2018	CLSC Murdochville
29 mai 2018	CLSC Matapédia
26 juin 2018	CLSC Grande-Vallée
18 septembre 2018	Centre de réadaptation Gaspé
23 octobre 2018	CLSC Percé
20 novembre 2018	CHSLC New Carlisle
15 janvier 2019	Centre de réadaptation Ste-Anne-des-Monts
12 mars 2019	CLSC Chandler
26 mars 2019	Pavillon Cantin Gaspé

Des services de plus en plus près des besoins de la population gaspésienne

Une belle amélioration de l'offre de service en hémodialyse

Le modèle de dispensation de soins et services en hémodialyse hospitalière au CISSS de la Gaspésie nécessitait non seulement une très grande créativité, mais aussi, devait s'appuyer sur un partenariat solide et concerté avec la population gaspésienne atteinte de maladies rénales, désirant vivre dans son milieu auprès de ses proches et de sa famille. C'est dans cette perspective que le CISSS de la Gaspésie et le CISSS du Bas-Saint-Laurent ont priorisé ce projet clinique dans chacune de leur organisation. En rapprochant les soins du milieu de vie des usagers, on peut éviter le déracinement ou l'isolement social qui peuvent survenir lorsque certains doivent se résigner à déménager pour obtenir leurs services.

Au terme du projet, on parle d'un ajout de huit chaises d'hémodialyse qui permettront de dialyser seize personnes de plus à proximité de leur domicile. Pour autant que nous sachions pour le CISSS du Bas-Saint-Laurent, il s'agit également du premier modèle d'unité mère d'hémodialyse en région qui aurait cinq unités satellites à superviser simultanément. Que ce soit au niveau de la haute direction, des gestionnaires ou des autres membres du personnel clinique ou administratif, un partenariat avec de réelles communications bilatérales a pu être créé et a permis d'éviter certains écueils et de résoudre, en temps réel et efficacement, les problèmes qui sont survenus en cours de route.

Pour tous les p'tits Jimmy de la Gaspésie – Intégration des services

Le Projet Jimmy en jeunesse représente un projet novateur qui a permis de saisir l'opportunité d'intégration des services en modes horizontale et verticale, en simultané. Le projet a conduit à la révision de la trajectoire de tous les services en jeunesse et à la mise en place des salles de pilotage et du rapport d'état pour assurer le suivi de la continuité des services.

Personnalisation des soins et des services – Projet « Une saison à la fois »

Ce projet a été développé dans une perspective de bien-être et de santé globale, et a une démarche basée sur les approches mettant l'accent sur l'intégralité et les forces de l'individu, notamment l'approche centrée sur les forces et orientée vers les solutions, l'approche anti-oppressive, ainsi que la psychologie et la psychiatrie positives. Ces approches ont été privilégiées afin de répondre aux besoins constatés chez la clientèle en santé mentale et qui étaient difficile pour nous à adresser dans le contexte des approches plus traditionnelles (centrées sur la résolution du problème) et des services de soins existants.

Les objectifs d'intervention du projet « Une saison à la fois » sont de permettre à la personne de reconnaître ses forces intérieures et de découvrir son pouvoir d'agir sur son bien-être, augmenter son estime de soi et sa confiance, favoriser son intégration sociale, renforcer les saines habitudes de vie et favoriser les liens interpersonnels. De plus, le projet vise à augmenter la visibilité des services en santé mentale et à renforcer l'accessibilité aux services en santé mentale.

Centre d'action bénévole (CAB) et CISSS de la Gaspésie : une association gagnante pour nos proches-aidants!

Le 27 février 2019, nous avons annoncé la bonification de l'offre de service à la population gaspésienne. En effet, notre CISSS s'est associé à 5 centres d'action bénévole (CAB) afin de soutenir les proches aidants qui vivent des moments parfois difficiles avec les personnes en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV). Cette bonification des services s'ajoute à ceux déjà offerts à la maison par le CISSS de la Gaspésie soit, des soins infirmiers, des services médicaux, des services psychosociaux ainsi que des services en réadaptation et d'assistance à la personne (ex. : hygiène, habillement, préparation de repas). L'ajout des services en soutien aux proches aidants et aux personnes en SPFV, offerts par l'intermédiaire des CAB, permettra à la population de bénéficier de répit bien mérité. Le but ultime est de favoriser le plus possible le maintien des gens dans leur milieu de vie.

Soutien et collaboration avec nos résidences de personnes âgées (RPA)

Avec le vieillissement de la population, certaines de nos RPA éprouvent des difficultés de toutes sortes pour répondre aux besoins grandissants. En 2018-2019, le CISSS de la Gaspésie a accompagné quelques RPA éprouvant des difficultés passagères. Ces interventions importantes visent le maintien des services de proximité dans la Gaspésie pour une population vulnérable et vieillissante. Au CISSS de la Gaspésie, il est essentiel de maintenir ces milieux de vie qui sont représentatifs et qui répondent bien aux besoins de la population locale.

Une approche centrée sur le patient-partenaire

Un pont vers la maison : La vie après les traitements de cancer

Le projet *Un pont vers la maison : La vie après les traitements de cancer*, découlant de l'approche patient-partenaire, est officiellement débuté en 2018-2019. L'objectif de ce projet, axé sur la transition entre les soins aigus et les équipes de première ligne et les équipes communautaires en cancérologie, est l'amélioration de l'expérience des patients et de leurs proches lors de la transition des soins, par la mise en place de diverses ressources, adaptées à leurs besoins. Ces mesures seront mises en place en collaboration avec des patients-partenaires. Une trousse d'information sera créée et un réseau de patients-accompagnateurs en soutien aux patients et proches sera mis en place. Les outils de communication entre le CISSS et les équipes de soins de proximité seront bonifiés.

Un « patient-partenaire », c'est une personne qui a déjà reçu des soins et des services et qui utilise son expérience pour conseiller le personnel soignant et médical sur la meilleure façon d'adapter les services de santé aux besoins de l'usager. Le personnel peut donc, par l'intermédiaire du « patient-partenaire », se mettre dans la peau de la personne soignée. L'objectif de ce projet demeure l'amélioration continue de qualité et de la sécurité des soins des services offerts à la population.

Patiente-partenaire à Toronto

Cette innovation a été reconnue à Toronto par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). Le CISSS de la Gaspésie fait partie d'une cohorte de 17 autres projets reconnus au Canada. Seuls deux projets du Québec ont été choisis. Le projet « *Un pont vers la maison – la vie après le cancer* », d'une durée de 17 mois, a pour objectif d'améliorer la qualité de soins, ainsi que l'expérience des patients et des aidants lors de la transition de l'hôpital en fin de traitement intensif du cancer, jusqu'au retour à la vie quotidienne.

Un PAS ensemble, pourquoi pas messieurs!

En mars 2019 avait lieu la conférence de presse organisée par l'OGPAC présentant le nouveau service *Un PAS ensemble, pourquoi pas messieurs!* Ce service résulte d'une collaboration entre le CISSS de la Gaspésie et divers partenaires du milieu communautaires dont l'OGPAC, qui est l'organisme désigné pour offrir ce service en projet-pilote dans la Baie-des-Chaleurs, en premier lieu.

En gestion des risques

Nous sommes tous confrontés, patients comme soignants, à la problématique des évènements indésirables et ses impacts sur la santé et la vie quotidienne des patients et des proches, sur les coûts d'hospitalisation et sur le bris de confiance que cela génère. C'est pourquoi le CISSS de la Gaspésie a décidé d'agir en misant sur l'implication du patient, sous forme de partenariat. Depuis septembre 2018, les comités locaux de gestion des risques travaillent avec des patients-partenaires. Avec eux, nous sommes à repenser la place qu'occupe le patient et ses proches dans notre culture de sécurité et le rôle qu'ils pourraient et devraient y jouer comme agent de changement.

Approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et services sociaux en matière de gestion des risques.

Dans le cadre du financement de projets mettant en valeur le partenariat avec les usagers, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a reconnu le projet *Approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et services sociaux en matière de gestion des risques.* Au cours des deux prochaines années, le CISSS de la Gaspésie recevra un financement de 72 000 $ sur deux ans.

Bienvenue à nos patients-partenaires au sein des équipes soignantes!

Au CISSS de la Gaspésie, on ne ménage pas les efforts en matière de recrutement

Des activités de recrutement se sont tenues sur un mode local, régional et provincial, afin de faire connaître nos besoins de main-d'œuvre actuels et futurs. Des discussions se tiennent en continu avec les établissements d'enseignement afin d'évaluer les avenues possibles pour arrimer les programmes scolaires avec les titres d'emploi en demande. De même, l'équipe de la Direction des services professionnels s'affaire activement au recrutement médical afin de combler les postes vacants en médecine un peu partout en Gaspésie, ainsi que les besoins en dépannage dans différentes spécialités. Le CISSS de la Gaspésie a mis en place des activités de recrutement pour attirer les jeunes de la relève. Nous avons démarré de nouvelles cohortes de préposés aux bénéficiaires dans les RLS du Rocher-Percé et de la Baie-des-Chaleurs. Nous tenons des tournées dans les différentes écoles pour faire connaître nos milieux de travail et attirer ainsi de nouveaux travailleurs.

Un nouveau programme de recrutement met de l'avant de nouvelles idées en matière de recrutement. Nos efforts en matière de recrutement ont résonné partout en Gaspésie. Il va sans dire que le bilan de nos dernières activités 2018-2019 est positif. Cet été, c'est plus de 220 étudiants qui feront leur entrée afin de soutenir nos équipes de travail actuelles. Dans une perspective d'avenir, ce plan d'action visionnaire, qui inclut la jeunesse, favorisera certainement le rayonnement de notre organisation.

Un hiver difficile et plusieurs tempêtes!

La Direction du CISSS de la Gaspésie tient à remercier le personnel et les médecins, particulièrement ceux du RLS de la Baie-des-Chaleurs, qui ont fait preuve d'une collaboration extraordinaire, alors que sévissait une tempête majeure, d'une durée de presque 3 jours entre les 25 et 28 février! Pensons aux différentes équipes soignantes, qui ont dû assurer les remplacements de leurs collègues à pieds levés. Certains employés (équipes soignantes, équipes de soutien ou gestionnaires) ont été retenus au travail près de 48 heures, et ce, en gardant le sourire et en faisant preuve d'efficacité. Votre capacité d'adaptation nous a permis de maintenir notre offre de service. Tout un exploit étant donné les circonstances!

Pendant toutes ces tempêtes vécues au cours de l'hiver 2019, même en cas de force majeure, la priorité est demeurée la même, celle de poursuivre le service offert à la population, ainsi qu'assurer la qualité des soins et des services. En plus de maintenir l'excellence des services, à chaque occasion, des mesures ont été mises en place afin de veiller au confort des employés forcés à rester au travail. À quelques occasions, des moyens exceptionnels et novateurs ont été déployés afin d'assurer le transport sécuritaire de nos employés (navettes, escortes policières, etc.).

La Direction des services professionnels (DSP)

La priorité de la DSP demeure d'avoir des soins médicaux et pharmaceutiques accessibles et de qualité. C'est en ce sens que nous travaillons activement. Cela passe par un recrutement et une rétention optimisés ainsi que la recherche de médecins dépanneurs pour combler l'ensemble des besoins, incluant d'éviter les découvertures sur les listes de gardes. Par ailleurs, nous avons une agente de recrutement médical qui fait un travail colossal afin de s'assurer d'avoir des équipes médicales complètes.

Notons l'absence de découverture à l'urgence de Paspébiac cette année, ce qui constitue une amélioration significative comparé à l'an dernier. Les services en pharmacie ont été maintenus, et ce, malgré une pénurie, grâce à une belle collaboration entre les équipes des divers RLS.

Une nouvelle offre de service en orthopédie pour la Haute-Gaspésie

Depuis le 8 avril dernier, le Dr Amerigo Balatri, chirurgien orthopédiste en pratique principale à l'Hôpital de Chandler, pratique également à l'Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts. La population de La Haute-Gaspésie bénéficie donc de l'expertise du Dr Balatri pour des consultations et des chirurgies électives en orthopédie.

La prise en charge des patients orphelins du Dr Leblanc, à Matapédia

La clinique de dépannage temporaire est débutée à Matapédia, à raison d'une fois par semaine. Cette clinique est destinée aux patients orphelins, à la suite du départ à la retraite du Dr Leblanc. Les 540 patients concernés peuvent désormais appeler au CLSC afin de prendre rendez-vous. L'arrivée d'un nouveau médecin pour ce secteur est également prévue au mois d'août 2019.

La Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

La santé, le bien-être et la sécurité des employés du CISSS de la Gaspésie : une priorité

Au cours de l'année 2018-2019, le comité stratégique sur la santé, la sécurité et le bien-être du personnel avait pour mandat d'assurer une vigie des actions prises par trois comités. Ceux-ci travaillent sur des aspects particuliers liés à la gestion de la présence au travail qui sont : le climat de travail, l'harmonisation des pratiques en matière de gestion de la présence au travail ainsi que la santé et sécurité au travail. Les relations entre les membres du comité sont sous l'angle du partenariat et de la collaboration. Les personnes siégeant sur ce comité sont des partenaires de tous les jours dans l'offre de service de santé et de services sociaux à la population. Voici les actions qui ont été réalisées ou en cours de réalisation :

- Élaboration d'un programme de reconnaissance;
- Mise en place d'un plan de formation pour les gestionnaires en exercice;
- Mise en place des comités Mieux-être au travail dans chaque RLS;
- Élaboration d'un cadre de référence sur les pratiques de télétravail;
- Affichage des postes vacants;
- Élaboration d'une formation sur la nouvelle trajectoire des services santé.

Volet communications – DRHCAJ - PDG

En ce qui concerne les communications, le départ de l'adjointe à la PDG et aux relations avec les médias (en novembre 2018) a été une opportunité de revoir nos façons de faire et de tenter d'améliorer notre performance en matière de communications. Pour le moment, dans la prochaine année, en matière de communications, nous expérimentons une nouvelle approche et des nouvelles façons de faire. Nous avons revu notre organigramme et séparé les communications en deux volets : volet stratégique (relations avec les médias, C. A., orientations stratégiques, etc.) et volet opérationnel (note de la PDG, journal interne, bulletin agrément, volet accès aux personnes handicapées, etc.). Les dossiers communications sont traités à tous les lundis avec une équipe rapprochée de la haute direction, en compagnie des responsables des 4 réseaux locaux de services (RLS). À ces rencontres, toutes les demandes médiatiques ou gouvernementales sont traitées sous l'angle des enjeux politiques et des impacts sur les soins et les services dispensés à la population gaspésienne.

La Direction soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA)

La réduction des antipsychotiques en CHSLD

Le 25 janvier 2019, la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, M^me^ Marguerite Blais, a annoncé les résultats provinciaux de la phase 1 de la démarche OPUS-AP (optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services antipsychotiques (AP). Ce projet s'est déroulé entre janvier et octobre 2018 dans 24 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) du Québec. Au CISSS de la Gaspésie, une des unités du CHSLD du RLS du Rocher-Percé a été retenue. Parmi les 16 résidents de cette unité, 50 % prenaient des AP en début de projet. Parmi les 8 qui en prenaient, 4 ont cessé et 4 ont diminué leur consommation à la fin de la phase 1. Au-delà de ces résultats remarquables, c'est l'amélioration des pratiques professionnelles qu'il faut souligner et intensifier dans les prochaines années. En effet, la musicothérapie, la récréothérapie, l'écoute active ou la diversion sont à la base des approches non pharmacologiques personnalisées proposées par la démarche OPUS-AP et déjà appliquée au CISSS de la Gaspésie.

L'équipe du CHSLD du Rocher-Percé (Villa Pabos) qui a porté le projet OPUS-AP phase 1 est composée de M^me^ Sonia Arsenault, thérapeute en réadaptation physique, M^me^ Brigitte Grenier, conseillère en milieu de vie, D^re^ Sophie Lam, médecin de famille, M^me^ Maude Larouche, pharmacienne, M^me^ Stéphanie Moreau, infirmière clinicienne et assistante du supérieur immédiat, et M. Cédric Moreau, adjoint à Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).

Vers une phase 2

Étant donné les succès obtenus, une phase 2 sera implantée au Québec. Pour le CISSS de la Gaspésie, il est prévu que les CHSLD de Cap-Chat, de New Carlisle et de Matapédia s'ajoutent et adhèrent à cette démarche innovatrice. La Direction tient à remercier le personnel impliqué dans ce projet qui améliorera les conditions des personnes âgées dans les CHSLD de la Gaspésie.

La Direction des ressources financières et de l'approvisionnement (DRFA)

En 2018-2019, les 3 principaux systèmes informatiques de la DRFA ont été fusionnés :

- Ressources humaines et paie
- Gestion des ressources financières
- Gestion des ressources matérielles (Approvisionnement)

Ces fusions permettent maintenant le traitement centralisé des informations financières. Cette étape attendu depuis le tout début du CISSS permettra d'améliorer la qualité et l'accessibilité à l'information de nature financière. La DRFA a déployé des salles de pilotage opérationnelles virtuelles en 2018-2019 (après le déploiement de sa salle de pilotage tactique virtuelle en 2017-2018). Une révision en profondeur du processus budgétaire a permis d'améliorer les tableaux de bords financiers transmis aux gestionnaires pour leurs suivis budgétaires et de mettre en place les katas financiers, une rencontre bi-périodique entre les directeurs, l'équipe budget et le hors-cadre responsable. Notons que le directeur, M. Jean-Pierre Collette, a obtenu le prix Émergence du Regroupement des Comptables Professionnels Agréés de l'Est-du-Québec.

La Direction des services techniques (DST)

La direction des services techniques a poursuivi ses efforts au cours de l'année 2018-2019 afin d'offrir des environnements propices à la dispensation de soins et de services sécuritaires et de qualité. Ainsi, plusieurs projets d'amélioration de ses infrastructures ont été mis de l'avant au cours de l'année. Mentionnons, entre autres, la poursuite des travaux visant la construction de l'urgence de Gaspé, les travaux majeurs aux pharmacies de Maria et de Chandler, ainsi que la réfection du 6e étage de l'Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts. Plusieurs projets d'envergure sont également en préparation pour l'année 2019-2020. Des travaux ont également été amorcés relativement à l'harmonisation des pratiques en hygiène salubrité, à la gestion des déchets biomédicaux et aussi, en ce qui a trait au développement durable.

La Direction du programme réadaptation et déficience physique

Au cours de l'année 2018-2019, les priorités de la direction des programmes en déficience et réadaptation physique ont permis d'amorcer, poursuivre ou consolider certains projets dont l'objectif demeure une offre de services de qualité à la population. Parmi les principaux sujets découlant d'orientations nationales, citons :

- Le continuum de services pour les personnes ayant ou étant à risque de subir un accident cérébral vasculaire (AVC);
- Le plan d'action pour les personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA);
- Le cadre de référence sur l'organisation des services en déficience;
- Le plan d'accès pour les personnes présentant une déficience.

La vision de l'organisation des services repose sur les concepts d'intermission et d'interprogramme. Au cours de la dernière année, nous avons constaté une évolution positive dans l'implantation du modèle organisationnel. Ce dernier poursuit l'objectif d'offrir une trajectoire de services fluide entre les missions et les programmes en déficience et oblige par le fait même, une mobilité des ressources humaines.

En complémentarité au modèle organisationnel axé sur une offre de services intégrés, la direction a entrepris un projet dont la finalité sera d'offrir des services à la population le plus près possible de leur milieu de vie. Basé sur un modèle d'implantation de projets par étape, la première phase permettra d'offrir des services en physiothérapie dans tous les CLSC du réseau local de La Côte-de-Gaspé. Le déploiement est prévu pour l'année 2019-2020.

Tous les projets prioritaires sont suivis à l'intérieur de la salle de pilotage tactique par l'entremise de la gestion de projet (modèle A-3), d'échéanciers et d'indicateurs de performance. Aussi, en cours d'année, la direction a mis en place un mécanisme de suivi hebdomadaire sous forme de rapport d'état. Cette modalité d'échange entre le professionnel et son gestionnaire, permet à ces derniers d'identifier ensemble des pistes de solutions aux obstacles rencontrés pour maintenir une prestation de services professionnelle performante.

Le principal défi à la réalisation des objectifs demeure la pénurie de certaines disciplines. La direction collabore étroitement avec la DRHCAJ à l'identification de solutions.

