

2019-2020

RAPPORT ANNUEL

DE GESTION

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET
DE SERVICES SOCIAUX DE LA GASPÉSIE



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
Télééc. : 418 368-6850
www.cisss-gaspesie.gouv.qc.ca

Le Rapport annuel de gestion 2019-2020 a été adopté par le conseil d'administration lors de la séance régulière du 2 juillet 2020, tenue via la plateforme ZOOM.

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

1.	Le message des autorités	1
2.	La déclaration de fiabilité des données	5
3.	La présentation de l'établissement	9
3.1	L'établissement.....	11
3.2	Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	15
3.3	Les faits saillants.....	21
4.	Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité.....	47
4.1	Chapitre III : Les attentes spécifiques.....	49
4.2	Chapitre IV : Les engagements annuels.....	55
5.	Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	65
5.1	L'Agrément	67
5.2	La sécurité et la qualité des soins et des services	69
6.	L'application de la Politique portant sur les soins de fin de vie.....	89
7.	Les ressources humaines	93
8.	Les ressources financières.....	97
9.	L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	101
10.	La divulgation des actes répréhensibles	107
11.	Les organismes communautaires	111
12.	Annexe – Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.....	129

Liste des acronymes

A	APPR	Agent de planification, programmation et recherche
	AVC	Arrêt vasculaire cérébral
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 et 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	DGA	Direction générale adjointe
	DI-DP-TSA	Déficiência intellectuelle - déficiencia physique - trouble du spectre de l'autisme
	DMS	Durée moyenne de séjour
	DPJ	Direction protection de la jeunesse
	DProgJ	Direction du programme Jeunesse
	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
	DRFA	Direction des ressources financières et de l'approvisionnement
	DRMG	Département régional de médecine générale
	DSI	Direction des soins infirmiers
	DSM	Direction des services multidisciplinaires
	DSP	Direction des services professionnels
	DSPublique	Direction de santé publique
	DST	Direction des services techniques
	E	EÉSAD
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
	PDGA	Présidente-directrice générale adjointe
	PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
	PETRAAS	Programme d'évaluation, de traitement et de recherche auprès des auteurs d'agressions sexuelles
	PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
	PREM	Plan régional d'effectif médical
	PQDCS	Programme québécois du dépistage du cancer du sein
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

I. LE MESSAGE DES AUTORITÉS

Bonjour à toutes et à tous,

C'est avec plaisir que nous vous présentons le rapport annuel du CISSS de la Gaspésie pour l'année 2019-2020. Au cours des cinq dernières années, nous avons consolidé tous les apprentissages et les transformations que nous avons concrétisés grâce à la mobilisation de tous. Nous fermons ainsi un autre chapitre depuis la création du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Gaspésie pour en débiter un, qui sera tout aussi différent avec l'avènement de la COVID-19.

Chaque étape que nous traversons et chaque action que nous prenons sont guidées par notre priorité qui est l'usager. Une fois de plus, nous avons réussi à concrétiser nos trois grandes priorités qui se résument par la qualité des services offerts à la population gaspésienne, la proximité des services pour tous les citoyens, et le maintien des acquis obtenus au cours des 35 dernières années.

Pour une cinquième année consécutive, l'utilisation efficiente des ressources et la rigueur se traduisent dans une gestion financière équilibrée, et ce, en préservant la qualité et en bonifiant l'offre de service. En effet, le service d'audiologie a été réimplanté à Chandler, après plusieurs années, l'accès à l'hémodialyse hospitalière a été rehaussé, le service de sage-femme a été fortifié avec l'arrivée d'une deuxième sage-femme, et les services à domicile ont été augmentés de 17,5 %. Couronnant ces efforts, notre CISSS a atteint un taux de conformité aux normes d'agrément de l'ordre de quatre-vingt-treize (93) % lors de la visite de d'Agrément Canada en mai 2019 (séquences 1 et 2 sur un cycle total de 5 années se terminant en 2023).