La Direction des services multidisciplinaires

- IRM (Imagerie par résonance magnétique) : acquisition d'un nouvel appareil de résonance magnétique et d'une nouvelle unité mobile en septembre 2018;
- Déploiement du plan de transition PQDCS (Programme québécois de dépistage du cancer du sein) de la Santé publique vers la cancérologie juillet 2018;
- Journée programme maladies chroniques à Percé le 8 juin 2018;
- CRDS (Centre de répartition de demandes de services) : déploiement de la phase 2 le 4 septembre 2018 et de la phase 3 le 26 mars 2019;
- Travaux préparatoires IPO (index patient organisationnel) pour le déploiement DCI (dossier clinique informatisé);
- Projet AVC (accident vasculaire cérébral) – Intégration des capsules AVC aux séances de groupe du programme des maladies chroniques RP;
- Élaboration des procédures et révision du cadre de gestion en gestion documentaire;
- Élaboration de l'offre de services DSM sur le volet de la pratique professionnelle;
- Entente de service avec le Bas-St-Laurent en neurologie, en collaboration avec la DSP (Direction des services professionnels);
- Déploiement des salles de pilotage opérationnelles en radiologie pour les 4 RLS;
- Mise en place du comité tactique en télésanté le 19 février 2019;
- Acquisition d'un appareil dédié à l'échographie cardiaque au RLS du Rocher-Percé, cible MSSS passant de 42 % de la période 1 à 82 % à la période 13;
- Conversion de 2 véhicules à faction en véhicules à l'heure en SPU (services préhospitaliers d'urgence);
- Implantation de l'EQTP (échelle québécoise de triage préhospitalier) en traumatologie;
- Élaboration d'un cadre de référence sur le programme national d'oxygénothérapie à domicile (PNOD);
- Maintien d'un mécanisme de coordination avec les services d'évacuation aéromédicale du Québec (EVAQ);
- Implantation, en collaboration avec la Ville de Gaspé, d'une équipe de premiers répondants pour le secteur de Rivière-au-Renard;
- Renouvellement du parc de défibrillateurs externes automatisés (DEA) pour les premiers répondants pour l'ensemble du territoire de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine;
- Poursuite des travaux des comités territoriaux suivants : archives, nutrition, imagerie médicale, inhalothérapie/ électrophysiologie, et autres, implantation et suivis des mesures prévues aux plans d'action respectifs.

La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Les salles de pilotage

« Une salle de pilotage n'est pas qu'un simple outil, mais bien une pièce maîtresse qui encadre le changement de culture vers un système intégré de gestion de la performance. »

En 2018-2019, le CISSS de la Gaspésie a poursuivi l'implantation et l'optimisation de ses salles de pilotage, et ce, à tous les niveaux hiérarchiques de l'organisation soient stratégique, tactique et opérationnelle. Au 31 mars 2019, 6 salles de pilotage tactiques étaient actives au sein de l'organisation et 3 autres étaient en construction. Comme les gestionnaires de mêmes directions sont dispersés sur différents sites, la majorité de ces salles sont également animées sur une plate-forme virtuelle, favorisant ainsi une meilleure vélocité et adaptabilité. Nous avons trente-huit (38) salles de pilotage opérationnelles qui ont été implantées dans au moins 8 directions différentes. Quoiqu'un modèle de salle opérationnelle existe également sous la forme virtuelle, pour les équipes réparties sur tout le territoire gaspésien, la grande majorité des animations opérationnelles s'effectue en présentielle auprès des équipes terrain à raison d'une fois par semaine. Une salle de pilotage a également été lancée en septembre 2018, et ce, spécialement pour les membres du conseil d'administration. Il s'agit d'une belle innovation presque unique au Québec.

Processus de contrôle qualité RI (ressource intermédiaire) et RTF (ressource de type familial) :

- Suivi mensuel de la planification des ICQ en 2018-2019 :
  - 40 % des ressources ont été évaluées pour les services communs (plus de 90 % pour 3 territoires)
  - 36 % des ressources ont été évaluées pour les services particuliers (plus de 90 % pour 3 territoires)
  - 56 % des ressources ont eu un contrôle du maintien des critères généraux du Ministre (CGM) (plus de 90 % pour 3 territoires)
    (75 % des ressources évaluées en 2017-2018 (Services communs/services particuliers/CGM)

- Suivi des rapports d'état pour les visites du milieu par les ICQ :
  - 971 visites dans la ressource et 236 rencontres de RTF –RI dans nos bureaux (2017-2018 : 441 visites dans la ressource, rencontres au bureau non comptabilisées)
- 31 écarts qualité nécessitant des interventions ont été signalés aux ICQ
- Procédure de suivi et de contrôle qualité dans les ressources en élaboration
- Procédure du maintien des CGM en élaboration

Les défis pour 2018-2019 :

- Consolidation de l'équipe ICQ
- Un minimum de 7 visites/année à chaque RI-RTF dans leur milieu de vie
- 100 % contrôle qualité (service communs et particuliers) pour l'ensemble des ressources
- Reprise des cafés-rencontres avec les RI-RTF des différents programmes – 2 rencontres/année
- Recrutement de nouvelles RTF, tant en jeunesse qu'en adulte
- Formalisation des procédures entourant le suivi des ressources

Rendez-vous de l'amélioration continue du RSSS

Le CISSS de la Gaspésie se démarque en matière de gestion de la performance

Sous le thème du partenariat, 4 projets d'amélioration ont été retenus par le comité de sélection dans le cadre de la 8e édition du *Rendez-vous de l'amélioration continue du RSSS* qui se tiendra en mai prochain. Les projets retenus sont :

- Le kata financier comme outil de communication;
- Un modèle de salle de pilotage virtuelle à chaque pallier hiérarchique;
- Développement d'une offre de service décentralisée en hémodialyse hospitalière;
- La santé, le bien-être et la sécurité des employés du CISSS de la Gaspésie; une priorité.

Vous trouverez les affiches des projets dans les pages suivantes.

LE KATA FINANCIER COMME OUTIL DE COMMUNICATION

LE CONTEXTE

L'organisation s'est questionnée sur un moyen d'assurer le maintien de l'équilibre budgétaire ainsi que d'assurer un haut niveau de connaissances et de compétences en gestion budgétaire auprès de ces gestionnaires. Ce moyen devait permettre de créer un dialogue structuré entre l'équipe du suivi budgétaire, les directions et les hors cadres sur le sujet de la santé financière de l'organisation en permettant de prendre un temps d'arrêt pour comprendre leurs enjeux et les secteurs précaires pouvant influencer la situation financière de l'organisation.

LES PROBLÉMATIQUES

- Les suivis budgétaires étaient effectués différemment d'une direction à l'autre.
- Les directions n'étaient pas totalement en contrôle des divers aspects de leur gestion budgétaire.
- Plusieurs des questions adressées par « l'équipe budget » demeuraient sans réponse.
- Des situations déficitaires dans certains secteurs perduraient depuis longtemps.

Nous étions à la recherche d'un outil pour faciliter la circulation de l'information entre les directions, les hors cadres et l'équipe du suivi budgétaire.

LES OBJECTIFS

- Mobiliser les directeurs à l'importance des suivis budgétaires.
- Implanter une culture d'amélioration continue pour la santé financière.
- Assurer une pérennisation des actions priorisées par les directeurs :
  - Créer un dialogue sur la santé financière d'une direction;
  - Structurer les discussions pour demeurer à un niveau stratégique;
  - Rencontrer les directions au moins 4 fois par année;
  - Trouver le moyen de discuter de l'essentiel en 30 minutes top chrono.

valerie.rousseau.desgagnes4@ssss.gouv.qc.ca

LA MESURE

ÉVALUATION DE L'EXPÉRIENCE EN GESTION ET SUIVI BUDGÉTAIRE

Nous avons mesuré :

- L'efficacité du processus
- Le délai du processus
- La clarté des rôles
- L'information du processus
- Le soutien perçu
- L'opportunité d'amélioration

CONSTATS LES PLUS SIGNIFICATIFS

- La charge de travail des gestionnaires fait en sorte que le suivi budgétaire n'était pas priorisé.
- Le manque de disponibilité serait le facteur le plus significatif quant à l'inefficacité du processus.
- De façon générale, les rôles et les responsabilités n'étaient pas clairs pour l'ensemble des acteurs du processus.
- Il y a un besoin de clarifier les notions de bases et d'harmoniser la compréhension des termes.
- L'amélioration des canaux de communication favoriserait la circulation de l'information.

L'ANALYSE

QUELQUES DONNÉES

- 15 directions
- 110 gestionnaires
- Budget annuel de 340 M$
- 64 rencontres Kata réalisées en 2018-2019
- 50 rencontres Kata prévues en 2019-2020
- 60 % des sous-services en équilibre budgétaire
- 85 % taux de réponse actuel (35 % l'an passé)

DES SOLUTIONS

SOLUTIONS INNOVANTES

- Création et développement d'outils performants en suivis budgétaires dont le Kata financier.
- Accompagnement des nouveaux gestionnaires en les formant sur les concepts de gestion budgétaire et les outils utilisés.
- Mise en place d'un agenda standardisé pour officialiser les rencontres de Kata financier.
- Rencontres individuelles avec les directions pour les supporter dans la compréhension des divers écarts.

IMPACT SUR LA CULTURE ORGANISATIONNELLE

Cet outil est devenu un levier pour assurer la santé financière de l'organisation en déployant une culture organisationnelle axée sur l'amélioration continue et la performance.

LE DÉFI D'INNOVER

QU'EST-CE QU'UN KATA ?

C'est une routine pratiquée fréquemment pour développer une habitude et créer le réflexe de trouver des solutions pertinentes rapidement.

CE QUE L'ON RECHERCHE

- Questions courtes
- Réponses courtes – aller à l'essentiel
- Éviter les justifications

UNE APPROCHE STRUCTURÉE

Approche structurée sous la forme d'un Kata de 5 questions qui permet de cibler les éléments à questionner, installer une routine autour du suivi budgétaire et identifier les conditions souhaitée à atteindre en 30 minutes.

1. Évaluation globale de la situation financière de la direction.
2. Identifier les principaux secteurs déficitaires. Identifier
3. les principaux secteurs en économie.
4. Identifier les secteurs ayant un potentiel d'optimisation qui n'est pas exploité à sa pleine capacité.
5. Questionner si une action spécifique de l'équipe du budget est requise.

LES PARTICIPANTS

Le hors-cadre, le directeur, le directeur des ressources financières et le chef du budget.

L'ANIMATION

- Toutes les bi-périodes financières;
- Suivi des secteurs ciblés;
- Suivi des actions priorisées;
- Identification des pistes d'actions;
- Réflexion sur les pistes d'optimisation.

LES RÉSULTATS

- Animation de 64 rencontres et augmentation de 85 % du taux de réponse
- Amélioration de l'appropriation des enjeux des directions.
- Participation soutenue des directeurs aux rencontres.
- Implantation de plusieurs actions émergentes.
- Influence positive sur l'organisation : impact sur la culture organisationnelle.
- Permet de prendre le temps de discuter de la situation financière avec les hors cadres.

LES BONS COUPS

- Ce n'est pas seulement un outil, mais une façon d'aborder la gestion.
- Standardisation des pratiques entre les acteurs du processus.
- Permet d'observer de nouvelles opportunités d'amélioration.
- Mise en place de nouvelles mesures de performance.
- Amélioration continue par l'animation des Katas financiers.
- La standardisation du processus a permis l'élaboration et l'utilisation d'outils plus simples en vue de faciliter la compréhension et les suivis budgétaires.

LA PÉRENNISATION

- Présentation des outils et suivi du plan d'action en comité de direction.
- Utilisation d'un agenda standardisé pour les rencontres de Kata financier.
- Rencontrer les nouveaux gestionnaires dès leurs nominations.
- Prévoir le temps nécessaire et suffisant pour chacune des animations.
- La clé du succès est de faire des rencontres régulières, d'être attentifs aux commentaires et d'améliorer notre outil selon les besoins et réalités.

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie

Québec

UN MODÈLE DE SALLE DE PILOTAGE VIRTUELLE À CHAQUE PALIER HIÉRARCHIQUE

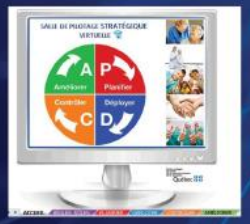
LA PROBLÉMATIQUE

Réparti sur un très vaste territoire, qui s'étend sur plus de 20 064 km², dont plus de 700 km de côtes, divisé en 4 réseaux locaux de services avec 47 établissements, le CISSS de la Gaspésie a rencontré comme obstacle majeur à l'implantation de ses salles de pilotage la distance à parcourir par ses membres pour des animations de courte durée.

LES OBJECTIFS

Implanter un modèle de salle de pilotage virtuelle pour chaque niveau hiérarchique en développant un modèle de salle virtuelle stratégique, un second tactique et un troisième opérationnel.

Améliorer la fréquence des animations tactiques et permettre la mise en place de salles opérationnelles qui n'auraient pas vu le jour autrement.



Contribuer à l'atteinte de nos objectifs en regard du nombre de salles de pilotage pour notre CISSS : 80 % des salles de pilotage tactiques et opérationnelles implantées d'ici le 31 mars 2020.

L'ANALYSE

Au niveau stratégique, le comité de direction désire pouvoir initier ses rencontres par l'animation de sa salle de pilotage stratégique, sur l'ensemble du territoire gaspésien, ceci afin de profiter du rassemblement des directeurs pour aller à la rencontre des employés sur les différents sites. La salle étant physiquement installée dans un site ne permet pas cette opportunité.

Au niveau tactique, les directions ayant implanté leur salle de pilotage tactique dans une salle physique pour assurer une animation en présentielle ont plus de difficulté à maintenir une fréquence d'animation satisfaisante, due entre autres, à la disponibilité limitée de leurs gestionnaires, comme l'animation implique pour certains de parcourir de grandes distances pour une animation de courte durée.

Également, des enjeux financiers engendrés par ces déplacements limitent le nombre d'animations possibles, certains gestionnaires étant même actuellement basés aux Îles-de-la-Madeleine.

Au niveau opérationnel, des équipes comme la comptabilité, ayant des membres répartis sur tout le territoire, ne permettent pas de tenir des animations standards en présentiel.

LA SOLUTION

Création d'un modèle de salle de pilotage pour chaque palier hiérarchique via l'élaboration de coquilles virtuelles Excel respectant l'ensemble des composantes des salles de pilotage. Il s'agit d'un copier-coller du modèle physique transposé dans une version virtuelle.

La coquille Excel est liée, à l'aide de liens hypertextes à différents documents pertinents à l'animation tels que la matrice de cohérence, le Vrai Nord, les A3 ou échéanciers de projet, les tableaux des indicateurs de performance, le mur Action, les bons coups, etc.

Les 4 murs sont ainsi représentés à l'intérieur de la coquille virtuelle. Cette dernière est déposée sur un dossier commun accessible en tout temps par tous les gestionnaires de l'équipe et l'animation se déroule grâce à un partage d'écran ainsi qu'une conférence téléphonique qui s'effectue en simultanée. Les membres de l'équipe peuvent ainsi se connecter à distance peu importe l'endroit où ils se trouvent. Souvent, les gens d'un même réseau local se regroupent ensemble en un même lieu, ce qui contribue au dynamisme de l'animation.

LES RÉSULTATS

STRATÉGIQUE

La salle de pilotage stratégique lancée depuis 2016 a été animée une première fois de façon virtuelle en avril 2018. La salle virtuelle est également projetée lors des rencontres en présentiel dans les différents sites tout comme pour les rencontres à distance. L'animation stratégique représente donc « un hybride » entre le présentiel et le virtuel.

TACTIQUE

La première salle de pilotage tactique virtuelle déployée avec la direction des ressources financières a été lancée le 15 décembre 2017. Depuis, toutes les nouvelles salles tactiques de l'organisation se déploient de façon virtuelle.

OPÉRATIONNELLE

La première salle de pilotage opérationnelle déployée pour le service de la comptabilité a été lancée le 22 juin 2018.

LES AVANTAGES DU MODÈLE VIRTUEL

- Permet l'animation de la salle stratégique sur tout le territoire gaspésien où se déplace le comité de direction.
- Les salles virtuelles sont accessibles par tous et en tout temps sur un dossier commun partagé.
- Favorise une meilleure vélocité grâce à une plus grande fréquence d'animation.
- Les gains en termes de temps, de déplacements et de coûts.
- Au niveau opérationnel, permet la mise en place de salles qui n'auraient pu exister autrement puisque leurs participants se trouvent aux 4 coins de la Gaspésie.
- Favorise le coaching comme il est possible de l'effectuer depuis son poste de travail.

LES BONS COUPS ET LES APPRENTISSAGES

- Le Bureau de la Performance Organisationnelle (BPO) supporte la construction de la coquille virtuelle en collaboration avec un porteur identifié par la direction.
- Stratégie de la cellule modèle : inviter les gestionnaires qui implanteront une future salle virtuelle à assister à l'animation de la salle virtuelle modèle représente une bonne pratique.
- La conformité visuelle et l'aisance de nos animateurs à naviguer dans les coquilles virtuelles nous confirment que lorsque le modèle traditionnel n'est pas approprié, il s'agit là d'une excellente alternative !

LA MESURE

INDICATEURS	TEMPS 0 – Mai 2017	RÉSULTATS	CIBLES
Déploiement global des salles de pilotage tactiques et opérationnelles	0	Avril 2019 : 50 %	31 mars 2020 : 80 %
Déploiement virtuel – Salle de pilotage stratégique	0	En place depuis avril 2018	1 modèle actif
Déploiement virtuel – Salles de pilotage tactiques	0	Décembre 2017 : première salle Avril 2019 : 4 actives et 3 en construction	1 modèle actif
Déploiement virtuel – Salles de pilotage opérationnelles	0	Juin 2018 : première salle Avril 2019 : 2 et d'autres en construction	1 modèle actif

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

DÉVELOPPEMENT D'UNE OFFRE DE SERVICES DÉCENTRALISÉE EN HÉMODIALYSE HOSPITALIÈRE

LE CONTEXTE

Considérant l'augmentation constante du nombre d'usagers de la Gaspésie nécessitant des services en suppléance rénale et les recommandations d'amélioration de l'accès aux services émises à l'automne 2015 par le MSSS « Paramètres d'organisation des services pour les personnes nécessitant des services de protection et de suppléance rénales par des traitements de dialyse », le CISSS de la Gaspésie, dès sa mise en place, a travaillé avec l'équipe du CISSS du Bas-Saint-Laurent et le MSSS à améliorer l'accès et la proximité aux services d'hémodialyse pour sa population. Eu égard à la prévalence en insuffisance rénale, l'accès de proximité de service en suppléance rénale devenait pour le CISSS de la Gaspésie, des soins et services de base.

LA PROBLÉMATIQUE

Manque d'accès de proximité aux services d'hémodialyse pour la population gaspésienne.

L'OBJECTIF

L'objectif commun du CISSS de la Gaspésie et du CISSS du Bas-Saint-Laurent est de rendre accessible un service de surspécialité essentiel à la vie le plus près possible de la communauté afin d'améliorer la qualité de vie et le bien-être de cette clientèle.

L'ANALYSE

Dans un système où les usagers se plaignent souvent d'être « ballottés » d'une ressource à une autre, il faut considérer le fait que ceux-ci désirent de plus en plus être traités le plus près possible de leur milieu de vie. Outre à l'Hôpital de Chandler, aucun autre service en hémodialyse n'était offert à l'été 2017 sur le territoire gaspésien ce qui occasionnait des distances importantes à parcourir par les usagers issus des autres réseaux locaux de service.

LA SOLUTION

Déployer en 9 mois 3 unités satellites de deux fauteuils dans les sites-hôpitaux suivants :

- Hôpital de Gaspé (RLS de la Côte-de-Gaspé)
- Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts (RLS de la Haute-Gaspésie)
- Hôpital de Maria (RLS de la Baie-des-Chaleurs)

Le CISSS de la Gaspésie n'ayant pas de néphrologue, le suivi des usagers est effectué par télémédecine grâce à un partenariat avec le CISSS du Bas-Saint-Laurent tout comme pour l'unité satellite de l'Hôpital de Chandler. Initialement, au terme du projet, nous parlions d'un ajout de 6 fauteuils d'hémodialyse qui permettraient de dialyser 12 personnes de plus à proximité de leur domicile; cependant en cours de projet, ce sont plutôt 8 fauteuils pour une capacité de 16 personnes supplémentaires.

MISE EN PLACE DE 2 COMITÉS

COMITÉ STRATÉGIQUE : MSSS, CISSS de la Gaspésie et CISSS du Bas-Saint-Laurent

COMITÉ D'IMPLANTATION : chargés de projet, DSP, DSI, DST, DRF et DRHCAJ

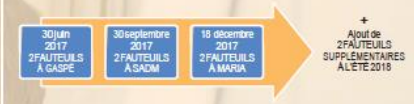
LES DÉFIS

Les défis sont nombreux, notamment au niveau interétablissement considérant l'envergure du déploiement dans une très brève échéance et les enjeux de sécurité des soins dans un contexte de très faible volumétrie.

La formation du personnel clinique et technique représente également un défi non négligeable considérant les distances à parcourir pour se rendre au centre principal de Rimouski et les courts échéanciers pour la formation en contexte de pénurie importante des ressources infirmières.

LES RÉSULTATS

C'est avec une très grande fierté que nous avons réussi à faire un pas de plus à l'été 2018 en déployant deux fauteuils supplémentaires à l'unité satellite de l'Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts, ce qui permet à 28 personnes atteintes de maladies rénales de recevoir leurs traitements en hémodialyse hospitalière près de leur domicile.