Des efforts ont aussi été déployés dans la construction et l'installation de nouvelles infrastructures pour mieux servir nos usagers. L'équipe des services techniques a grandement été sollicitée dans l'aménagement de nos installations pour assurer la sécurité du personnel et des usagers avec l'arrivée de la COVID-19. Des projets d'envergure ont également vu le jour sur le territoire du CISSS. Pensons, entre autres, aux nouvelles pharmacies dans les hôpitaux de Chandler et de Maria, le regroupement de la médecine de jour, de l'oncologie et de l'hémodialyse à l'hôpital de Sainte-Anne-des-Monts, la rénovation de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), l'acquisition d'une unité mobile de résonance magnétique (IRM) qui dispense des services dans les 4 réseaux locaux de services (RLS) de la Gaspésie ainsi qu'aux Îles-de-la-Madeleine. Sans oublier, le début de la construction de la nouvelle urgence à Gaspé. Un projet attendu par la communauté depuis plus de 20 ans.

En plus des projets d'infrastructure, des projets humains rayonnent autant sur le plan provincial que régional. Cette année, notre projet *Un pont vers la maison*, qui facilite la phase post-traitement des personnes ayant souffert du cancer en s'appuyant sur des pratiques novatrices, a été reconnu au niveau provincial et national. D'autres projets patients-partenaires portent ses fruits au sein de notre population, notamment, dans les services en santé mentale et en maladies chroniques. Nous continuons le travail pour nos jeunes vulnérables à travers le projet Jimmy qui vise, entre autres, la réduction importante du délai de prise en charge à l'application des mesures de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et le déploiement des services simplifiés et plus faciles d'accès (augmentation des dossiers jeunesse pris en charge selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS)). Par ailleurs, nous ne pourrions passer sous silence les visites de quatre (4) ministres provinciaux au cours de l'année 2019. Celles-ci ont permis une meilleure compréhension des réalités régionales, la mise en place de certains chantiers de travail, ainsi que la priorisation de différents dossiers.

Malgré toutes ces grandes réussites, la dernière année a été marquée par certains défis au niveau des communications et des ressources humaines. Afin de bien planifier nos communications, nous avons priorisé un plan à l'interne et à l'externe. Ainsi, nous travaillons quotidiennement avec les représentants syndicaux et nous collaborons activement avec les élus et les médias sur notre territoire. Du côté des ressources humaines, des difficultés ont été rencontrées lors de la période estivale, notamment dans les services d'obstétrique à la grandeur de la région. Un comité de travail a d'ailleurs été mis sur pied pour contrer cette situation. Le haut taux d'absentéisme a été pris au sérieux par la direction. Il y a donc eu beaucoup d'efforts qui ont été mis en place dans le programme *Prendre soin de notre monde*, et le comité stratégique sur la gestion de la présence au travail qui été créé voilà déjà deux années. Plusieurs actions ont donc été prises pour contrer la pénurie de personnel, telles que des activités de recrutement sur un mode local, régional et provincial, des activités de recrutement pour attirer les jeunes de la relève, de nouvelles cohortes de préposés aux bénéficiaires dans les réseaux locaux de services (RLS) du Rocher-Percé et de la Baie-des-Chaleurs, des activités d'accueil visant deux cent (200) étudiants pour la période estivale 2019.

Nous souhaitons remercier nos trois mille cinq cent (3 500) employés, nos cent trente (130) gestionnaires, nos deux cent trente-quatre (234) médecins et nos cinq cent soixante-deux (562) bénévoles pour tout le travail fait au quotidien et le dévouement sans relâche à l'amélioration de la santé et du bien-être des Gaspésiennes et des Gaspésiens. En terminant, nous tenons à souligner, de façon particulière, le travail des membres du conseil d'administration qui s'impliquent bénévolement, afin que le CISSS de la Gaspésie continue d'offrir des services de qualité à la population.

Bonne lecture!

La présidente-directrice générale,



Chantal Duguay

Le président du conseil d'administration,



Richard Loiselle

2. 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 2019-2020 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 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 2020.