Du 3 juillet 2017 au 31 mars 2018, ce sont 841 traitements qui ont été faits dans ces trois unités satellites selon la séquence de déploiement en respect des échéanciers, et 1 022 traitements entre le 1er avril 2018 et le 1er octobre 2018.

SONDAGE SATISFACTION

Un récent sondage indique clairement la satisfaction de la clientèle après un an d'implantation :

- 100 % mentionnent que le personnel a les compétences pour la dispensation des soins et en assure la continuité;
- 96 % considèrent que le personnel prend au sérieux leur problème de santé et que ceux-ci comptent sur l'amélioration de leur état de santé et leur rétablissement;
- 100 % considèrent les services de bons à très bons.

Finalement, lorsqu'on leur demande quels sont les côtés positifs de leur expérience, ils nous mentionnent l'importance de recevoir les services d'hémodialyse hospitalière de proximité et le fait de pouvoir revenir chez eux. Ils ajoutent leur appréciation par rapport à la qualité du service et considèrent le service de proximité comme plus personnalisé.

LES BONS COUPS ET LES APPRENTISSAGES

Un projet inter-établissement d'une telle envergure nécessitait obligatoirement une collaboration soutenue et c'est ce que nous avons réussi ensemble, et ce, avec le CISSS du Bas-Saint-Laurent. Que ce soit au niveau de la haute direction, des gestionnaires ou des autres membres du personnel clinique ou administratif, un partenariat avec de réelles communications bilatérales a pu être créé et a permis d'éviter certains écueils et de résoudre en temps réel et efficacement les problèmes qui sont survenus en cours de route.

La proximité professionnelle entre les différents acteurs des deux établissements a assuré une vision collective et facilité le partage de buts communs.

Tous les employés se sont rapidement mobilisés pour d'abord produire un plan d'action avec un échéancier ambitieux et ensuite pour s'assurer de maintenir un effort de déploiement et de consolidation constant tout au long du projet.

Un chargé de projet a été identifié au CISSS de la Gaspésie, lequel était directement en lien avec la gestionnaire responsable du CISSS du Bas-Saint-Laurent pour lever les obstacles en situation de difficultés.

La collaboration des néphrologues tout au long du déploiement a aidé grandement à l'atteinte des cibles pour la délocalisation de la clientèle vers les sites déployés.

Ce projet témoigne que la collaboration interprofessionnelle et inter-organisationnelle est un moteur d'innovation !

LA MESURE

INDICATEURS	TEMPS 0 – Mai 2017	AU 31 MARS 2018	CIBLES
Nombre de fauteuils déployés sur le territoire gaspésien	6 (Rocher-Percé)	Ajout de 8 fauteuils (Total de 14)	Ajout de 6 fauteuils (Total de 12)
Nombre de réseaux locaux offrant le service	1 (Rocher-Percé)	4 réseaux locaux	4 réseaux locaux
Nombre d'usagers bénéficiant des services d'hémodialyse en Gaspésie	12 usagers (Rocher-Percé)	16 usagers supplémentaires (total de 28 usagers)	12 usagers supplémentaires (total de 24 usagers)

valerie.rousseau.dsegaspesie@ssss.gouv.qc.ca

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

LA SANTÉ, LE BIEN-ÊTRE ET LA SÉCURITÉ DES EMPLOYÉS DU CISSS DE LA GASPÉSIE; UNE PRIORITÉ

LE CONTEXTE

La situation en présence au travail, tant au niveau de l'assurance salaire que des maladies professionnelles et accidents, est en détérioration. Cette situation pose des problèmes importants au niveau de la disponibilité de la main-d'œuvre ainsi que sur le climat de travail. Si aucune amélioration n'est effectuée, cela risque d'avoir des impacts négatifs sur le maintien de l'offre de services que le CISSS peut offrir à sa clientèle en plus de l'importante pression financière créée sur l'organisation.

LA PROBLÉMATIQUE

Le taux d'assurance salaire de 8,24 % (hiver 2018), qui dépasse largement la cible de 6 %, ainsi que le trop grand nombre de cas CNESST créent une pression humaine et financière alarmante.

LA MESURE

INDICATEURS	TEMPS 0 P13 2018	RÉSULTATS 2019	CIBLES ULTIMES
Taux d'assurance salaire cumulé	8,35	P12 : 8,38	< 6
Nombre de cas CNESST	150 cas	P13 : 102	<78 cas

LA STRUCTURE DE GESTION

COMITÉ STRATÉGIQUE

Le 10 janvier 2018 s'est tenue la première rencontre du comité stratégique sur la santé, le bien-être et la sécurité des employés, qui regroupe des représentants du conseil d'administration, la présidente-directrice-générale, des membres de la direction, des gestionnaires, des syndicats et des médecins du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie. Le comité stratégique a pour principal mandat d'assurer une vigie quant aux actions proposées par les différents comités de travail et d'évaluer l'avancement et les résultats.

Le comité sera également un lieu d'échange et de discussions ouvertes. Les relations entre les membres du comité sont sous l'angle du partenariat et de la collaboration.

SONDAGE DES EMPLOYÉS	RÉSULTATS JUIN 2018	CIBLES JUIN 2019
Les activités de reconnaissance présentes dans mon organisation sont satisfaisantes en nombre et en qualité	44,4 %	60 %
Je reçois du « feedback » (rétroaction, appréciation) sur le travail que j'effectue	54 %	65 %
Je trouve que les décisions prises dans mon organisation sont appliquées avec équité (Exemples : Politiques et procédures, respect des conventions collectives, affichage de poste, etc.)	55,4 %	65 %
Mon organisation tient compte de mes idées et suggestions	58,9 %	70 %
Mon supérieur démontre un intérêt sincère vis-à-vis ma santé et mon mieux-être	66 %	75 %
Mon supérieur est disponible et à l'écoute de mes besoins	68,2 %	78 %
Mon supérieur répond rapidement à mes questions	68,3 %	80 %
Je sais facilement à qui m'adresser lorsque j'ai besoin d'une information	68,4 %	80 %
J'ai de la latitude pour concilier travail et vie personnelle	71 %	80 %

Le sondage réalisé par le Comité Climat de travail en juin 2018 sera relancé une 2e fois en juin 2019 pour évaluer les améliorations.

CIBLE ULTIME POUR TOUS LES INDICATEURS DU SONDAGE : 90 %

L'ANALYSE

GESTION DE LA PRÉSENCE AU TRAVAIL

- Trajectoire de processus non uniformisée
- Processus de réintégration de l'employé non défini
- Rôles et responsabilités des acteurs manquent de clarification
- Méconnaissance des processus et programmes par les différents acteurs
- Outils peu standardisés entre les réseaux locaux
- Travail en silo entre les Bureaux de santé, les gestionnaires, les syndicats et les médecins

CLIMAT DE TRAVAIL

- Gestionnaires et employés surchargés
- Manque de communication entre gestionnaires et employés
- Sentiment de ne pas pouvoir influencer le travail et l'organisation u Évaluations de rendement non réalisées, manque de rétroaction u Manque de reconnaissance et de valorisation de l'employé
- Peur de l'erreur / perception que mon travail n'est pas important
- Long délai avant d'avoir une réponse
- Gestion des horaires non optimale
- Équilibre vie travail / vie personnelle difficile
- Arrêt des comités locaux CPSST

LES PRINCIPALES SOLUTIONS

GESTION DE LA PRÉSENCE AU TRAVAIL

Consensus des partenaires sur la trajectoire optimale de gestion des dossiers en arrêt de travail, et ce, en conservant l'employé au cœur des préoccupations.

GAINS DE LA NOUVELLE TRAJECTOIRE

- Pratiques et outils optimisés selon les bonnes pratiques et uniformisés pour tous les Services Santé du CISSS de la Gaspésie
- Implication optimisée de l'employé dans son processus et suivi personnalisé
- Plan de réintégration au travail structuré et clair
- Rôles et responsabilités des acteurs clarifiés
- Discussion structurée entre l'employé et le gestionnaire dès l'arrêt
- Processus de suivi de l'employé officialisé par le processus (contacts durant l'absence)
- Validation systématique de la possibilité d'assignation temporaire pour tous les dossiers

AUTRES SOLUTIONS

- Implantation d'un rapport d'état entre les Services Santé et les gestionnaires
- Formation des gestionnaires, Services Santé et syndicats (+ vidéo)
- Mécanisme de suivi de l'absentéisme chronique

CLIMAT DE TRAVAIL

- Affichage des postes vacants
- Agenda standard entre les gestionnaires et leurs employés
- Comité de direction itinérant avec disponibilité pour les employés
- Comités locaux sur le bien-être au travail avec budget annuel
- Programme de reconnaissance
- Projet pilote sur le télétravail
- Projet pilote sur l'optimisation de la gestion des horaires comprimés
- Programme de formation pour les gestionnaires (leadership mobilisateur)
- Organigramme accessible, clair et à jour avec les coordonnées
- Programme d'accueil des nouveaux employés

REPRISE DES COMITÉS PARITAIRES EN SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL (CPSST) DANS CHAQUE RÉSEAU LOCAL

LES DÉFIS

- Libération des membres aux rencontres de suivi de projet
- Développement et suivi des indicateurs (fusion des systèmes)

LES BONS COUPS

- Partenariat novateur avec la mise en place du comité stratégique et les différents comités composés de gestionnaires, employés, médecins et représentants syndicaux.
- Grande mobilisation et engagement soutenu des membres des comités de travail.
- Plans d'action accueillis très favorablement par le comité stratégique.

Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès et travailler ensemble est la réussite !

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

valerie.rousseau.cisssgaspesie@ssss.gouv.qc.ca

Prix, hommages et rayonnement

PRIX

Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux

« Faisons équipe contre le cancer » remporte le prix *Personnalisation des soins et des services*

Nous tenons à féliciter chaleureusement l'équipe du projet « Faisons équipe contre le cancer » qui a remporté le Prix d'excellence en santé et services sociaux *Personnalisation des soins et des services* le 31 mai 2018 à Québec. Le projet « Faisons équipe contre le cancer » a été initié pour répondre à l'augmentation du nombre de patients en oncologie jumelé au taux élevé de citoyens éprouvant des problèmes de lecture. L'innovation et la créativité de l'équipe ont donné naissance à un concept unique : une plateforme Web (www.cancergaspesie.ca) regroupant des capsules vidéo éducatives à l'attention des patients. Ces capsules mettent en vedette des patients et des professionnels de la santé de chez nous, qui veulent partager leurs connaissances au bénéfice des personnes atteintes de cancer et leurs proches. C'est d'ailleurs l'implication du patient-partenaire et la collaboration interprofessionnelle qui ont séduit le comité de sélection. Il est important de souligner le soutien de M^me^ Johanne Méthot, directrice générale adjointe aux programmes santé physique généraux et spécialisés, ainsi que M. Jean-Luc Gendron, directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique. Mentionnons également le travail exceptionnel des patients-partenaires, ainsi que de chaque personne qui, de près ou de loin, a contribué à la réalisation de ce projet qui permet au CISSS de la Gaspésie de rayonner à travers le Québec.

Sur la photo, de gauche à droite : M. Gaétan Barrette, M^me^ Christine Arsenault, M^me^ Solange Gagné, M^me^ Chantal Duguay, M^me^ Johanne Méthot, M. Jean-Luc Gendron, M^me^ Lucie Charlebois

Nous tenons à féliciter l'équipe d'oncologie du CISSS de la Gaspésie!

Pour l'année 2019-2020, dans le cadre de la **36^e^ édition des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux,** la Direction qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) a transmis deux candidatures, dans les domaines suivants :

- Partenariat – Projet ***« Hémodialyse »***
- Intégration des services – Projet ***« Pour tous les p'tits Jimmy de la Gaspésie »***

Les deux projets n'ont malheureusement pas été retenus par le jury national.

Gagnant du concours : Pleins feux sur l'initiative en SST Service de prêt d'équipements

Le CISSS de la Gaspésie dédié à la sécurité des employés et au service à la clientèle – S'équiper pour prévenir

Le service de prêt d'équipements pour le maintien à domicile du réseau local de services du Rocher-Percé a fait peau neuve lors de son déménagement. Maintenant logé dans le nouveau bâtiment du Service externe de gériatrie ambulatoire (SEGA), il est configuré pour accroître l'accessibilité de l'équipement et la qualité de l'environnement de travail. Le comité chargé d'assurer la transition du service a d'abord élaboré une procédure claire pour la clientèle devant emprunter de l'équipement afin de mieux l'orienter. Cette nouvelle marche à suivre devait aussi augmenter la santé et la sécurité du personnel concerné. Ainsi, les problèmes présents dans les anciens locaux liés à l'entreposage, l'entretien de l'équipement, la manutention des charges, la salubrité et la prévention des infections ont été pris en compte et corrigés. La nouvelle installation offre la présence quotidienne d'un professionnel pour évaluer les besoins de la clientèle. L'évaluation se fait dans des locaux adaptés et confidentiels. L'ensemble des opérations (préparation de l'équipement, service de livraison, désinfection, réparation, etc.) est réalisé sous le même toit de manière rigoureuse. Le service de prêt d'équipements est désormais reconnu pour sa diligence, sa proximité et sa facilité d'accès.

RAYONNEMENT

Colloque sur l'ACQ (amélioration continue de la qualité) en médecine de famille au Canada

Les 24 et 25 septembre 2018 se tenait, à Toronto, le colloque sur invitation portant sur l'ACQ en médecine de famille au Canada. Cet événement était organisé par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), en collaboration avec Réseau-1 Québec et la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. L'objectif de cet événement était de susciter un engagement collaboratif pancanadien visant à faire progresser l'ACQ en médecine de famille et en soins primaires. Des leaders, des experts, des enseignants, des cliniciens et des décideurs de tout le pays ainsi que quelques leaders provenant de la scène internationale participaient à l'événement. Mme Édith Bernier, agente d'ACQ au GMF-U de Maria, a présenté les travaux en cours dans notre établissement.

Toutes nos félicitations à Mme Bernier et l'équipe GMF-U de Maria, sous la direction de Mme Johanne Méthot, DGA.

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

CHAPITRE III : LES ATTENTES SPÉCIFIQUES

Résultats au regard des attentes signifiées 2018-2019

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)			
Implanter dans chaque établissement de santé et services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) (02.1)	Chaque établissement doit mettre en place un CS-PCI et s'assurer qu'il remplisse 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.	R	
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)	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, 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.	R	
SERVICES SOCIAUX (DGSS)			
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) (03.1)	Les établissements doivent compléter et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation (PTAAC).	R	
Plan d'action TSA (2017-2022) (03.2)	Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	R	
Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir (03.3)	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;	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
	• de les accompagner au moyen d'une offre de service 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.	R	
Trajectoire de services optimale pour les jeunes et leur famille en situation de négligence (03.4)	Une trajectoire de services bien définie permet d'assurer la coordination optimale des services et le suivi systématique de l'usager. Elle vise également à améliorer la qualité et l'efficience 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.	NA	Annulé via le Bulletin EGI n. 7
Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA (03.5)	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, en intrahospitalières et 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.	NA	Pour le suivi des résultats des délais d'attente des usagers en statut NSA, ce sont dorénavant les durées moyennes de séjour en statut NSA colligées dans le système RQUSCH qui seront utilisées à partir de la P6. Il en sera de même pour les périodes P10 et P13. Le fichier Excel utilisé en 2017-2018 n'est donc plus requis et aucune transmission de résultats au ministère de la Santé et des Services sociaux n'est requise de la part des établissements.
		NA	Annulé Bulletin 15.01 L'état de mise en œuvre des pratiques prévu pour la P-13 est annulé étant donné que nous venons de recevoir, le 15 mars 2019, des données quantitatives et qualitatives portant sur l'implantation des bonnes pratiques au sein de tous les établissements.
Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD (03.7)	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.	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
SERVICES DE PROXIMITÉ, URGENCES ET PRÉHOSPITALIER			
État d'avancement du Plan d'action triennal 2016-2019 - Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs (04.1)	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1er juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CIUSSS et des CISSS devra être produit.	R	
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)	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.	À venir	Échéance reportée au 30 juin 2019 (réf. : bulletin EGI n0 20)
Mise en place d'un comité tactique télésanté en établissement (04.3)	Compléter 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.	R	
Rapport annuel télésanté 2018-2019 (04.4)	Compléter le gabarit du rapport annuel 2018-2019 produit par le MSSS.	R	
SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET DE PSYCHIATRIE LÉGALE			
Poursuivre le déploiement des effectifs en santé mentale dans les équipes de soutien dans la communauté (05.1)	Chaque établissement qui a reçu du financement doit fournir, pour chaque type de services de soutien dans la communauté identifié, les informations requises sur les postes équivalents à temps complet créés, comblés et vacants, le nombre de places supplémentaires disponibles, le nombre d'usagers supplémentaires desservis, le coût moyen par poste créé, de même que le total de la dépense engagée.	R	
FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET			
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)	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.	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE			
Mandat ministériel de leadership régional en sécurité civile (08.1)	Exercer le rôle de leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région et s'assurer de la mise en application dans la région des orientations ministérielles en sécurité civile, notamment celles de la PMSC. À cet effet, le MSSS s'attend à ce que l'établissement maintienne une instance de concertation régionale en sécurité civile avec des mécanismes de coordination efficaces. Cette instance doit favoriser le déploiement concerté des ressources du réseau advenant un sinistre. L'établissement doit également représenter le réseau lors des réunions de l'Organisation régionale de la sécurité civile.	R	
Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux (08.2)	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.	R	
Plan de maintien des services ou activités critiques – Santé et Services sociaux (08.3)	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.	R	
PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ			
Mise en œuvre d'un Plan d'action en santé et bien-être des hommes par les établissements (09.1)	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 identifiés dans le document des lignes directrices.	R	
TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION			
Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et en services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits (10.1)	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.	R	

CHAPITRE IV : LES ENGAGEMENTS ANNUELS

Portrait sommaire de la performance du CISSS de la Gaspésie :
atteinte des engagements annuels 2018-2019
(Mise à jour 12 juin 2019)

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé publique				
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles ayant mis en œuvre des interventions globales et concertées en promotion et en prévention de la santé selon l'approche École en santé	30,6	80	3,2	NA
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Nous avons, par le passé, calculé le pourcentage des commissions scolarisées et non le nombre d'écoles. Les données n'ont pas été transmises dans l'année en cours et seront colligées selon la définition de l'indicateur pour 2019-2020.				
1.01.27 EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	92,5	93	90,3	NA
1.01.28 EG2 Proportion des enfants recevant 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	79,9	90	76,5	NA
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Dû aux petits volumes d'enfants et de personnel concerné, il arrive de dépasser les cibles de quelques jours. Ceci a eu un impact sur nos résultats. Notre résultat est très stimulant avec l'année passée.				
1.01.29 PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez des jeunes de 15 à 24 ans	334	261	346	240
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	64,2	85	65,7	NA
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Nous avons une légère amélioration du comparatif à l'année passée. Toutefois, des mesures concrètes sont requises afin d'atteindre la cible dans notre région. La petitesse de l'équipe et le volume de la clientèle ont un impact important sur les résultats.				
Santé publique - Infections nosocomiales				
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	60,4	75	62,5	80
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Notre démarche collective d'amélioration continue est connue et bien implantée dans chacun de nos territoires. Également, le processus d'audit est standardisé sur chacun de ces dits territoires. Présentement, ces résultats sont influencés négativement par le secteur de la Baie-des-Chaleurs. À la DSI, plusieurs actions sont en cours pour adresser cette performance ; • Arrimage avec les patients partenaires pour la sensibilisation de nos intervenants; • Formation standardisée à l'embauche en PCI avec vérification du lavage des mains; • Questions à l'entrevue sur l'importance accordée à l'hygiène des mains et les moments importants à respecter; • Remise de bouteilles de gel à l'embauche; • Formations des assistantes infirmières des unités de courte et longue durée; • Achat de lampes et exercice de suivi auprès des intervenants hebdomadaire sur les unités; • Micro projet à l'unité de médecine du CH de Maria.				
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	NON DISPO	100	100	95
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	NON DISPO	100	50	95
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) L'atteinte de l'indicateur implique pour notre établissement qu'aucune bactériémie à SARM ne doit être recensée durant l'année entière pour tous les hôpitaux, incluant les Îles-de-la-Madeleine. La petitesse du dénominateur (jours présences en milieu hospitalier) influence ainsi négativement notre performance. Pour le territoire de la Baie-des-Chaleurs, une bactériémie a été déclarée chez un patient connu à la P4. Cette bactériémie était sans foyer connue. Il en va de même pour la Côte-de-Gaspé en lien avec le dénominateur. Pour ce territoire, nous sommes en discussion avec l'INSPQ car nos données d'établissement de la dernière année ne contiennent aucune bactériémie à SARM selon notre système d'information Nosokos. Il est important de rappeler que le taux établi se situe pour les deux prochaines années à 0,41 par 10 000 jours-présences. Il n'y pas de sous classe pour les plus petits établissements comme nous. Ce taux est établi pour des établissements de courte durée non universitaire avec moins de 110 lits – et plus de 1000 jours présences dans les unités de courte durée excluant la longue durée, la santé mentale et la pouponnière. Nous maintenons cependant le cap avec comme objectif de n'avoir aucune bactériémie à SARM sur l'ensemble du territoire Gaspésien.				
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)	NON DISPO	100	100	95

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Services généraux				
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	93,3	95,8	94,21	NA
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Depuis un an, les appels sont basculés à Montréal ce qui peut occasionner des délais supplémentaires pour certains appels vu un achalandage plus élevé. Nous avons dépassé l'objectif ministériel 2020, soit 90 %. Nous sommes à former 4 autres intervenants pour Info-social ce qui aidera à combler nos quarts de travail à 80 %, et ainsi à atteindre notre prochaine cible en 2019-2020.				
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)				
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100	100	100	100
1.03.07.02-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100	75	100	100
1.03.10-PS Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	50	75	75	100
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus	95,3	93,5	95,5	NA
1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO SMAF de 4 à 14 (Nouveau)	329 786	293 500	335 583	NA
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 (Nouveau)	1 299	1 580	1 283	NA
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Nous constatons une amélioration depuis l'année dernière. Nos stratégies de repérage sont relativement efficaces. Le travail avec les partenaires porte fruit et reste à être consolidé. Stratégies pour la prochaine année : Intensifier le repérage (PRISMA-7) avec nos partenaires du RLS, soit les EÉSAD, RPA, GMF, pharmacies de la communauté, revoir la stratégie de repérage utilisée lors des cliniques de vaccination, reprendre le projet "Repérage grand âge" avec une plus large clientèle (80 à 89 ans), il s'agit ici de s'assurer que tous les usagers entre 80 et 89 ans ayant consulté dans une de nos urgences ont bien été repérés et leurs besoins évalués.				
Soutien à domicile de longue durée (SAPA / DP / DI-TSA)				
1.03.05.01 – EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	361 331	379 587	440 756	NA
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	2 011	2 350	2 252	2 545
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Nous constatons une amélioration depuis l'année dernière. Nos stratégies de repérage sont relativement efficaces, cependant il y a place à améliorations. Stratégies pour la prochaine année : Intensifier le repérage (PRISMA-7) avec nos partenaires, soit les EESAD, RPA, GMF, pharmacies de la communauté, revoir la stratégie de repérage utilisée lors des cliniques de vaccination, reprendre le projet repérage grand âge avec une plus large clientèle (80 à 89 ans), il s'agit ici de s'assurer que tous les usagers entre 80 et 89 ans ayant consulté dans une de nos urgences ont bien été repérés et leurs besoins évalués.				
1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	78,4	90	71,4	90
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Nos résultats sont à la baisse en comparaison avec l'année dernière. L'implantation de la nouvelle version de l'OCCI a eu un impact majeur sur notre production car nous avons constaté que la durée requise pour compléter une nouvelle évaluation était plus importante qu'avec la version précédente. De plus, la pénurie de personnel a également eu un impact négatif. Nous avons collaboré avec le MSSS à un projet de type LEAN qui nous a permis d'adresser, entre autres, la question de la durée de complétion d'un OCCI et diverses solutions ont émergé dont la mise en place d'une équipe d'évaluation rapide dans deux RLS et éventuellement, selon les résultats dans tous les RLS, l'utilisation plus importante du télétravail pour permettre une complétion des évaluations sans interruption, une meilleure répartition des portables nécessaires à la complétion des OCCI, mettre fin à l'utilisation de la version papier qui exige une transcription que représente une perte de temps, etc. De plus, nous utilisons de façon plus proactive les rapports du comptoir de données SAD pour améliorer la planification et la réalisation des OCCI par les intervenants sur une base hebdomadaire, périodique et annuelle. Il faut noter que nous travaillons étroitement avec la Direction déficiences et réadaptation physique.				
Déficiences - Plan d'accès DP / DI-TSA				
1.45.04.01 Taux des demandes de services traitées en **CLSC** selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services - **Déficience physique** - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	82,9	90	71,2	NA
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Les résultats obtenus sont inférieurs à ceux de l'an passé. Une pénurie de personnel vient expliquer en grande partie ces résultats. En effet, malgré de nombreuses démarches de recrutement, l'établissement n'a pu combler certains postes dépourvus de titulaires pendant plusieurs mois en ergothérapie, travail social et technicien en réadaptation physique. Autre que cet élément majeur, une problématique de compréhension des codes de priorité est relevée. À cet effet, une rencontre avec les professionnels des guichets seront rencontrés par la gestionnaire d'accès prochainement. Aussi, comme stratégie d'amélioration, un suivi sera fait à la salle de pilotage				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
tactique des directions SAPA et Déficiences. Finalement, les intervenants seront de nouveau conscientisés aux paramètres décrits dans le Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience.				
1.45.05.01 Taux des demandes de services traitées en **CLSC** selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services - **DI / TSA** - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	93,9	92,5	78,8	NA
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Considérant qu'il s'agit des mêmes équipes en DI-TSA qu'en DP, les motifs expliquant l'écart sont les mêmes que ceux nommés ci-haut. Les stratégies d'amélioration sont également les mêmes.				
1.45.04.05 Taux des demandes de services traitées en **CRDP** selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services - TOUS ÂGES -TOUTES PRIORITÉS	85,2	90	89,7	NA
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Nous considérons que la cible est atteinte considérant le résultat de 89,7%.				
1.45.05.05 Taux des demandes de services traitées en **CRDI** selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services - TOUS ÂGES -TOUTES PRIORITÉS	90,7	94,1	82	NA
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) L'établissement a traité 58 nouvelles références au cours de l'année 2018-2019. De ce nombre, 50 usagers ont été pris en charge. De ces 50 prises en charge, 41 ont été réalisées dans les délais attendus. Le résultat obtenu est attribuable à une prise en charge hors délai pour 9 usagers dont 3 excèdent entre 1 et 25 jours. Le principal motif pouvant expliquer ce résultat est le manque de personnel en éducation spécialisée dans certains RLS. Un suivi de cet indicateur est réalisé à la salle de pilotage tactique et des actions concrètes sont inscrites au mur action.				
1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	80	85	75	90
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Le résultat obtenu inclus les données issues du CISSS de la Gaspésie ainsi que celui du CISSS des Îles-de-la-Madeleine. Les données concernent quatre jeunes répartis sur l'ensemble de la région 11, dont deux sont originaires de la Gaspésie. Si l'on isole les données issues des 2 CISSS, le résultat est atteint à 100% pour le CISSS de la Gaspésie.				
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme	42,17	43	28,28	90
Jeunes en difficulté				
1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	20,18	18	18,95	17,18
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) En 2017-2018, notre taux se situait à 19,64 pour 1000 jeunes. Nous espérons que la tendance positive se poursuivra sur cette voie dans la prochaine année et ainsi atteindre notre cible pour 2020. Une entente spécifique avec certains organismes communautaires qui contribuent à rejoindre les clientèles les plus vulnérables, notamment celles issues de la communauté anglophone, sera d'ailleurs mise de l'avant en 2019-2020, dans le cadre du PAPFC2, (Destination Familles).				
Dépendance				
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	73,9	80	86,1	NA
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	98,7	96,4	94,2	90
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Petite baisse mais un redressement facile à faire dans les prochaines semaines. Dû à des nouveaux intervenants qui n'ont pas eu les formations. Nous dépassons la cible ministérielle 2020.				
Santé mentale				
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	230,4	200	234	166
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	NON DISPO	NA	0	NA
Santé physique - Urgence				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	9,22	8	9,84	8
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Notre performance demeure supérieure à la moyenne nationale; elle est malheureusement influencée négativement par celle de l'Urgence de Maria. Un A3 est en place en salle stratégique où les éléments suivants seront adressés pour la prochaine année: application des recommandations en lien avec la trajectoire de services de la Baie-des-Chaleurs, consolidation du processus de réorientation de la clientèle P4-P5, harmonisation du fonctionnement et des algorithmes des accueils cliniques, poursuite des engagements de la PDG au forum du SAD et implantation de la cogestion médicale.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	72,9	75	74,8	90
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Nous sommes confiants que la réalisation des actions ci-haut mentionnées nous permettra d'atteindre l'objectif ambitieux recommandé de 90 %. Pour l'année 2018-2019, nous considérons avoir atteint notre objectif de 75 %.				
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	77,1	78	78,6	95
Santé physique - Soins palliatifs et de fin de vie				
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	290	358	348	366
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Nos résultats sont en amélioration par rapport à l'année dernière. Nous souhaitons peaufiner l'arrimage entre la direction SAPA, la direction de la santé physique et la direction des services professionnels pour la mise en place des mesures du plan d'action ministériel SFPV 2015-2020, mettre l'accent sur des références plus précoces des personnes SFPV vers le programme SAD, faire davantage de promotions sur les services offerts aux personnes SPFV et leurs droits ainsi qu'optimiser la collaboration.				
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	8	8	8	8
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	21,9	25	24,8	27
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Nous considérons que la cible est atteinte considérant le résultat de 24,8 %.				
Santé physique - Services de première ligne				
1.09.25-PS Nombre total de GMF accrédités	5	5	5	4
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille.	88,63	91,5	91,41	85
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Nous sommes ex æquo les meilleurs au Québec. Les guichets orphelins ont un délai d'attente généralement très raisonnable, parfois même nul, fluctuant ponctuellement selon les départs et arrivées des médecins. En général, un Gaspésien désirant avoir un médecin de famille pourra en obtenir un assez rapidement.				
Santé physique - Chirurgie				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	2	0	4	0
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Il s'agit de 4 cas en urologie comme il n'y a pas d'urologue dans la région ce qui occasionne des délais plus importants (externe).				
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	85,2	90	78,5	90
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Le dépassement de 28 jours est principalement attribué aux chirurgies de la peau (nez, peau, pas mélanome) fait à Gaspé. Nous n'avons aucun dépassement pour les chirurgies du sein, du colon et de la thyroïde dans toute la Gaspésie. La codification de ces chirurgies est en cours de validation, mais ne devrait probablement pas être considérées oncologiques.				
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	99,5	100	98,5	NA
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Les plus de 56 jours sont attribués aux cas d'urologie (2 cas) à Chandler, la disponibilité des urologues étant limitée. Nous sommes en tentative de recrutement d'un permis restrictif.				
Santé physique - Imagerie médicale				
1.09.34.00 Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois	NON DISPO	90	78,8	100
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Haute-Gaspésie : Absence temporaire d'un médecin spécialiste et présentement en retour. Rocher-Percé : Disponibilité médicale et bris de l'appareil de scopie et technologue autonome en abdopelvien pour pallier au manque de disponibilité médicale. Baie-des-Chaleurs : Formation en cours d'un technicien autonome pour les échographies cardiaques Côte-de-Gaspé : Pénurie de personnel et recrutement en cours pour les échographies cardiaques				
1.09.34.02 Demandes en attente moins de 3 mois en **Scopies**	81,8	90	41,9	100
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Rocher-Percé : Bris d'appareillage occasionnent des bris de services et impossibilité de remplacer l'appareil avant 2023. Disponibilité médicale. Haute-Gaspésie : Absence temporaire d'un médecin spécialiste et présentement en retour. Beaucoup d'annulation de la part des usagers.				
1.09.34.03 Demandes en attente moins de 3 mois en **Mammographies diagnostiques**	100	100	100	100

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
1.09.34.04 Demandes en attente moins de 3 mois en **Échographies obstétricales**	100	100	97,9	100
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Haute-Gaspésie : Absence temporaire d'un médecin spécialiste étant présentement en retour.				
1.09.34.05 Demandes en attente moins de 3 mois en **Échographies cardiaques**	42,3	90	71	100
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Rocher-Percé : Disponibilité médicale. Baie-des-Chaleurs : Formation en cours du technologue en écho. Cardiaque. Côte-de-Gaspé : pénurie de personnel et recrutement en cours avec formation à venir.				
1.09.34.06 Demandes en attente moins de 3 mois en **Échographies mammaires**	100	100	77,8	100
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Haute-Gaspésie : Absence temporaire d'un médecin spécialiste étant présentement en retour.				
1.09.34.07 Demandes en attente moins de 3 mois en **Autres échographies**	56,9	90	66,9	100
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Rocher-Percé : Disponibilité médicale et technologue autonome abdopelvien pour pallier au manque de disponibilité médicale. Haute-Gaspésie : Absence temporaire d'un médecin spécialiste et présentement en retour.				
1.09.34.08 Demandes en attente moins de 3 mois en **Tomodensitométries**	98,9	95	99,5	100
1.09.34.09 Demandes en attente moins de 3 mois en **Résonances magnétiques**	99,3	95	98,8	100
Ressources matérielles				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100	NA
Ressources humaines				
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance-salaire	8,04	6	8,37	5,83
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Malgré l'importante démarche entreprise par l'organisation « La Santé, le bien-être et la sécurité des employés; une priorité! », le ratio d'assurance-salaire n'a pu être rétablit à la baisse. De fait, la mise en place des plans d'action s'échelonnant jusqu'en juin 2019, les bénéfices mesurables ne pourront qu'être appréciés plus tard au cours de l'année 2019-2020. Également, le soutien financier qui sera apporté au cours de l'année 2019-2020 pour la mise en place des différentes mesures proposées par le MSSS en regard du soutien du personnel seront assurément bénéfiques pour notre organisation.				
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	4,68	3,26	5,63	3,28
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) L'incidence de l'assurance-salaire a inévitablement un impact sur le taux d'heures supplémentaires tout comme la pénurie de main d'œuvre de certains secteurs. À la suite du rehaussement des postes en soins infirmiers, nous espérons une amélioration quant au taux d'heures supplémentaires à venir.				
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,76	0,68	0,98	0,99
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Au cours de l'année, il a fallu recourir à davantage de main d'œuvre indépendante pour l'Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts en soins infirmiers, et ce, afin de préserver l'offre de service en Haute-Gaspésie. Les enjeux de recrutement en soins infirmiers, et ce, partout en Gaspésie, expliquent également la hausse du taux de recours à la main d'œuvre indépendante. Nous espérons que le rehaussement des postes aura une incidence positive pour l'année à venir.				
Multiprogrammes				
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	78,1	84,5	73,1	75
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctives, etc.) Le délai s'explique par des postes vacants. Actuellement, tous les postes sont comblés donc cela aidera à l'atteinte des cibles.				

Légende

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

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

L'AGRÉMENT

Cycle d'agrément 2018-2023

Dans le cadre d'un nouveau cycle d'agrément 2018-2023, nous recevrons Agrément Canada du 27 au 31 mai 2019. Il s'agira de la première visite du nouveau programme d'Agrément qui comprendra deux séquences :

- SÉQUENCE I
  - Gouvernance (conseil d'administration)
  - Leadership (comité de direction)
    - Normes transversales (critères organisationnels) : gestion des médicaments; prévention et contrôle des infections et retraitement des dispositifs médicaux.
  - Continuum jeunesse
  - Continuum santé publique (en collaboration avec le CISSS des Îles)

- SÉQUENCE II
  - Continuum santé mentale
  - Continuum dépendances

La visite de mai 2019 permettra d'évaluer l'avancée des travaux en cours de réalisation à la suite de la visite de septembre 2017. Rappelons ici que le cycle d'agrément est maintenant annuel et en mode continu d'amélioration de la qualité des soins et des services. En juin 2020, le continuum de la santé physique et des services généraux sera évalué pour la SÉQUENCE III du cycle d'agrément.

Patient-partenaire en santé mentale

Actuellement, en préparation de la visite d'agrément qui se tiendra du 26 au 31 mai 2019, nous intégrons cette approche novatrice dans les programmes visés par Agrément Canada. Ainsi, nous avons débuté des comités de gestion des risques par RLS intégrant l'approche patient-partenaire.

On définit le patient-partenaire comme étant « Une personne progressivement habilitée, au cours de son parcours de santé, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins développées avec l'aide des intervenants de l'équipe. Respecté dans tous les aspects de son humanité, le patient-partenaire est membre à part entière de cette équipe en ce qui concerne les soins et services qui lui sont offerts. Tout en reconnaissant et en respectant l'expertise des membres de l'équipe, il oriente leurs préoccupations autour de ses besoins et de son projet de vie. » Le principe directeur de l'approche du patient-partenaire est donc double. D'une part, on enseigne aux professionnels de la santé à reconnaître et à valoriser les savoirs expérientiels de leurs patients. D'autre part, l'objectif est d'autonomiser le patient pour qu'il puisse prendre soin de lui-même de manière régulière et qu'il n'ait recours au médecin qu'en cas de crise.

LES VISITES D'ÉVALUATION ET LES SONDAGES DE SATISFACTION

Sondage de satisfaction de la clientèle hébergée dans l'ensemble des centres d'hébergement du CISSS de la Gaspésie

Secteurs	Centre d'hébergement de Cap-Chat	Centre d'hébergement de Chandler		Centre d'hébergement Mgr Ross	Centre d'hébergement Matapédia	Centre d'hébergement Maria	Centre d'hébergement New Carlisle
		Villa Pabos	USLD				
Secteur relationnel	93,5 %	94,3 %	90,6 %	90,4 %	98 %	90 %	90 %
Secteur professionnel	91,7 %	89,8 %	77,3 %	87,1 %	97 %	89 %	88 %
Organisation des services	91,8 %	90,4 %	83,6 %	92,2 %	95 %	85 %	86 %
Secteur milieu de vie	91,1 %	92,0 %	88,4 %	90,1 %	96 %	88 %	87 %

Le tableau ci-haut présente les résultats d'un questionnaire évaluant la perception des usagers, des familles et des proches concernant les aspects organisationnels des centres d'hébergement du CISSS de la Gaspésie. L'objectif principal visait à dresser le portrait organisationnel des centres d'hébergement, afin de dégager des pistes d'amélioration continue de la qualité des services. Cette évaluation de la qualité des services s'inscrit dans les activités du Programme d'appréciation continue de la qualité du CISSS de la Gaspésie.

- Les sondages permettent de récolter plusieurs commentaires qui devront être validés puisqu'ils émanent souvent d'une seule personne ou famille (recommandation du comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration).
- Au CISSS de la Gaspésie, l'évaluation des soins et des services en CHSLD fait l'objet d'une analyse aux 2 ans.

Les résultats obtenus témoignent de la qualité des soins et des services dispensés dans les centres d'hébergement (CHSLD) du CISSS de la Gaspésie. À la suite de la publication de ce rapport, les CHSLD ont reçu des certificats soulignant leurs bons résultats. Il est important de souligner les efforts constants des employés, des professionnels, des médecins, des gestionnaires et des bénévoles afin de maintenir le niveau d'excellence actuel.

Félicitations et bonne continuité aux équipes des CHSLD!

Visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie

Ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF) et Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)

En 2004 débutaient les visites d'appréciation de la qualité des services dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Ces visites faisaient suite aux orientations ministérielles « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD » diffusées en octobre 2003.

Le mandat confié aux équipes de visite est d'évaluer la qualité du milieu de vie, de reconnaître les actions mises de l'avant à cet égard et de formuler des recommandations, le cas échéant, dans une perspective d'amélioration continue des soins et des services donnés à la clientèle concernée.

Sous ce mandat, les CHSLD publics, privés et privés conventionnés de la province ont tous fait l'objet de visites ministérielles de la part de la Direction de la qualité des milieux de vie. Ses visites se sont déroulées en deux cycles :

- Entre le 1er avril 2013 et le 31 mars 2015 (premier cycle de visites) : 412 CHSLD ont fait l'objet d'une visite ministérielle
- Entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2018 (deuxième cycle de visites) : 413 CHSLD ont fait l'objet d'une visite ministérielle

Vous trouverez ci-dessous le bilan du 2e cycle des visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD, par région. Pour notre région, de nos 8 installations, dont une aux Îles-de-la-Madeleine, 2 ont eu la note « Très adéquat » (25 %) et 6 ont eu la note « Acceptable » (75 %).

Voici le détail des résultats des visites au deuxième cycle selon la région responsable :

Tableau 1. Résultats des évaluations des CHSLD au cycle 2, par région responsable

Région responsable	Très adéquat		Acceptable		Préoccupant	
	n	%	n	%	n	%
01 – Bas-Saint-Laurent	0	0,0	10	77,0	3	23,1
02 – Saguenay – Lac-Saint-Jean	5	29,4	12	70,6	0	0,0
03 – Capitale-Nationale	13	31,7	28	68,3	0	0,0
04 – Mauricie et Centre-du-Québec	9	31,0	19	65,5	1	3,5
05 – Estrie – CHUS	6	20,0	19	63,3	5	16,7
06 – Montréal	21	22,1	61	64,2	13	13,7
07 – Outaouais	4	25,0	12	75,0	0	0,0
08 – Abitibi-Témiscamingue	0	0,0	8	80,0	2	20,0
09 – Côte-Nord	2	18,2	2	18,2	7	63,6
10 – Baie-James	0	0,0	3	100,0	0	0,0
11 – Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	2	25,0	6	75,0	0	0,0
12 – Chaudière-Appalaches	16	45,7	19	54,3	0	0,0
13 – Laval	5	29,4	9	52,9	3	17,7
14 – Lanaudière	4	20,0	13	65,0	3	15,0
15 – Laurentides	6	33,3	12	66,7	0	0,0
16 – Montérégie	13	26,0	33	66,0	4	8,0
Ensemble du Québec	**106**	**25,7**	266	**64,4**	41	**9,9**

Entre le mois de juin 2018 et le 31 mars 2021, débutera un 3e cycle de visites en CHSLD au cours duquel l'ensemble des CHSLD publics et privés conventionnés fera de nouveau l'objet d'une évaluation de la qualité de leur milieu de vie.