La présidente-directrice générale,
Chantal Duguay

3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

3.1 L'établissement

Le CISSS de la Gaspésie est au cœur d'un vaste réseau territorial de services (RTS) qui compte quarante-neuf (49) 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 de services complémentaires, assurant des trajectoires fluides à ses différentes clientèles, et ce, grâce à une véritable intégration des services généraux et spécialisés pour chacun des volets de sa mission : centre hospitalier (CH), centre local de services communautaires (CLSC), centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et centre de réadaptation (CR).

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

3.1.1 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.

3.1.2 La vision

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

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

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

3.1.3 Les valeurs organisationnelles

- ♦ **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 reconnaît et qui nous porte à nous conduire envers elle avec politesse, avec tact et avec 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.



Le vrai nord – Les axes de la gouvernance

La gouvernance du CISSS de la Gaspésie s'est donnée des balises pour orienter ses décisions.

Au centre, notre boussole :

- ♦ La santé et le bien-être de la population s'appuyant sur l'expérience patient (l'accessibilité, l'équité d'accès et la réactivité).

Nos quatre points cardinaux :

- ♦ La qualité et la sécurité;
- ♦ Le continuum des services (l'intégration et la continuité);
- ♦ La mobilisation du personnel;
- ♦ La gestion efficace des ressources (l'efficacité, la viabilité, l'efficacité).



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



LÉGENDE

- HÔPITAL
- CLSC
- CENTRE D'HÉBERGEMENT
- POINT DE SERVICE RÉADAPTATION
- POINT DE SERVICE JEUNESSE
- GROUPE DE MÉDECINE FAMILIALE ET GROUPE DE MÉDECINE FAMILIALE UNIVERSITAIRE

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

3.2.1 Le conseil d'administration

Membres désignés

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

Membres nommés

M^{me} Chantal Duguay, PDG du CISSS
M^{me} Yolaine Arsénault, milieu de l'enseignement, jusqu'au 13 juin 2019
M^{me} Édith Couture, milieu de l'enseignement, depuis le 26 mars 2020

Membres indépendants

M. Richard Loiselle, président, compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
M. Gilles Cormier, vice-président, expertise en réadaptation
M^{me} Ann Béland, compétence en gouvernance ou éthique
M. Jean-Marc Landry, compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
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
M^{me} Nicole Bertrand Johnson, expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux
M. Philippe Berger, membre observateur représentant des fondations

Le conseil d'administration (C. A.) du CISSS de la Gaspésie a tenu 14 séances durant l'exercice 2019-2020, soit 8 séances extraordinaires et 6 séances ordinaires. De plus, le 6 février 2019 a eu lieu la séance annuelle d'information publique, pendant laquelle les résultats de l'année 2018-2019 ont été présentés.

Les membres du conseil d'administration se sont réunis, en septembre 2019, pour une rencontre de type « lac-à-l'épaule ». Cette journée avait pour objectifs de :

- ♦ Revenir sur le fonctionnement du C. A., plus particulièrement sur son mandat et ses responsabilités;
- ♦ Lancer 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.

Pour l'année 2019-2020, 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

3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives

Le comité de vérification (CV)

M^{me} Nicole Johnson
M. Magella Émond
M. Jean-Marc Landry, président
M^{me} Chantal Duguay, PDG
M. Richard Loiselle, président du C. A.