Sondage de satisfaction de la clientèle hébergée dans une ressource intermédiaire (RI) ou une ressource de type familial (RTF)

KAIZEN – CEINTURE VERTE

Dans le but de préparer un Kaizen, nous avons effectué un sondage téléphonique auprès de nos ressources dans les programmes : Jeunesse, déficience intellectuelle et physique et trouble du spectre de l'autisme, santé mentale et personnes âgées (Soutien à l'autonomie de la personne âgée – SAPA).

Le Kaizen a été effectué selon le DMAIC, une approche de résolution de problème utilisée dans le cadre de projet Lean. Cette démarche repose sur une démarche structurée en 5 étapes :

OBJECTIF KAIZEN

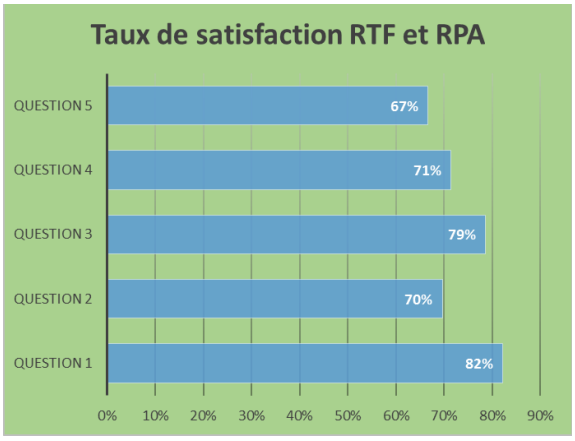
Amélioration des délais de prise en charge des ressources de type familial (RTF) et des familles d'accueil de proximité (FAP).

DÉFINIR LA PROBLÉMATIQUE

Le CISSS de la Gaspésie éprouve des problèmes d'intégration des jeunes dans les familles d'accueil de proximité (FAP), créant un sentiment d'insécurité chez l'enfant et un sentiment de non-compétence chez les FAP. Le délai de prise en charge des enfants prévu de 72 heures (production des *sommaires de renseignements),* les six premiers mois de l'évaluation de la FAP et le délai de 60 jours (production de l'instrument de classification) ne sont pas toujours respectés.

MESURER – SATISFACTION DES RESSOURCES (RTF)

	Totalement insatisfait	insatisfait	satisfait	Totalement satisfait	TOTAL	TOTAL	TOTAL
	1	2	3	4		3 ET 4	
1 La présence de l'intervenant lors de l'arrivée de l'usager dans votre ressource et dans le premier mois du placement	3	7	17	29	56	46	98
	5,4%	12,5%	30,4%	51,8%	100%	82%	100%
2 L'information contenue dans le sommaire des renseignements (72 premières heures)	6	11	22	17	56	39	98
	10,7%	19,6%	39,3%	30,4%	100%	70%	100%
3 La collaboration avec l'établissement lors de la classification	3	9	18	26	56	44	98
	5,4%	16,1%	32,1%	46,4%	100%	79%	100%
4 La fréquence du suivi offert par les intervenants	3	13	18	22	56	40	98
	5,4%	23,2%	32,1%	39,3%	100%	71%	100%
5 La mise à jour du Sommaire des renseignements et de la classification - besoins de l'usager	4	14	15	21	54	36	98
	7,4%	25,9%	27,8%	38,9%	100%	67%	100%



ANALYSER ET INNOVER

Recommandations de l'équipe Kaizen :

1. Élaborer et compléter la cartographie
   Arbre décisionnel : Placement d'un enfant dans une RTF.
   Un plan de communication devra être déposé au comité de direction pour s'assurer que l'information descende dans notre organisation à travers les canaux prévus à cet effet. Il faut prévoir aussi dans l'élaboration de la cartographie les rôles et les responsabilités des intervenants jeunesse, des intervenants au contrôle de la qualité et des cadres intermédiaires.

2. Assurer le suivi de l'instrument de classification des RTF et FAP.
   Indicateur : respect du délai de la classification des RTF et FAP (respect du 60 jours). L'indicateur sera suivi dans les salles de pilotage Jeunesse. Une évaluation sera faite après une année d'application. Dans le projet Kaizen, l'indicateur fera l'objet d'un suivi aux mois. Le 1er juin 2019, une collette de données sera effectuée.

3. Assurer l'arrimage ou la collaboration entre les intervenants jeunesse et les intervenants contrôle qualité (s'assurer de mettre en place un mécanisme de collaboration dans les rencontres cliniques - point à l'ordre du jour). S'assurer que le contrôle qualité s'appuie sur une démarche claire et connue de l'ensemble de l'organisation. Le chantier visera à mettre en place une procédure pour mieux intervenir lors des rencontres qualité courantes (au minimum 7 rencontres par année).

CONTRÔLER
Les résultats seront publiés à la fin du mois de juin 2019.

KAIZEN – CEINTURE VERTE

DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES

PROBLÉMATIQUE

Le CISSS de la Gaspésie constate qu'il y a un nombre important de relevés de présence non approuvés par les employés à chaque période de paie depuis sa création le 1er avril 2015. Par conséquent, cela amène une surcharge de travail additionnelle de validation/correction aux gestionnaires puisque la responsabilité de produire une paie de qualité et conforme à la prestation de travail effectué par l'employé leurs reviennent par défaut entrainant ainsi une augmentation du délai de traitement par relevé de présence, une difficulté à respecter le délai prescrit et une insatisfaction face à l'exécution de la tâche. Ces éléments viennent à l'encontre de la raison d'être de l'organisation qui est de mobiliser son personnel et d'utiliser de manière efficiente ses ressources.

LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Les actions réalisées

- Politique de gestion des risques révisée;
- Politique de gestion des risques pour les RLS révisée;
- Implantation de l'approche patient-partenaire dans les comités de gestion des risques;
- Intensification de la sensibilisation à la confidentialité des données inscrites dans I-CLSC :
  - Audits à chaque période financière prévus en 2019-2020;
- Un plan d'action pour la prévention des chutes pour toutes les directions dans chaque RLS;
- Rendre disponible sur les tous postes de travail de l'organisation et à domicile les vidéos de formation sur la déclaration, la divulgation, les mesures de soutien et les événements de RDM;
- Rappel concernant le visionnement des capsules de gestion des risques lors de la tournée d'agrément dans les 4 RLS;
- Recommandation émise pour la formation de professionnels concernant les gestions des AH-223-1;
- Intervention individualisée lors de l'analyse des événements indésirables;
- Affichage, dans chaque installation, concernant la déclaration des événements indésirables;
- Transmission d'aide-mémoire aux gestionnaires concernant les différentes étapes de gestion des déclarations;
- Séance de formation portant sur la gestion des risques des nouveaux employés : déclaration, divulgation, mesure de soutien, cadre législatif, qualité, patient-partenaire et agrément;
- Décentralisation des interventions en gestion des risques :
  - Implantation de 4 comités RLS et changement de la composition du comité de gestion des risques. Dans chaque RLS, nous planifions la participation maximum de deux patients-partenaires.

Formation – Programme de prévention des chutes.
Une formation a été donnée sur la prévention intégrée de chutes et le protocole de mesure de contrôle. Une formation d'une heure a été offerte dans l'ensemble de l'organisation. Cette formation est disponible sous forme de vidéo sur l'intranet du CISSS de la Gaspésie.

Registre des incidents et des accidents

(du 1er avril 2018 au 31 mars 2019)

Répartition des événements déclarés selon le type d'événement 2017-2018 et 2018-2019

	2017-2018		2018-2019	
	NOMBRE		NOMBRE	
TYPE D'ÉVÉNEMENT				
CHUTE	1961	36,8 %	1672	34,9 %
MÉDICATION	1428	26,7 %	1327	27,7 %
TRAITEMENT	231	4,3 %	176	3,7 %
DIÈTE	11	0,2 %	22	0,5 %
TEST DX LABORATOIRE	409	7,7 %	199	4,1 %
TEST DX IMAGERIE	15	0,3 %	14	0,3 %
RDM/MMUU	30	0,6 %	42	0,9 %
LIÉ AU MATÉRIEL	45	0,8 %	56	1,2 %
LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	27	0,5 %	47	1,0 %
LIÉ AU BÂTIMENT	12	0,2 %	23	0,4 %
LIÉ AUX EFFETS PERSONNELS	68	1,3 %	81	1,7 %
ABUS/AGRESSION/HARCÈLEMENT /INTIMIDATION	219	4,1 %	265	5,5 %
AUTRES	880	16,5 %	870	18,1 %
TOTAL	**5336**	**100%**	**4794**	**100%**

Source : Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS).

Pour l'année 2018-2019, parmi les événements les plus fréquents, on compte 1 672 chutes et 1 327 erreurs liées à la médication, soit respectivement 34,9 % (chutes) et 27,7 % (médicaments) de la totalité des événements survenus. Donc, ces deux types d'événements sont à l'origine de près de 62,6 % des déclarations d'incidents ou d'accidents.

Par rapport à l'année 2017-2018, les chiffres sont similaires, puisque nous avions 1 961 chutes et 1 428 erreurs liées à la médication, soit respectivement 36,8 % (chutes) et 26,7 % (médicaments) de la totalité des événements survenus. Ces deux types d'événements étaient à l'origine de près de 63,5 % des déclarations d'incidents ou d'accident.

Principaux types d'événements 2018-2019 par catégorie incident/accident

INCIDENTS		
CATÉGORIES D'ÉVÉNEMENTS	**NOMBRE**	**POURCENTAGE %**
Autres	240	5,01
Médication	257	5,36
Test diagnostiques	138	2,88
ACCIDENTS		
CATÉGORIES D'ÉVÉNEMENTS	**NOMBRE**	**POURCENTAGE %**
Chutes	1 469	30,64
Médication	1 030	21,49
Autres	607	12,66

Événements déclarés selon la cote de gravité de F à I

	Cote de gravité				ES*
Réseaux locaux de services ou mission	F	G	H	I	
Baie-des-Chaleurs	4	4	-	-	3
Côte-de-Gaspé	3	-	2	-	2
Haute Gaspésie	2	-	-	1	2
Rocher Percé	-	-	-	-	-
Jeunesse	1	-	-	-	-
Réadaptation	2	-	-	-	1
TOTAL	**12**	**4**	**2**	**1**	**8**

Dix-neuf (19) événements ont été classés dans les catégories F à I inclusivement selon l'aide-mémoire utilisé par tous les gestionnaires du CISSS de la Gaspésie. Huit événements ont été classés événements sentinelles (ES) par le CISSS de la Gaspésie. Ces événements ont fait l'objet d'un suivi par le comité régional de gestion des risques. À la suite de l'analyse, les recommandations ont été déposées au comité de vigilance et de la qualité.

Définition d'un événement « sentinelle » au CISSS de la Gaspésie

Événement qui a ou aurait pu avoir des conséquences catastrophiques ou qui s'est produit à grande fréquence, même s'il n'est pas à l'origine de conséquences graves.

Au CISSS de la Gaspésie, une analyse systématique des événements sentinelles est réalisée afin d'éviter la récurrence et permettre l'amélioration continue de nos services. En 2018-2019, 8 événements sentinelles ont été traités par une équipe interdisciplinaire.

Voici les catégories d'événement qui ont fait l'objet d'un plan d'action :

- Bris de confidentialité – Catégorie procédure incorrecte en I-CLSC directions SAPA; Soins à domicile; Santé mentale, santé physique, etc.
- Vol de narcotiques – Catégorie environnement en bloc opératoire.
- Bris de stérilité – Catégorie procédure incorrecte en retrait des dispositifs médicaux (RDM).
- Chute en circulant – Catégorie chutes en hébergement (2 plans d'action) en SAPA.
- Ingestion d'un produit toxique – Catégorie environnement dans une ressource d'assistance continue (RAC) en DI-TSA-DP.
- Bris de stérilité – Catégorie environnement en bloc opératoire.
- Identification du risque suicidaire – Catégorie procédures soins infirmiers : transfert de milieu et identification du risque.

Bris de confidentialité	• Demande d'avis auprès du contentieux du CISSS de la Gaspésie. • Plan d'action incorporant l'ensemble des directions concernées.
Vol de narcotiques	• Mettre en place des mécanismes de surveillance appropriés.
Bris de retrait des dispositifs médicaux (RDM) Absence du démontage complet avant le nettoyage d'un port d'irrigation d'une chemise utilisée en hystéroscopie.	• Effectuer une demande d'expertise au Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux (CERDM) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour les risques infectieux. • Considérant le nombre d'événements survenus, il est recommandé d'effectuer la cartographie des risques à l'URDM de Gaspé ainsi que l'inventaire des dispositifs médicaux (DM) et des procédures.
Chute en circulant	Auditer le processus des chutes : • Évaluation de morse; • Port du bracelet jaune; • Mesures de prévention; • Évaluation post-chute; • Note infirmière en post-chute.
Bris de retrait des dispositifs médicaux (RDM) Canule de Cohen n'était pas démontée adéquatement pour effectuer le retraitement.	Effectuer une demande d'expertise au Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux (CERDM) pour les risques infectieux : • Virus de l'hépatite B (VHB); • Virus de l'hépatite C (VHC); • Immunodéficience humaine (VIH). Poursuivre la centralisation du RDM. Revoir l'ensemble des processus de retraitements des dispositifs médicaux (DM). Redéfinir un système de traçabilité des DM. Évaluation des compétences.
Ingestion d'un produit toxique	• Qu'un suivi soit effectué par la chef de service, et ce, pour l'ensemble des installations du CISSS. • Qu'une rencontre avec l'équipe complète de la ressource d'assistance continue (RAC) régionale soit effectuée afin de réitérer l'importance du respect des procédures et de la vigilance avec cette clientèle vulnérable, afin d'éviter toute nouvelle situation malencontreuse.
Gestion des médicaments Parution d'articles concernant l'administration de certaines doses incomplètes de chimiothérapie et d'immunothérapie par Santé Canada.	• Diffuser une note : dose de chimiothérapie incomplète.
Gestion de l'environnement – Bris de stérilité	• Demande d'un avis expert – RLS de La Côte-de-Gaspé à la DGA pour le RLS de la Baie-des-Chaleurs.
Gestion du risque suicidaire – Santé mentale	• Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire.

Prévention et contrôle des infections

L'organisation s'est dotée d'un nouveau programme, ainsi que d'un guide de prévention et contrôle des infections uniformisés. À l'intérieur du programme, la structure de gouvernance de la prévention et le contrôle des infections désignent la mise en place d'un comité stratégique, d'une table clinique, d'un comité local dans chacun des réseaux locaux de services (RLS) et des comités de gestion des éclosions, ad hoc.

À partir du Guide de prévention et de contrôle des infections, les équipes locales ont le mandat d'actualiser les activités de prévention des infections en fonction des principes élaborés dans le guide et d'en faire la promotion dans leur milieu. Également, à la suite des recommandations du comité de gestion des risques, un guide abrégé a été produit afin de supporter les équipes en les orientant vers les pratiques de bases en prévention et contrôle des infections (PCI).

Le CISSS de la Gaspésie participe actuellement au programme de surveillance de l'INSPQ et suit de façon continue les bactéries suivantes, ainsi que les infections des cathéters d'hémodialyse. Ces taux sont présentés en comité de gestion des risques.

Nombre de cas d'acquisition nosocomiale 2018-2019

	SARM	ERV	EPC	Clostridium Difficile	Bactériémie à Staphylococus aureus	Bactériémie à SARM	Bactériémies panhospitalières
Nombre	26	1	0	17	8	1	9

Une collaboration entre la DQEPE et l'équipe de PCI est en place afin d'assurer le suivi de la performance concernant la pratique de l'hygiène des mains. Les hôpitaux de la région ont atteint un taux de 62,5 % en 2018-2019; l'objectif à atteindre en 2019-2020 est de 80 %.

Taux de conformité de l'hygiène des mains par hôpital 2018-2019

Hôpital / Moment	Chandler	Gaspé	Maria	Sainte-Anne-des-Monts
Avant le contact	40 %	64 %	32 %	44 %
Après le contact	86 %	87 %	51 %	69 %
Global	67 %	76 %	42 %	58 %

De plus, en cohérence avec la nouvelle structure de gouvernance, le comité stratégique de prévention et contrôle des infections poursuit activement l'harmonisation des documents en participant, entre autres, à la rédaction de la politique et de la procédure de rénovation et de construction en milieu de soins et ceux en lien avec les procédures de désinfection.

Les mesures de contrôle

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

L'établissement dispose d'un cadre de référence et d'un mode de fonctionnement uniforme qui nécessitait des modifications.

Ainsi, un comité a été mis en place pour revoir le fonctionnement des déclarations des mesures de contrôle sur le registre de l'établissement. Le comité a revu le contenu du registre ainsi que son mode de transmission et de saisie.

Ainsi, depuis la période 10, des personnes ont été attitrées à la vigie des registres dans chaque installation. De plus, à partir du 1er avril 2019, nous utilisons le registre sur la plateforme de saisie électronique.

Au cours de l'année 2018-2019, le nombre total de mesures de contrôle appliqué s'élève à 540. La durée moyenne d'isolement est de 18,13 heures.

Nombre d'usagers Isolement	Nombre d'usagers Contention complète	Nombre d'usagers Contention incomplète
67	12	209

À la suite de l'analyse des registres, nous pouvons constater que les trois principales raisons d'utilisation de l'isolement sont :
1. Risque d'agression
2. Agitation verbale
3. Agression physique

Quant à la contention, elle est justifiée par les trois principales raisons suivantes :
1. Risque de chute
2. Agitation verbale et motrice
3. Administration ou maintien d'un traitement

Les suivis apportés par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité aux recommandations formulées par les instances suivantes : le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, le Protecteur du citoyen, le coroner et d'autres instances, s'il y a lieu. Suivis apportés par l'établissement et son comité de vigilance et de la qualité aux recommandations formulées par le coroner :

Coroner

Pendant l'année 2018-2019, le comité de vigilance et de la qualité a analysé les conclusions de 5 rapports de coroner. Nous avons traité une recommandation de l'un des dossiers du coroner concernant le décès la mort d'un enfant à la suite d'une encéphalopathie anoxique terminale consécutive à un arrêt cardiorespiratoire précipité par l'administration d'un narcotique pour soulager une douleur respiratoire (décès accidentel).

Recommandation
- Le MSSS demandait aux directions des soins infirmiers des établissements de faire un rappel auprès du personnel infirmier sur le caractère impératif et catégorique de l'application rigoureuse des protocoles déjà établis de surveillance après l'administration de narcotiques dans les établissements de santé et de services sociaux. La direction des soins infirmiers du CISSS de la Gaspésie, en collaboration avec la DQEPE, a transmis une note officielle le 29 mars 2019.

Protecteur du citoyen

Pendant l'année 2018-2019, le comité de vigilance et de la qualité a analysé les conclusions du Protecteur du citoyen pour le dossier de la RI Villa Maria.

Recommandations
- Quotidiennement, le CISSS de la Gaspésie assure une présence, 7 jours sur 7, à la Villa Maria. La présence est assurée par l'équipe du soutien à domicile.
- Hebdomadairement, la ressource intermédiaire Villa Maria reçoit la visite de l'intervenante au contrôle de la qualité (ICQ). Celle-ci s'assure que les soins et les services sont de qualité et que le milieu de vie est conforme aux orientations ministérielles.
- Bi-hebdomadairement, une rencontre clinique se tient avec la coordonnatrice de la Villa Maria, le chef de service, ainsi que l'ICQ. Cette rencontre a pour but de suivre le plan de conformité élaboré par la Direction qualité, évaluation, performance et éthique.

Afin d'assurer la sécurité et la qualité des services aux résidents hébergés, une surveillance stratégique de vingt-et-une(21) heures par semaine est assurée par l'établissement depuis le 25 février 2019, et ce, jusqu'au 1er juin 2019.

Au total, dix (10) dossiers ont été ouverts par le Protecteur du citoyen au cours du dernier exercice. Le CISSS de la Gaspésie a complété le suivi de huit (8) dossiers pour lesquels le Protecteur du citoyen nous a confirmé avoir fermé les dossiers après la transmission des preuves et des documents. En date du 31 mars 2019, deux (2) dossiers demeuraient encore ouverts auprès du Protecteur : pour l'un, le CISSS a répondu au Protecteur et est en attente de sa décision, pour l'autre, la réponse devait provenir de l'organisme communautaire concerné.

Dossier No 1 – Plainte en 2e instance	
Recommandations	**Statut du suivi**
Le Protecteur du citoyen recommande au CISSS de la Gaspésie de prendre les mesures nécessaires auprès de l'Hôpital de Maria afin de : 1. S'assurer que lorsque des mesures de contrôle dans un contexte d'intervention non planifiée perdurent dans le temps, qu'elles soient reconnues et déclarées à titre de mesures planifiées. 2. S'assurer que la personne est soumise à la volonté d'une tierce personne de façon à ne pas quitter l'espace désigné et que cet isolement soit reconnu et déclaré à titre de mesure de contrôle. 3. S'assurer que, lors de l'application de mesures de contrôle, dans un contexte d'intervention planifiée, le consentement libre et éclairé de l'usager ou de son représentant soit recherché et qu'à défaut, une autorisation du tribunal soit demandée. 4. S'assurer qu'une mesure de contrôle ne soit en aucun cas utilisée pour pallier au manque d'intervenant ou de professionnel. Informer le Protecteur des mesures prises pour atteindre ces objectifs d'ici le 30 avril 2018.	**L'établissement a fourni au Protecteur le suivi attendu, à la suite de quoi nous avons reçu du Protecteur la confirmation de la fermeture du dossier le 5 juin 2018.**

Dossier No 2 – Intervention	
Recommandations	**Statut du suivi**
Le Protecteur du citoyen recommande au CISSS de maintenir une surveillance étroite et une présence quotidienne dans la ressource intermédiaire Villa Maria afin que les soins, les services et le milieu de vie fournis aux personnes qui y vivent s'avèrent adéquats, et ce, tant que les personnes y seront référées pour hébergement. Le CISSS doit faire parvenir son suivi au Protecteur d'ici le 31 juillet 2108.	**L'établissement a fourni au Protecteur le suivi attendu, à la suite de quoi nous avons reçu du Protecteur la confirmation de la fermeture du dossier le 21 août 2018.**

Dossier No 3 – Plainte en 2e instance	
Recommandations	**Statut du suivi**
Le Protecteur recommande au CISSS de la Gaspésie de : 1. Poursuivre ses démarches et prendre les mesures afin de former une équipe interne pour soutenir l'équipe de soins dans ses interventions auprès de la clientèle présentant des troubles de comportement. 2. Prendre les mesures afin que la divulgation des incidents ou accidents soit faite le plus tôt possible après l'évènement, même en cas d'absence de la personne responsable de la divulgation. Informer le Protecteur du citoyen des mesures prises à cet effet d'ici le 28 février 2018.	**L'établissement a fourni au Protecteur le suivi attendu, à la suite de quoi nous avons reçu du Protecteur la confirmation de la fermeture du dossier le 12 mars 2018.**

Dossier No 4 – Plainte en 2e instance	
Recommandations	**Statut du suivi**
Le Protecteur du citoyen recommande au CISSS de la Gaspésie de : 1. Effectuer le rappel suivant à l'ensemble du personnel concerné : le dossier d'usager doit être complet et représentatif des interventions effectuées. 2. S'assurer que tout document produit à l'intention de l'usager soit dûment déposé au dossier d'usager. 3. Effectuer le rappel suivant à l'ensemble du personnel concerné : lorsqu'applicable, le plan d'intervention doit contenir des précisions relativement à l'utilisation des visites supervisées. 4. Se doter d'une façon uniforme de procéder à la consignation des modalités de contacts parents-enfant au dossier d'usager. 5. S'assurer que, dans tous les cas où il y a des contacts parents-enfant, les modalités soient consignées au dossier d'usager conformément à ce qui a été décidé en R4. 6. Le CISSS doit faire parvenir son suivi au Protecteur d'ici le 7 septembre 2108.	**L'établissement a fourni au Protecteur le suivi attendu, à la suite de quoi nous avons reçu du Protecteur la confirmation de la fermeture du dossier le 11 décembre 2018.**

Dossier No 5 – Plainte en 2e instance	
Recommandations	**Statut du suivi**
Le Protecteur du citoyen recommande au CISSS de la Gaspésie de : 1. Élaborer un plan d'aide et de soutien au personnel soignant et au personnel de gestion affecté auprès de l'usager concerné, incluant des mesures de formation sur les troubles graves de comportement. 2. Impliquer le secteur de la santé mentale auprès de l'équipe soignante en charge de répondre aux besoins de l'usager concerné. 3. Impliquer des professionnels du CISSS spécialisés en troubles graves de comportement de manière intensive auprès de l'équipe soignante en charge de répondre aux besoins de l'usager concerné. 4. Effectuer une demande de consultation auprès du Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC). 5. Réviser le plan d'encadrement des comportements de l'usager concerné, en s'appuyant notamment sur l'apport de professionnels du CISSS spécialisés dans les troubles graves du comportement et sur celui du SQETGC. 6. Identifier un intervenant ou une intervenante en mesure de collaborer efficacement avec l'IRDPQ dans la réponse au besoin d'équipements adaptés de l'usager concerné. 7. Élaborer un plan détaillé d'amélioration de l'accès aux services d'ergothérapie pour les résidents du Centre d'hébergement Mgr-Ross de Gaspé. Le CISSS doit faire parvenir son suivi au Protecteur pour les dates suivantes : • 30 septembre 2018 : recommandation 6 • 31 octobre 2018 : recommandation 6 • 30 novembre 2018 : recommandations 1 à 5	**L'établissement a fourni au Protecteur le suivi attendu, à la suite de quoi nous avons reçu du Protecteur la confirmation de la fermeture du dossier le 6 décembre 2018.**

Dossier No 6 – Plainte en 2e instance	
Recommandations	**Statut du suivi**
Le Protecteur recommande au Manoir St-Augustin de : Se doter d'un protocole détaillé de communication à l'interne (entre les membres du personnel) et à l'externe (avec le réseau public, les familles et les proches) afin de s'assurer que les informations concernant la situation des résidents et des résidentes circulent de manière adéquate entre les personnes concernées. Fournir au Protecteur un exemplaire de ce protocole détaillé de communication d'ici le 31 janvier 2019, en indiquant les mesures prises pour assurer son application par le personnel concerné.	**L'établissement a fourni au Protecteur le suivi attendu, à la suite de quoi nous avons reçu du Protecteur la confirmation de la fermeture du dossier le 30 janvier 2019.**

Dossier No 7 – Plainte en 2e instance	
Recommandations	**Statut du suivi**
Le Protecteur du citoyen recommande au CISSS de la Gaspésie de : 1. Former le personnel infirmier à l'urgence de l'Hôpital de Chandler sur les symptômes d'accident vasculaire cérébral et sur les protocoles d'intervention clinique s'y rapportant. Confirmer, d'ici le 29 septembre 2017, que cette formation a eu lieu en indiquant le moyen qui a été utilisé pour la réaliser. 2. Réviser, avec les membres du personnel infirmier de l'urgence de l'Hôpital de Chandler, les normes de documentation relatives à la feuille de triage, notamment : - La description par le patient de la raison de sa consultation à l'urgence, dont les données subjectives qu'il transmet; - Les antécédents du patient;	**L'établissement a fourni au Protecteur le suivi attendu, à la suite de quoi nous avons reçu du Protecteur la confirmation de la fermeture du dossier le 8 mai 2019.**

- La confirmation que le patient a été avisé de revenir voir le personnel infirmier si sa situation se détériore; - Toute autre information nécessaire et tout élément investigué pour établir la priorité attribuée à un patient. Informer le Protecteur du citoyen des mesures prises pour atteindre cet objectif d'ici le 31 juillet 2017.	

Dossier No 8 – Intervention	
Recommandations	**Statut du suivi**
Le Protecteur du citoyen recommande au CISSS de la Gaspésie de : 1. S'assurer de prendre des mesures pour réduire les délais et de se doter d'un plan d'action pour atteindre cet objectif lorsqu'il y a dépassement, notamment en cas de surcharge ou de délais indus. 2. S'assurer d'utiliser, dans un souci de réduction des délais, le mode alternatif de règlement proposé à l'article 47 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, à savoir effectuer une conciliation des intérêts en cause, lorsque la situation le permet. 3. Prendre les mesures nécessaires, en termes de reddition de comptes, afin qu'une cible quant au nombre de dossiers à analyser mensuellement soit fixée par le médecin examinateur fautif, et ce, dans le respect des dispositions de la loi. Le CISSS doit faire parvenir son suivi au Protecteur d'ici le 31 juillet 2108.	**L'établissement a fourni au Protecteur le suivi attendu, à la suite de quoi nous avons reçu du Protecteur la confirmation de la fermeture du dossier le 23 juillet 2018.**

Dossier No 9 – Plainte en 2e instance (actif)	
Recommandations	**Statut du suivi**
Le Protecteur du citoyen recommande au CISSS de la Gaspésie de : 1. Procéder à l'audit du dossier et en partage ses constats avec les personnes visées afin d'éviter qu'une telle situation se reproduise. 2. Adresser une lettre d'excuse au père des enfants. 3. Soumettre, à la prochaine table de révision, la nécessité d'une évaluation psychologique de la condition du père des enfants et que, dans l'intervalle, des vérifications soient réalisées auprès de l'intervenante du CIUSSS Mauricie-Centre-du-Québec quant à la réception de ce rapport de thérapie qu'aurait transmis le père des enfants. 4. Informer le père des enfants de l'orientation prise en regard de ce besoin d'évaluation psychologique. 5. Prendre les moyens afin que les exigences prévues à l'article 104 de la LSSSS et à l'article 49 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements soient respectées par les intervenants dans l'application des mesures, c'est-à-dire que : - Le plan d'intervention soit signé par les parties; - Le plan d'intervention mentionne une date de révision du plan aux 90 jours; - Le plan d'intervention soit révisé dans les 90 jours. 6. Prendre les moyens afin que l'ensemble de ses intervenants s'assure qu'une seule version du plan d'intervention apparaisse au dossier, soit celle répondant à l'ensemble des exigences prévues à la LSSSS ainsi qu'au Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements. 7. Réviser le plan d'intervention dans le dossier de chacun des enfants dans les plus brefs délais. 8. Prendre les moyens afin que les exigences de révision statutaire et de rapport écrit mentionnées au Règlement sur la révision de la situation d'un enfant soient respectées par les intervenants. Le CISSS doit faire parvenir son suivi au Protecteur d'ici le 19 novembre 2108.	**L'établissement a fourni au Protecteur des suivis par étape entre le 20 novembre 2018 et le 19 mars 2019. Nous sommes dans l'attente de la réponse du Protecteur.**

Dossier No 10 – Plainte en 2e instance (actif) (adressée à l'organisme communautaire)	
Recommandations	**Statut du suivi**
Le Protecteur du citoyen recommande à L'Association La Croisée de : Bonifier sa procédure d'application des mesures disciplinaires envers ses membres par l'ajout d'une modalité de convocation écrite, transmise dans un délai raisonnable avant toute rencontre où la possibilité d'une suspension ou d'une expulsion sera discutée, précisant ce qui est reproché et la possibilité d'être accompagné pour présenter ses observations. La Croisée doit faire parvenir son suivi au Protecteur d'ici le 30 avril 2019.	**En cours.**

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Le site Internet du CISSS de la Gaspésie permet d'accéder aux documents suivants en lien avec le régime d'examen des plaintes :

- Le Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services des dernières années;
- Un résumé des éléments clés du règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers;
- Les coordonnées :
  - du commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
  - des comités des usagers de la région;
  - du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP GIM);
  - du Protecteur du citoyen.

La Commissaire a aussi notamment :
- participé à certaines rencontres des comités des usagers et du CAAP-GIM;
- participé à une entrevue d'une radio locale pour faire la promotion du régime d'examen des plaintes;
- distribué des formulaires en nombre suffisants aux services du CISSS.

La Commissaire aux plaintes et à la qualité des services peut être jointe :
- Par téléphone : 1 877 666-8766, poste 3604
- Par courriel : plaintes.cisssgaspesie@ssss.gouv.qc.ca
- Par écrit : Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
CISSS de la Gaspésie
205, boulevard de York Ouest, suite 100
Gaspé (Québec) G4X 2V7

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services présente à chaque rencontre du comité de vigilance son rapport portant sur les plaintes et le suivi des recommandations. Les recommandations émises par la commissaire font l'objet d'un suivi continu par la direction et les gestionnaires de l'établissement. Il s'agit d'éléments majeurs dans la démarche d'amélioration continue de la qualité de l'établissement.

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

Les motifs de plaintes ayant donné lieu à des recommandations sont, par ordre d'importance :
- Les soins et services dispensés (60 recommandations);
- L'organisation du milieu et les ressources matérielles (28 recommandations);
- L'accessibilité aux soins et services (21 recommandations);
- Les droits particuliers (19 recommandations);
- L'aspect financier (17 recommandations);
- Les relations interpersonnelles (14 recommandations).

Voici quelques exemples de mesures mises en place par l'établissement afin de donner suite aux recommandations émises en cours d'année :
- Formation dispensée aux agents d'intervention en jeunesse;
- Rencontres de sensibilisation auprès de différentes équipes de travail pour s'assurer du respect des normes, entre autres en matière de plans d'intervention, et ce, dans divers programmes;
- Rencontres disciplinaires avec certains employés dans certains cas de fautes professionnelles;

- Révision de la trajectoire de services pour la prise en charge d'usagers avec idéations suicidaires, formation sur les bonnes pratiques en matière de prévention du suicide, plan d'action pour améliorer les pratiques pour la prise en charge des usagers avec idéations suicidaires;
- Démarches faites auprès du personnel pour une application conforme et uniforme du Programme de prévention des chutes;
- Mesures prises pour améliorer l'accès téléphonique et les délais d'attente pour une centrale de rendez-vous;
- Formation donnée sur le programme de prévention et traitement des plaies de pressions;
- Audits à l'urgence pour s'assurer du respect des normes prévues à l'Échelle canadienne de triage et de gravité;
- Révision de la Politique de déplacement des usagers pour tenir compte de certaines situations particulières;
- Remboursements de frais de déplacement en conformité avec la Politique de déplacement des usagers;
- Adoption d'une règle de soins spécifique à la question de la gestion de la douleur;
- Mise à jour du Protocole relatif à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle en jeunesse;
- Adoption d'un protocole d'application des mesures de contrôle (contention et isolement) pour le CISSS;
- Enquête administrative effectuée dans une ressource intermédiaire;
- Ajustement de l'offre de service d'oxygénothérapie de déambulation pour offrir gratuitement ces services à la clientèle qui remplit les critères.

La Commissaire aux plaintes et à la qualité des services a été à l'origine de 125 mesures d'amélioration de la qualité des services.

Quelques exemples de mesures ayant été mises en place sont présentées dans le tableau suivant :

Motifs	Thème	Exemples de mesures d'amélioration mises en place
Accessibilité (13 mesures)	Protocole de soins	• Rappel au personnel infirmier des normes prévues à l'Échelle canadienne de triage et de gravité.
	Délais	• Rappel fait au personnel de l'importance de respecter les délais attendus pour un premier contact avec un usager suivant l'assignation à un dossier.
Aspect financier (4 mesures)	Frais de déplacement	• Remboursement des frais de déplacement d'un usager qui s'est déplacé dans une autre région pour obtenir un service qu'il n'a pu recevoir sur notre territoire. • Remboursement des frais de déplacement liés à des consultations postopératoires justifiées mais offertes à l'extérieur du corridor de soins.
Droits particuliers (24 mesures)	Participation de l'usager	• Rappel à l'ensemble des intervenants sur l'importance d'impliquer les jeunes et leurs parents autant dans l'élaboration des plans d'intervention que lors de leur révision, le tout en conformité avec les principes émis au Manuel de référence sur la protection de la jeunesse.
	Respect des droits	• Session d'information offerte à l'ensemble du personnel sur le droit des usagers de loger un appel pour s'assurer du respect de leurs droits et qu'il leur soit porté assistance lorsque leur condition le requiert.
Maltraitance (2 mesures)	Information et sensibilisation	• Session d'information donnée aux membres du C. A. d'une résidence pour aînés par la coordonnatrice spécialisée en maltraitance du CISSS, relativement aux particularités d'une clientèle vulnérable.
Organisation du milieu et des ressources matérielles (39 mesures)	Politiques et règlements	• Révision des règles de vie applicable aux séjours des jeunes en encadrement intensif, autant en ce qui a trait aux effets confisqués ou interdits qu'eu égard à l'application des protocoles. • Évaluation du respect des conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour ainés, plus particulièrement eu égard au seuil minimal de surveillance ainsi que l'offre de service concernant les repas, l'assistance personnelle et l'aide domestique.
	Normes de certification	• Rencontre du responsable d'une résidence par la responsable de la certification des résidences pour ainés du CISSS afin de les informer des obligations découlant du Règlement d'application de la loi auxquelles il doit se conformer.
Relations interpersonnelles (6 mesures)	Communication	• Rencontre de deux employés quant à leur approche inappropriée à l'endroit d'un usager à la suite d'un enjeu de coordination des services, lequel a été précisé auprès de tout le personnel ensuite.
Soins et services dispensés (37 mesures)	Continuité	• Désignation d'un intervenant pivot et de liaison qui assure le suivi des usagers à risque suicidaire pendant toute la trajectoire de services. • Amélioration de la surveillance de l'ensemble de la clientèle jeune hébergée en recourant à une surveillance vidéo, en révisant avec le personnel les pratiques de surveillances et en adaptant les routines de vies lors des périodes de transition.
	Règles et procédures	• Nouvelle politique de tenue et de conservation de dossiers conforme aux normes prévues au Cadre de référence sur les ressources intermédiaires et de type familial.

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Le comité de vigilance et de la qualité a pris connaissance et fait le suivi des recommandations des documents qui lui ont été acheminés. Pour améliorer la qualité des suivis des dossiers, un nouvel outil de gestion, le Tableau intégré du suivi des plans d'amélioration continue de la qualité, a été conçu et fait l'objet de deux présentations par année. Voici un aperçu des rapports traités :

- Le rapport annuel du comité de gestion de risques 2018-2019;
- Le plan d'action en gestion des risques 2018-2019;
- Les politiques et règlements portant sur la gestion des risques :
  - Règlement portant sur le comité local de gestion des risques et de la qualité;
  - Révision du règlement de la gestion des risques;
- Le tableau de bord sur les événements sentinelles;
- Le tableau de bord des visites ministérielles sur la qualité du milieu de vie;
- Le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, de la satisfaction des usagers du respect de leurs droits 2018-2019;
- Les rapports de la visite d'Agrément Canada (septembre 2017);
- Les travaux entourant la visite d'Agrément Canada (mai 2019). Les programmes services suivants seront évalués :
  Séquence 1 :
  - Gouvernance;
  - Leadership;
  - Santé publique;
  - Gestion des médicaments;
  - Prévention et contrôle des infections;
  - Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables;

  Séquence 2 :
  - Jeunesse;
  - Santé mentale;
  - Dépendances.

Les objectifs de l'année 2019-2020 :
- Suivre les recommandations de la commissaire aux plaintes;
- Évaluer le processus de gestion intégrée des risques organisationnels;
- Soutenir l'implantation de l'approche patient-partenaire (à implanter et à consolider);
- Surveiller les travaux découlant des recommandations émises par Agrément Canada.

Recommandations (présentées au comité de vigilance et de la qualité le 17 janvier 2019 et déposées au C. A. le 11 avril 2019) :
- Que le CISSS de la Gaspésie, en collaboration avec les comités de résidents, tienne des rencontres avec les familles des résidents dans le but de valider les résultats obtenus dans les sondages, particulièrement pour la section des commentaires recueillis auprès des familles;
- Que la Direction Soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA), dépose un plan d'action à court terme visant le maintien et l'amélioration continue des résultats obtenus dans les sondages 2018-2019. Le plan d'action devra tenir compte des particularités de chaque réseau local de services (RLS).

Enquêtes administratives

Aucune enquête administrative n'a été effectuée pendant l'année 2018-2019 que ces soit dans les ressources de type familiale (RTF) ou ressources intermédiaires (RI).

Une demande d'intervention en matière de maltraitance envers les personnes âgées ou majeures a été faite. Le dossier est enregistré par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

LES PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION MAINTENUE PAR UN ÉTABLISSEMENT

La législation

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

Article 4 de cette loi :
« Lorsque l'examen psychiatrique a été requis d'un établissement, il appartient au directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, au directeur général de l'établissement, de transmettre le rapport du médecin au tribunal qui l'a imposé. »

Article 7 de cette loi :
« Tout médecin exerçant auprès d'un tel établissement peut, malgré l'absence de consentement, sans l'autorisation et sans qu'un examen psychiatrique ait été effectué, mettre une personne sous garde préventive dans une installation maintenue par cet établissement pendant au plus 72 heures, s'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

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

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

Les types de garde

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

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

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

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

Portrait des personnes mises sous garde dans les installations du CISSS de la Gaspésie du 1er avril 2018 au 31 mars 2019					
	Mission CH	**Mission CHSLD**	**Mission CLSC**	**Mission CR**	**Total Établissement**
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	139				**139**
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	23	Sans objet	Sans objet	Sans objet	**23**
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	20				**20**
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	26	Sans objet	Sans objet	Sans objet	**26**
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	20				**20**

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

Depuis l'implantation de la Loi sur les soins de fin de vie, le président-directeur général ou le directeur général devait, à chaque année, faire un rapport au conseil d'administration sur l'application de la politique de l'établissement portant sur les soins de fin de vie. Ainsi, un processus d'établissement centralisait les données quantitatives de ces soins à la Direction des soins infirmiers. Depuis novembre 2018, les déclarations reliées à l'aide médicale à mourir s'effectuent directement en ligne et permettent aux médecins les pratiquant de répondre aux impératifs légaux prescrits par la loi provinciale et fédérale. La commission des soins de fin de vie fait rapport au MSSS et aux établissements des soins de fin de vie dispensés au Québec à partir de ces données.

Le volet qualitatif de ces soins de fin de vie, quant à lui, était et demeure sous la responsabilité de la Direction des services professionnels via son comité de révision de l'acte.

Pour le CISSS de la Gaspésie, il est important de rappeler que l'offre de service en soins de fin de vie est disponible sur chacun des territoires des réseaux locaux de services. Dans chacun d'entre eux, des soins de fin de vie ont été administrés dans la dernière année.

Données sur les soins de fin de vie au CISSS de la Gaspésie pour la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019

Activité	Information demandée	Nombre
Sédation palliative	Nombre de sédations palliatives continues administrées	13
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	17
	Nombres d'aides médicales à mourir administrées	16
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	1 (Décès avant la date prévue)

Les ressources humaines

Priorités et enjeux

Les principaux enjeux pour la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) pour l'année 2018-2019 ont été au niveau de la disponibilité des ressources humaines (pénurie de main-d'œuvre, absences, congés diverses, etc.). Les plus importants besoins sont au niveau du personnel soignant : infirmier(ère), infirmier(ère) auxiliaire et préposé(e) aux bénéficiaires, ainsi que tous les domaines de la réadaptation et de l'administration.

Plusieurs exercices de recrutement et de représentation ont eu lieu au cours de l'année afin de tenter d'améliorer la situation et des projets innovants ont été mis en place, notamment le recrutement d'étudiants.

Principales réalisations :

Au cours de l'année 2018-2019, la DRHCAJ a procédé à l'accomplissement des mandats suivants :

- Implantation complète d'un système d'information RH et paie;
- Négociation des conventions collectives locales et ratification de quatre (4) ententes de principes avec les différents syndicats;
- Mise en place d'une plateforme Web (formation continue partagée);
- Mise en place d'une formation à l'intention des gestionnaires en collaboration avec l'Université du Québec à Rimouski (UQAR);
- Réalisation d'une formation, pour les gestionnaires et les représentants syndicaux, en lien avec la gestion des invalidités et l'amélioration de la présence au travail;
- Poursuite de la démarche de collaboration au niveau de la présence au travail impliquant tous les représentants organisationnels du CISSS de la Gaspésie (conseil d'administration, médecins, gestionnaires, syndicats, etc.);
- Participation du directeur à divers comités nationaux en tant que représentant des DRHCAJ au niveau des relations de travail (négociations locales) et de l'amélioration de la santé et sécurité au travail;
- Mise en place d'une formation de préposé aux bénéficiaires en alternance travail/études en collaboration avec la Commission scolaire René-Lévesque;
- Travaux pour la mise en place du baccalauréat en travail social en collaboration avec l'UQAR;
- Pilotage du Programme national de développement des leaders (PNDL) au sein de l'organisation (actuellement 11 cadres intermédiaires et 2 cadres supérieurs font partie du programme);
- La direction a collaboré, préparé et soutenu les gestionnaires lors d'une multitude de demandes d'accès à l'information et de demandes médiatiques;
- Exercice de stabilisation/rehaussement des postes pour le personnel de la catégorie 1.

Il est à noter que l'exercice de négociation des conventions collectives locales a été réalisé par les membres de l'équipe interne de la DRHCAJ, ce qui a sollicité grandement la direction, et ce, en temps et en énergie.

Modifications

Au cours de l'année 2018-2019, la DRHCAJ a dû assurer la réalisation de nombreux processus de sélection pour les fonctions d'encadrement, et ce, en raison des départs à la retraite et de la restructuration des organigrammes du CISSS de la Gaspésie, particulièrement au niveau de la Direction des soins infirmiers.

La direction a restructuré son fonctionnement au niveau des communications au cours de l'année en raison du départ de la gestionnaire responsable.

La direction a procédé à une restructuration au niveau des affaires juridiques à la suite du départ de la chef d'équipe.

Faits saillants

Tel que mentionné, au niveau de la pénurie de main-d'œuvre, le CISSS de la Gaspésie a réalisé les activités suivantes :

- Activités de recrutement (automne 2018 et printemps 2019) qui a permis l'embauche de plus de 210 étudiants pour la période estivale 2019;
- Collaboration avec la stratégie Vivre en Gaspésie pour rencontrer les étudiants universitaire dans les grands centres urbains (automne 2018);
- L'organisation a accueilli, en lien avec le Programme de bourses de certains professionnels et techniciens de la santé et des services sociaux en région du ministère de la Santé et des Services sociaux, plus de 20 étudiants, dont quatre (4) qui ont maintenant terminé et qui respectent leur engagement avec le CISSS de la Gaspésie. L'organisation accueillera, au cours des deux prochaines années, 15 autres candidats qui se sont engagés avec l'organisation pour une période minimale de trois (3) ans à la fin de leurs études. Les principaux secteurs des candidats retenus sont : psychosocial et réadaptation.
- Organisation d'activités portes ouvertes pour les personnes recherchant un emploi dans la région (printemps 2019).

Rapport sur les heures rémunérées et le respect des cibles ministérielles

11045242 - CISSS de la Gaspésie		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04			2018-04-01 au 2019-03-30	
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	305 411	1 777	307 188	168	198
	2015-16	258 431	1 438	259 869	142	171
	2016-17	224 333	1 778	226 112	123	147
	2017-18	212 716	2 011	214 727	117	142
	2018-19	203 419	1 528	204 946	111	142
	Variation	(33,4 %)	(14,1 %)	(33,3 %)	(33,6 %)	(28,3 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	668 033	3 726	671 759	368	485
	2015-16	655 478	3 100	658 579	361	462
	2016-17	648 347	4 553	652 900	358	459
	2017-18	656 673	5 344	662 017	362	450
	2018-19	646 639	4 722	651 361	357	465
	Variation	(3,2 %)	26,7 %	(3,0 %)	(3,0 %)	(4,1 %)
3 - Personnel infirmier	2014-15	1 523 696	79 830	1 603 526	822	1 083
	2015-16	1 510 830	69 588	1 580 418	814	1 067
	2016-17	1 484 732	79 428	1 564 160	798	1 058
	2017-18	1 497 550	90 582	1 588 131	804	1 041
	2018-19	1 499 266	99 115	1 598 381	804	1 039
	Variation	(1,6 %)	24,2 %	(0,3 %)	(2,2 %)	(4,1 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	2 401 998	47 770	2 449 767	1 326	1 839
	2015-16	2 314 827	42 865	2 357 692	1 277	1 753
	2016-17	2 256 809	57 000	2 313 808	1 245	1 703
	2017-18	2 168 797	61 072	2 229 869	1 196	1 651
	2018-19	2 191 200	78 719	2 269 919	1 208	1 675
	Variation	(8,8 %)	64,8 %	(7,3 %)	(8,9 %)	(8,9 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	618 538	8 066	626 604	317	441
	2015-16	611 826	9 221	621 046	313	442
	2016-17	603 769	11 005	614 774	310	433
	2017-18	595 080	11 720	606 800	305	427
	2018-19	541 824	14 967	556 791	278	416
	Variation	(12,4 %)	85,6 %	(11,1 %)	(12,3 %)	(5,7 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	10 525	63	10 587	6	34
	2015-16	6 145	5	6 151	3	22
	2016-17	4 342	77	4 418	2	17
	2017-18	4 404	40	4 444	2	17
	2018-19	8 506	33	8 539	5	26
	Variation	(19,2 %)	(47,1 %)	(19,3 %)	(18,7 %)	(23,5 %)
Total du personnel	**2014-15**	**5 528 200**	**141 231**	**5 669 431**	**3 007**	**3 915**
	2015-16	**5 357 538**	**126 218**	**5 483 755**	**2 910**	**3 764**
	2016-17	**5 222 332**	**153 840**	**5 376 172**	**2 836**	**3 691**
	2017-18	**5 135 219**	**170 768**	**5 305 987**	**2 786**	**3 590**
	2018-19	**5 090 854**	**199 084**	**5 289 937**	**2 763**	**3 636**
	Variation	**(7,9 %)**	**41,0 %**	**(6,7 %)**	**(8,1 %)**	**(7,1 %)**

Le CISSS de la Gaspésie a respecté les cibles établies par le MSSS, par la Loi sur la gestion des effectifs en 2018-2019.

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

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Total des heures rémunérées 2014-04-06 au 2019-03-30 (comparaison sur 364 jour pour avril à mars)					
	2014-2015	**2015-2016**	**2016-2017**	**2017-2018**	**2018-2019**	**Variation de 2014 à 2018**
1 Personnel d'encadrement	307 188	259 859	226 112	214 727	204 946	(33,3 %)
2 Personnel professionnel	671 759	658 579	652 900	662 017	651 361	(3,0 %)
3 Personnel infirmier	1 603 526	1 580 418	1 564 160	1 588 131	1 598 381	(0,3 %)
4 Personnel de bureau, technicien et assimilé	2 449 767	2 357 692	2 313 808	2 229 869	2 269 919	(7,3 %)
5 Ouvriers, personnel d'entretien et de service	626 604	621 046	614 774	606 800	556 791	(11,1 %)
6 Étudiants et stagiaires	10 587	6 151	4 418	4 444	8 539	(19,3 %)
Total du personnel	**5 669 431**	**5 483 755**	**5 376 172**	**5 305 987**	**5 289 937**	**(6,7 %)**

Cible en heures rémunérées pour 2018-2019 ..... 5 316 131

Écart à la cible..... -26 194

Écart à la cible en % ..... - 0,5 %

Tel que vous pouvez le constater, les cibles établies par le MSSS ont été atteintes.

Les ressources financières

RÉPARTITION DES CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES (Non-auditées)						
Programmes	**Exercice précédent**		**Exercice courant**		**Variation des dépenses**	
	Dépenses	**%**	**Dépenses**	**%**	**$**	**%**
Programmes-services						
Santé publique	6 146 935 $	2%	6 816 073 $	2%	669 138 $	11 %
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	19 663 141 $	6%	19 856 460 $	6%	193 319 $	1 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	51 626 632 $	16%	54 985 221 $	16%	3 358 589 $	7 %
Déficience physique	10 318 909 $	3%	9 986 898 $	3%	(332 011 $)	-3 %
Déficience intellectuelle et TSA	16 219 951 $	5%	16 130 925 $	5%	(89 026 $)	-1 %
Jeunes en difficulté	20 199 507 $	6%	22 513 850 $	7%	2 314 343 $	11 %
Dépendances	2 722 247 $	1%	2 965 329 $	1%	243 082 $	9 %
Santé mentale	15 913 837 $	5%	16 347 967 $	5%	434 130 $	3 %
Santé physique	112 553 493 $	34%	118 463 656 $	35%	5 910 163 $	5 %
Programmes-soutien						
Administration	19 936 435 $	6%	19 322 165 $	6%	(614 270 $)	-3 %
Soutien aux services	25 240 239 $	8%	26 255 477 $	8%	1 015 238 $	4 %
Gestion des bâtiments et des équipements	21 171 071 $	7%	21 311 665 $	6%	140 594 $	1 %
Total	**321 712 397 $**	**100 %**	**334 955 686 $**	**100%**	**13 243 289 $**	**5 %**

** Le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel (AS-471) publié sur le site internet de l'établissement, pour plus d'information sur les ressources financières.*

L'équilibre budgétaire

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

Pour l'exercice clos le 31 mars 2019, l'établissement présente un surplus de 253 734 $ au niveau du fonds d'exploitation, et un surplus de 34 607 $ pour le fonds d'immobilisations. Par conséquent, l'établissement a respecté cette obligation légale.

Les contrats de services

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 $ et plus, conclus entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019.

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique[1]	21	2 033 763 $
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique [2]	33	4 576 571 $
Total contrats de service	54	6 610 334 $

[1] Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non
[2] Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation

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

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2017**		
1	2	3	4	**R** 5	**PR** 6	**NR** 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Rocher-Percé						
Contrat de location d'immeuble conclu avec la SQI comptabilisé à titre de contrat de location-exploitation au lieu de contrat de location-acquisition, tel que préconisé par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2014-15	R	Puisqu'il s'agit d'une directive du Ministère, la comptabilisation est toujours la même et la recommandation n'a donc pas été appliquée.			NR
Secteur réadaptation						
Contrat de location d'immeuble conclu avec la SQI comptabilisé à titre de contrat de location-exploitation au lieu de contrat de location-acquisition, tel que préconisé par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2014-15	R	Puisqu'il s'agit d'une directive du Ministère, la comptabilisation est toujours la même et la recommandation n'a donc pas été appliquée.			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Baie-des-Chaleurs						
Centre d'activité 5942						
Nous avons constaté lors de nos tests qu'il manquait parfois des notes au dossier (physique ou électronique) de l'usager afin de pouvoir prouver que l'usager a bien reçu des services. Il faut toujours au moins une note au dossier de l'usager dans l'exercice s'il y a eu une intervention.	2016-17	R	À la suite de nos travaux d'audit, nous pouvons conclure que la recommandation a été appliquée.	R		
Centre d'activité 6240						
Lors de nos travaux d'audit, nous avons constaté que certaines feuilles de présence d'un usager à l'urgence n'étaient pas signées.	2017-18		À la suite de nos travaux d'audit, nous pouvons conclure que la recommandation a été appliquée.	R		
Centre d'activité 6890						
Lors de nos travaux d'audit, nous avons constaté que les données sur le nombre de participants à une activité étaient faussées. Le nombre de participants a été augmenté pour atteindre la durée totale réelle de l'activité. Par exemple, une activité prévue de 3 h en a finalement duré 6. Il y avait 30 participants pour l'activité, mais le responsable en a inscrit 60 pour refléter l'augmentation de la durée.	2017-18		À la suite de nos travaux d'audit, nous pouvons conclure que la recommandation a été appliquée.	R		
Centre d'activité 7062						
Lors de nos travaux d'audit, nous avons constaté que la compilation des usagers se fait de façon manuelle, ce qui n'est pas efficient, car il y a beaucoup de risques d'erreurs (l'addition d'usagers à partir d'une liste papier; le risque de compter en double est donc élevé).	2017-18		Il y a présentement des négociations pour mettre en place un logiciel sur mesure permettant de faire le suivi.			NR
Secteur jeunesse						
Centres d'activités 5502 et 5504						
L'unité de mesure « jours-présences » n'était pas compilée selon une méthode valable en raison de la présence de doublons dans le fichier statistique cumulatif. Une révision des fichiers doit être faite systématiquement afin de s'assurer que l'information extraite et consignée dans le fichier de compilation soit adéquate.	2016-17	R	À la suite de nos travaux d'audit, nous pouvons conclure que la recommandation a été appliquée.	R		
Centre d'activité 5700						
Nous avons constaté lors de nos tests que des dossiers qui avaient été fermés ne comportaient pas de note de révision pour documenter la fermeture du dossier.	2017-18		À la suite de nos travaux d'audit, nous pouvons conclure que la recommandation a été appliquée.	R		

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2017**		
1	2	3	4	**R** 5	**PR** 6	**NR** 7
Rocher-Percé						
Centre d'activité 6680						
Lors de nos tests, nous avons constaté qu'une intervention avait été comptabilisée même si le rendez-vous avait été annulé. Par contre, en vertu de la circulaire, aucune intervention n'aurait dû être comptabilisée. Aussi, il est préférable qu'une note au dossier (physique ou informatique) de l'usager soit consignée pour pouvoir expliquer l'intervention.	2016-17	R	À la suite de nos travaux d'audit, nous pouvons conclure que la recommandation a été appliquée.	R		
Centre d'activité 7650						
Lors de nos travaux d'audit, nous avons constaté que l'employé qui brûle les déchets biomédicaux inscrit le poids manuellement sur une feuille. Les statistiques sont donc pratiquement illisibles.	2017-18		À la suite de nos travaux d'audit, nous pouvons conclure que la recommandation a été appliquée.	R		
Centre d'activité 7532						
Lors de nos travaux d'audit, nous avons constaté que la compilation des demandes reçues se fait de façon manuelle, ce qui n'est pas efficient et cela augmente également le risque d'erreur. De plus, nous avons constaté qu'il n'y a pas de statistiques comptabilisées pour les études et les recherches effectuées par les archivistes. Finalement, il n'y a aucune vérification périodique des statistiques comptabilisées.	2018-19		La situation sera corrigée en 2019-2020.			NR
Lors de nos tests, nous avons constaté que pour certaines « heures de prestation de services », il n'y avait pas de note au dossier informatique de l'usager pouvant justifier le temps saisi.	2016-17 (8081 et 8052) 2017-18 (8066 et 8076)	R	À la suite de nos travaux d'audit, nous pouvons conclure que la recommandation a été appliquée.	R		
Centre d'activité 7041						
Lors de nos tests, nous avons constaté que les dates inscrites au système pour le suivi des mouvements des résidents n'étaient pas toujours adéquates, ce qui fait en sorte que des « jours-présences » ont été comptabilisés à deux endroits. Il faut s'assurer que la date inscrite au système ne soit pas la date de la saisie, mais plutôt la date du mouvement réel du résident.	2016-17	R	À la suite de nos travaux d'audit, nous pouvons conclure que la recommandation a été appliquée.	R		
Haute-Gaspésie						
Centre d'activité 5930						
Nous avons constaté lors de nos tests qu'il manquait parfois des notes au dossier (physique ou électronique) de l'usager afin de pouvoir prouver que l'usager avait bien reçu des services.	2017-18		À la suite de nos travaux d'audit, nous pouvons conclure que la recommandation a été appliquée.	R		
Côte-de-Gaspé						
Centre d'activité 6303						
Nous avons constaté lors de nos tests que le suivi manuel de l'unité de mesure n'était pas efficient et qu'il pouvait laisser place à des erreurs de compilation.	2017-18		À la suite de nos travaux d'audit, nous pouvons conclure que la recommandation a été appliquée.	R		
Centre d'activité 7703						
Nous avons constaté lors de nos tests que la version du système AutoCAD disponible sur les postes de travail est tellement ancienne qu'il est impossible d'ouvrir les nouveaux plans afin d'obtenir certaines dimensions.	2017-18		À la suite de nos travaux d'audit, nous pouvons conclure que la recommandation a été appliquée.	R		

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2017**		
1	2	3	4	**R** 5	**PR** 6	**NR** 7
Centres d'activités 7644 et 7801						
Lors de nos travaux d'audit, nous avons constaté un manque d'uniformité puisque certaines mesures incluent les murs extérieurs alors que d'autres les excluent. Il faudra s'assurer de revoir les statistiques (calculs mètres carrés) qui datent de quelques années afin de s'assurer que les calculs dans AutoCAD qui servent à la production du rapport de statistiques soient conformes.	2018-19		La situation sera corrigée en 2019-2020.			NR
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant						
Secteur réadaptation						
Avance à une employée sur la base de quarts de travail rémunérés mais non travaillés pour lui permettre de compléter un diplôme d'infirmière. Contrevient à l'interdiction du consentement de prêts à des tiers. (L.R.Q. c.S-4.2 art.265, paragr.2o)	2014-15	C	Le programme d'avances aux futurs (es) infirmiers (ères) se poursuit et les participants(es) ont commencé à rembourser le tout. La recommandation n'a donc pas été appliquée.			NR
Rapport à la gouvernance						
Baie-des-Chaleurs						
Avances aux futurs (es) infirmiers (ères).	2012-13	O	Le programme d'avances aux futurs (es) infirmiers (ères) se poursuit et les participants (es) ont commencé à rembourser le tout. La recommandation n'a donc pas été appliquée.			NR
CISSS de la Gaspésie						
Lors de nos travaux d'audit sur la provision pour griefs, nous avons remarqué que l'estimation de la provision n'est pas mise à jour de façon régulière en fonction des nouvelles informations reçues. Cela crée donc une lacune, non seulement au niveau de la comptabilité, mais également au niveau de la gestion des éventualités.	2017-18	O	À la suite de nos travaux d'audit, nous pouvons conclure que la recommandation a été appliquée.	R		
Lors de nos travaux d'audit, nous avons remarqué certaines lacunes en ce qui concerne les procédés de démarcation des achats, notamment en ce qui a trait aux achats d'immobilisations. En fait, selon nos discussions, le fonds d'immobilisations est fermé rapidement après la date de clôture et il peut arriver à l'occasion que certaines factures, pour lesquelles les biens ont été livrés ou le service rendu avant le 31 mars, ne soient pas comptabilisées dans le bon exercice financier.	2016-17	O	Une attention particulière devra être portée à la démarcation des achats. Les politiques relatives aux achats d'immobilisations en fin d'année devraient être resserrées afin d'obtenir une meilleure démarcation des achats d'immobilisations.			NR

La divulgation des actes répréhensibles

DIVULGATION D'ACTES RÉPRÉHENSIBLES À L'ÉGARD DES ORGANISMES PUBLICS

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 (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. 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 suivi (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

LE NOMBRE D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR LE PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (PSOC)

La région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine compte 105 organismes communautaires reconnus œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ceux-ci sont admissibles pour recevoir du financement à la mission globale ou par entente spécifique pour des activités complémentaires à leur mission.

En 2018-2019, 91 organismes communautaires ont reçu du financement en appui à la mission globale. Parmi ceux-ci, 16 organismes ont également reçu du financement par entente spécifique. De plus, 1 organisme communautaire reconnu reçoit exclusivement du financement en entente spécifique, bien qu'il ait accès au financement à la mission globale. Enfin, 3 organismes sont reconnus mais ne reçoivent aucun financement du PSOC. En définitive, 94 organismes reconnus pour répondre aux critères de l'action communautaire autonome œuvrent principalement en santé et services sociaux. Ceux-ci ont accès aux trois modes de financement : mission globale, entente spécifique et projet ponctuel.

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

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

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

Le CISSS de la Gaspésie a procédé à l'analyse de la reddition de comptes des organismes communautaires pour l'année financière 2018-2019 et la totalité de ceux-ci ont remis un dossier conforme aux exigences. Des ajustements ont été demandés aux organismes ayant présenté un dossier incomplet ou non conforme. Parmi ceux-ci, le CISSS de la Gaspésie a offert son soutien à 4 organismes dans le cadre de la gestion des situations particulières, comme prévu dans la Convention de soutien financier 2015-2018 (renouvelé jusqu'au 31 mars 2020), car ces derniers n'étaient plus momentanément en mesure de réaliser leur mission.

Échéanciers du programme

Relance du programme (envoi des brochures)	Novembre 2017
Réception des demandes d'aide financière	Janvier-février 2018
Préanalyse des demandes	Février 2018
Versement de la 1re avance budgétaire	Avril 2018
Analyse complète des demandes	Mars 2018
Présentation du projet de répartition 2018-2019	Mai 2018
Projet de répartition rehaussement 2018-2019	Octobre 2018
Analyse de la reddition de comptes	Octobre à décembre 2018
Demande de conformité de la reddition de comptes aux organismes en difficulté	Novembre 2017 à mars 2018
Calendrier des versements réguliers	Juillet 2018, octobre 2018 et janvier 2019

Les subventions accordées sur une base comparative avec l'exercice précédent

Répartition de l'enveloppe budgétaire 2018-2019 – PSOC à la mission globale

Programme	Nom de l'organisme	Numéro d'organisme	All. budgétaire 2017-2018	All. budgétaire 2018-2019
Dépendances (CA)	Carrefour Unité inc.	0298-4318	76 061 $	77 278 $
	Mi-Chemin de Gaspé inc.	0403-6620	61 142 $	69 559 $
Dépendances (CP)	Centre Accalmie inc.	0423-7152	114 183 $	141 544 $
	La Maison à Damas	0473-9777	82 369 $	128 349 $
	Accueil Blanche Goulet de Gaspé inc.	0539-6742	118 131 $	143 357 $
	Centre Émilie Gamelin	0540-8448	86 268 $	113 182 $
	Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts inc.	0569-4310	63 580 $	64 597 $
		TOTAL	**601 734 $**	**737 866 $**
Santé publique (HB)	Nourisson-Lait Haute-Gaspésie	0685-5969	11 186 $	17 451 $
	Groupe d'entraide Allaitement Sein-Pathique	0652-2122	11 142 $	27 079 $
	Lactescense Pabos	0685-5951	12 263 $	12 459 $
	Regroupement d'entraide à l'allaitement maternel Supportons-lait	0717-0640	15 984 $	16 240 $
		TOTAL	**50 575 $**	**73 229 $**
Santé publique (HL)	Partagence	0564-7607	51 715 $	52 542 $
	Carrefour-Ressources	0486-7925	153 189 $	155 640 $
	Source alimentaire Bonavignon	0571-3979	113 600 $	125 055 $
	CAB Ascension-Escuminac	0299-4580	39 490 $	40 122 $
	Produire la santé ensemble	0733-6886	15 000 $	24 877 $
	Collectif Aliment-Terre	0693-6199	78 511 $	89 404 $
	Cuisines collectives Îles-de-la-Madeleine	0730-2896	70 924 $	92 345 $
	CAB La Grande Corvée	0318-3365	35 040 $	35 601 $
	Table de concertation en sécurité alimentaire Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine	0730-2912	15 263 $	15 507 $
	Entraide communautaire des Îles	0632-7498	21 700 $	37 806 $
	Accueil Blanche Goulet de Gaspé inc.	0539-6742	29 587 $	30 060 $
		TOTAL	**624 019 $**	**698 959 $**

Programme	Nom de l'organisme	Numéro d'organisme	All. budgétaire 2017-2018	All. budgétaire 2018-2019
Déficience intellectuelle (AD)	La Maison Maguire pour personnes handicapées	0474-1237	137 747 $	169 847 $
	Association des personnes handicapées du secteur l'Estran inc.	0293-7530	24 612 $	25 006 $
	Association de défense des droits des personnes handicapées de Gaspé inc.	0343-6896	39 214 $	40 974 $
	Association des handicapés Val-Rosiers	0299-4598	27 686 $	35 347 $
	Centre pour handicapés La Joie de Vivre de Chandler inc.	0316-5313	87 853 $	100 618 $
	AHMI Association pour personnes handicapées de Murdochville inc.	0400-8678	- $	0 $
	Association La Croisée	0658-0179	71 616 $	84 121 $
	APHAC (Association des personnes handicapées Action Chaleurs)	0636-0853	80 497 $	93 144 $
	Association des personnes handicapées des Îles	0628-1455	77 118 $	135 731 $
	Autisme de l'Est du Québec	0659-3818	33 931 $	49 964 $
		TOTAL	**580 274 $**	**734 752 $**
Déficience Physique (BC)	La Maison Maguire pour personnes handicapées inc.	0474-1237	39 798 $	40 435 $
	Association des personnes handicapées du secteur l'Estran inc.	0293-7530	5 904 $	5 998 $
	Association de défense des droits des personnes handicapées de Gaspé inc.	0343-6896	9 402 $	9 552 $
	Association des handicapés Val-Rosiers inc.	0299-4598	6 673 $	6 780 $
	Centre pour handicapés La Joie de Vivre de Chandler inc.	0316-5313	18 458 $	18 753 $
	AHMI Association pour personnes handicapées de Murdochville inc.	0400-8678	- $	5 329 $
	Association La Croisée	0658-0179	19 177 $	19 484 $
	APHAC (Association des personnes handicapées Action Chaleurs)	0636-0853	19 064 $	19 369 $
	Association des personnes handicapées des Îles	0628-1455	18 170 $	18 461 $
	Troubles du Langage de l'Est	0530-7590	- $	17 442 $
	Association des personnes handicapées visuelles-GIM	0575-7083	72 882 $	89 538 $
	Association des TCC et ACV de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine	0608-6268	132 835 $	150 450 $
		TOTAL	**342 363 $**	**401 591 $**
Services généraux (IH)	Centre de bénévolat Saint-Alphonse-Nouvelle inc.	0299-4515	35 394 $	35 960 $
	CAB Les Hauts-Bois inc.	0357-7152	53 079 $	53 928 $
	CAB des Chic-Chocs inc.	0363-0399	43 969 $	44 673 $
	CAB Gascons-Percé inc.	0389-3013	53 392 $	54 246 $

Programme	Nom de l'organisme	Numéro d'organisme	All. budgétaire 2017-2018	All. budgétaire 2018-2019
	CAB Saint-Siméon-Port-Daniel	0403-8386	39 157 $	39 784 $
	CAB La Grande Corvée	0318-3365	40 667 $	41 318 $
	CAB Le Hauban inc.	0423-9802	27 139 $	27 573 $
	CAB Ascension-Escuminac	0299-4580	68 423 $	69 518 $
	CAB des Îles-de-la-Madeleine	0466-8125	34 438 $	34 989 $
Services généraux (II)	LGBT Baie-des-Chaleurs	0732-2910	15 000 $	22 679 $
Services généraux (IQ)	Regroupement des organismes communautaires GIM	0577-4542	156 570 $	164 075 $
Services généraux (IS)	Maison Blanche Morin	0378-3560	602 804 $	612 449 $
	Le Centre Louise-Amélie inc.	0411-9020	707 548 $	718 869 $
	Maison d'aide et d'hébergement L'Aid'Elle inc.	0445-0664	674 064 $	684 849 $
	La Maison d'aide et d'hébergement L'Accalmie	0473-8894	500 510 $	531 704 $
	Maison d'aide et d'hébergement L'Émergence inc.	0505-4796	674 064 $	684 849 $
Services généraux (IX)	Convergence	0731-9569	189 341 $	207 081 $
	Homme et gars	0732-0419	91 819 $	113 574 $
Services généraux (IV)	CALACS L'Espoir des Îles	0671-0289	139 741 $	162 263 $
	CALACS La Bôme-Gaspésie	0579-4417	358 188 $	363 919 $
Services généraux (IT)	Regroupement des femmes de Gaspé inc.	0298-4425	195 000 $	198 120 $
	Regroupement des femmes La Sentin'Elle inc.	0336-1433	195 000 $	208 769 $
	Centr'Elles - Comité d'action des femmes d'Avignon inc.	0463-1644	195 104 $	198 226 $
	Femmes en mouvement inc.	0445-2694	195 206 $	198 329 $
	Femmes Entr'Elles	0619-0631	194 995 $	198 115 $
		TOTAL	**5 480 612 $**	**5 669 859 $**

Perte d'autonomie liée au vieillissement (EJ)	Société Alzheimer GIM	0649-0759	169 096 $	185 290 $
Perte d'autonomie liée au vieillissement (ER)	Centre d'action bénévole Saint-Alphonse-Nouvelle inc.	0299-4515	163 740 $	166 360 $
	Centre d'action bénévole Les Hauts-Bois inc.	0357-7152	32 895 $	33 421 $
	Centre d'action bénévole des Chic-Chocs inc.	0363-0399	140 133 $	142 375 $

Programme	Nom de l'organisme	Numéro d'organisme	All. budgétaire 2017-2018	All. budgétaire 2018-2019
	Centre d'action bénévole Gascons-Percé inc.	0389-3013	162 292 $	164 889 $
	Centre d'action bénévole Saint-Siméon-Port-Daniel	0403-8386	153 335 $	155 788 $
	Centre d'action bénévole La Grande Corvée	0318-3365	47 431 $	48 190 $
	Centre d'action bénévole Le Hauban inc.	0423-9802	164 738 $	167 374 $
	Centre d'action bénévole Ascension-Escuminac	0299-4580	82 249 $	83 565 $
	Centre d'action bénévole des Îles-de-la-Madeleine	0466-8125	117 993 $	130 531 $
		TOTAL	**1 233 902 $**	**1 277 783 $**
Santé physique (GK)	Épilepsie Gaspésie-Sud	0448-5371	67 290 $	75 806 $
	Groupe d'entraide Fibromyalgie et douleurs chroniques	0733-6878	8 500 $	24 395 $
	Organisme gaspésien des personnes atteintes de cancer	0476-8651	100 447 $	116 765 $
		TOTAL	**176 237 $**	**216 966 $**
Jeunes en difficulté (D1)	Maison des jeunes de Gaspé	0363-7139	86 629 $	88 015 $
	Maison des jeunes des Îles-de-la-Madeleine	0363-7147	85 508 $	95 196 $
	Maison des jeunes de Saint-Alphonse inc.	0367-7747	86 629 $	88 015 $
	Maison des jeunes de Sainte-Anne-des-Monts	0339-2461	86 629 $	88 015 $
	Maison des jeunes de Chandler	0352-7082	86 629 $	88 015 $
	Maison des jeunes Le Trèflerie	0385-8818	86 629 $	88 015 $
	Maison des jeunes de New-Richmond	0385-8800	86 629 $	88 015 $
	Maison des jeunes de Grande-Rivière	0389-7329	86 629 $	88 015 $
	Maison des jeunes de Rivière-au-Renard	0402-5912	86 629 $	88 015 $
	Maison des jeunes de Saint-François-d'Assise	0423-7293	79 954 $	81 233 $
	Maison des jeunes de Bonaventure	0564-7573	52 493 $	53 333 $
	Maison des jeunes de l'Île-du-Havre-Aubert	0564-7565	51 372 $	67 953 $
	Maison des jeunes de l'Est des Îles	0564-7581	51 372 $	52 194 $
	Maison des jeunes de Caplan	0608-4602	62 684 $	71 125 $
	Maison des jeunes de Pointe-à-la-Croix	0654-2146	52 493 $	60 771 $
	L'Oasis-jeunesse de l'Estran	0570-0307	52 493 $	60 771 $
	L'Entre-Temps - Maison des jeunes de Cap-Chat inc.	0608-4628	52 493 $	60 771 $

Programme	Nom de l'organisme	Numéro d'organisme	All. budgétaire 2017-2018	All. budgétaire 2018-2019
	Maison des jeunes de Gascons inc.	0648-7573	52 477 $	60 755 $
	Maison des jeunes de Murdochville inc.	0652-5836	52 493 $	60 771 $
	Maison des jeunes de Saint-Elzéar	0637-8038	52 462 $	60 739 $
	Maison des jeunes de Carleton	0636-0770	52 462 $	60 739 $
	Maison des jeunes du Grand Paspébiac	0636-0796	52 461 $	60 738 $
		TOTAL	**1 496 249 $**	**1 611 209 $**

Jeunes en difficulté (D2)	Enfantaisie	0653-7807	50 498 $	60 943 $
	Espace Gaspésie	0639-0090	189 832 $	210 456 $
		TOTAL	**240 330 $**	**271 399 $**

Santé mentale (FG)	Association d'entraide pour la santé mentale en Gaspésie	0425-3928	127 341 $	139 015 $
	Nouveau Regard, Association de parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale de la Gaspésie	0571-2328	167 641 $	185 034 $
	Centre de ressourcement, de réinsertion et d'intervention (CRRI)	0571-2310	119 728 $	131 282 $
	Centre communautaire l'Éclaircie des Îles	0571-2302	158 035 $	184 680 $
	Droits et recours en santé mentale Gaspésie/Les Îles	0571-2211	192 317 $	208 882 $
	Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts	0569-4310	337 735 $	343 139 $
	Centre Émilie-Gamelin	0540-8448	346 437 $	351 980 $
	Centre Accalmie inc.	0423-7152	312 635 $	317 637 $
	Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale	0617-1409	9 662 $	9 817 $
	La Maison à Damas	0473-9777	206 607 $	209 913 $
	Accueil Blanche Goulet de Gaspé	0539-6742	216 346 $	219 808 $
		TOTAL	**2 194 484 $**	**2 301 187 $**

TOTAL MISSION GLOBALE	**13 020 779 $**	**13 994 800 $**

Répartition de l'enveloppe budgétaire – Ententes spécifiques

PROGRAMME	Nom de l'organisme	Subvention 2017-2018	Subvention 2018-2019
Santé publique (HB)	Maison de la famille Parenfant Gaspé	13 745 $	13 965 $
	Halte-parents de la Vallée	13 745 $	13 965 $
	Maison de la famille -MRC Bonaventure inc.	5 362 $	5 448 $
	Carrefour Ressources	5 362 $	5 448 $
	Organisme communautaire famille l'Embellie	5 362 $	5 448 $
	La maison de la famille Contre vents et marées	5 362 $	5 448 $
	Family Ties Carrefour famille New Carlisle	29 103 $	29 569 $
Santé publique (HL)	La Maison de la famille Contre vents et marées	39 075 $	39 700 $
	Family Ties Carrefour famille New Carlisle	26 475 $	26 899 $
Déficience physique (BC)	Ressource d'aide aux personnes handicapées	15 259 $	15 503 $
Jeunes en difficulté (DZ)	Justice alternative Gaspésie Sud/Equijustice Gaspésie	140 601 $	142 851 $
	Organisme de justice alternative jeunesse Gaspésie-Nord	152 937 $	155 384 $
Santé mentale (FG)	Centre de ressourcement, de réinsertion et d'intervention (CRRI)	20 598 $	20 928 $
	Centre Émilie Gamelin	40 052 $	40 693 $
SAPA (EJ)	Société Alzheimer GIM	38 405 $	39 019 $
SAPA (ER)	Centre d'action bénévole Saint-Alphonse-Nouvelle inc.	2 733 $	2 777 $
	Centre d'action bénévole Les Hauts-Bois inc.	8 056 $	8 185 $
	Centre d'action bénévole des Chic-Chocs inc.	2 733 $	2 777 $
	Centre d'action bénévole Gascons-Percé inc.	2 733 $	2 777 $
	Centre d'action bénévole Saint-Siméon-Port-Daniel	2 733 $	2 777 $
	Centre d'action bénévole La Grande Corvée	2 733 $	2 777 $
	Centre d'action bénévole Le Hauban inc.	2 733 $	2 777 $
	Centre d'action bénévole Ascension-Escuminac	2 733 $	2 777 $
	Centre d'action bénévole des Îles-de-la-Madeleine	2 733 $	2 777 $
Santé physique (GK)	OGPAC	28 286 $	28 739 $
	Transports accompagnement 64 ans et moins	90 349 $	91 795 $
Déficience intellectuelle (AD)	Association des personnes handicapées du secteur l'Estran inc.	1 799 $	450 $
	Association des handicapés Val-Rosiers inc.	1 799 $	450 $
TOTAL ENTENTES SPÉCIFIQUES		**703 596 $**	**712 103 $**

Annexe – Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

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

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Gaspésie

Québec

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE 2

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES 3

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE 6

Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS 10

Section 4 — APPLICATION 11

Annexe I – Engagement et affirmation du membre 16

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance 17

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre 18

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général 19

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts 20

Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts 21

Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen 22

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 les devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbysme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

*Intérê*t : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

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

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

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

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

Personne raisonnable : processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances[2].

Renseignements confidentiels **:** une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou des entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

L'établissement doit rendre le présent Code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés

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

au cours de l'année par le comité d'examen *ad hoc*, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et ses obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et de services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement, et dans un esprit de concertation, à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code, et ce, en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

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

8.6 Considérations politiques
- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

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

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

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

8.10 Avantages et cadeaux
- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

9. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

10. Dans un délai raisonnable, après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

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

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

12. Le membre doit déposer et déclarer, par écrit, au conseil d'administration, les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'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 réels, potentiels ou apparents à l'égard d'une question soumise, lors d'une séance, doit, sur-le-champ, déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

15. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

Section 4 – APPLICATION

16. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les soixante jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

17. Comité de gouvernance et d'éthique

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions de :

a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;
b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

Comme ce sont les membres du comité de gouvernance et d'éthique qui édictent les règles de conduite, ils ne devraient pas être confrontés à les interpréter, dans un contexte disciplinaire. Si tel était le cas, cela pourrait entacher le processus disciplinaire en introduisant un biais potentiellement défavorable au membre en cause. C'est pourquoi, il est proposé de mettre en place un « comité d'examen *ad hoc* » afin de résoudre le problème ou de proposer un règlement, à la discrétion du conseil d'administration.

18. Comité d'examen *ad hoc*

18.1 Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

18.2 Un membre du comité d'examen *ad hoc* ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.

18.3 Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :

a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

18.4 La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen *ad hoc* de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.

18.5 Si le comité d'examen *ad hoc* ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

19. Processus disciplinaire

19.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

19.2 Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen *ad hoc*, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI rempli par cette personne.

19.3 Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie, au membre concerné, les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen ad hoc et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.

19.4 Le membre est informé que l'enquête, qui est tenue à son sujet, est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

19.5 Tout membre du comité d'examen *ad hoc* qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

19.6 Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen *ad hoc*, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

19.7 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

19.8 Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

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

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

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

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

_____ _____ _____

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

_____ _____

Nom du commissaire à l'assermentation **Signature**

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

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

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____ _____

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

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

_____
_____
_____

2. Titre d'administrateur

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

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

_____
_____
_____

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	**Employeur**

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

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

_____ _____ _____

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

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

_____
_____
_____

2. Titre d'administrateur

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

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

_____
_____
_____

3. Emploi

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

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

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

_____ _____ _____

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

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

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

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____ _____

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

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

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

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

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

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

_____ _____ _____

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

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

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

_____ _____ _____

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