Personne-ressource :

M. Jean-Pierre Collette, directeur des ressources financières et de l'approvisionnement

Le comité de gouvernance et d'éthique (CGE)

M^{me} Ann Béland
M. Gilles Cormier, président
D^{ne} Martine Larocque
M. Stéphan Boucher
M^{me} Chantal Duguay, PDG

Personne-ressource :

M. Jean-Luc Gendron, directeur qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE)

Le comité de vigilance et de la qualité (CVQ)

M^{me} Ann Béland, présidente
M^{me} Jacqueline Babin
M. Médor Doiron
M^{me} Chantal Duguay, PDG
M^{me} Caroline Plourde, commissaire aux plaintes et à la qualité des services à partir du 12 février 2020
M. Martin Brosseau, commissaire aux plaintes et à la qualité des services, par intérim, jusqu'au 14 février 2020

Personne-ressource :

M. Jean-Luc Gendron, DQEPE

Le comité des ressources humaines (CRH)

M^{me} Chantal Duguay, PDG
M^{me} Ann Béland
M^{me} Nicole Johnson
M. Médor Doiron
M. Richard Loiselle, président
M. Gilles Cormier, vice-président
Un poste était vacant au 31 mars 2020

Personne-ressource :

M. Michel Bond, directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ), jusqu'au 3 septembre 2019
M. Martin Brosseau, secrétaire, DRHCAJ par intérim, depuis le 17 février 2020

Le comité stratégique en santé, bien-être et sécurité des employés

M. Richard Loiselle, président du C. A.
M^{me} Chantal Duguay, PDG
M^{me} Ann Béland, membre du C. A.
M. Simon Rochefort, président syndicat CSN – Catégorie 3
M^{me} Sandra Cassivi-Bouchard, représentante du CECII
M^{me} Gina Pelletier, adjointe à la DRHCAJ – Gestion de la présence au travail
D^{ne} Isabelle Mathieu, médecin et présidente du CMDP
M^{me} Nancy Gédéon, représentante du CECM
M^{me} Sylvie Desrosiers, représentante de l'Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS)
M^{me} Connie Jacques, présidente-directrice générale adjointe (PDGA) et responsable du Service santé par intérim
M. Jean St-Pierre, directeur programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
M. Pier-Luc Boulay, président du syndicat CSN – Catégorie 2
M. Richard Brault, président du syndicat APTS – Catégorie 1
D^{ne} Nathalie Guilbault, directrice des services professionnels (DSP)
M^{me} Valérie Rousseau, chargée de projet à la DQEPE
De ce comité découlent les comités suivants :

- ♦ Comité « Le CISSS de la Gaspésie, un endroit où il fait bon travailler »
- ♦ Comité « Le CISSS de la Gaspésie uniformise ses pratiques »
- ♦ Comité « Santé et sécurité au travail »

Le comité des usagers du centre intégré (CUCI)

M^{me} Jacqueline C. Babin, comité des usagers, volet Réadaptation
M. Philippe Berger, comité des usagers, réseau local de services (RLS) du Rocher-Percé
M. Gilles Brossard, comité des usagers, RLS de La Côte-de-Gaspé, secrétaire
M. Jean-Yves Bujold, comité des usagers, RLS de la Baie-des-Chaleurs
M. Camille Leduc, comité de résidents, CHSLD de New Carlisle, RLS de la Baie-des-Chaleurs, président
M^{me} Ester Michaud, comité des usagers, RLS de La Haute-Gaspésie
M. Allen Nellis, comité de résidents, CHSLD de Maria, RLS de la Baie-des-Chaleurs
M^{me} Claudette Ouellet, comité de résidents, volet Jeunesse
M^{me} May Rochefort, comité de résidents, CHSLD Mgr-Ross, RLS de La Côte-de-Gaspé
M^{me} Edna Synnott, comité de résidents, volet Jeunesse
M^{me} Linda Thurston, comité des usagers, volet Jeunesse, vice-présidente et trésorière

Au 31 mars 2020, trois postes étaient vacants :

- ♦ Comité de résidents du RLS de La Haute-Gaspésie (CHSLD de Cap-Chat)
- ♦ Comité de résidents du RLS de la Baie-des-Chaleurs (CHSLD de Matapédia)
- ♦ Comité de résidents du RLS du Rocher-Percé (Villa Pabos)

Personnes-ressources :

M. Jean-Luc Gendron, DQEPE

Le comité de gestion des risques (CGR)

M^{me} Fanny Bernard, personne désignée par le directeur du programme SAPA
M. Maxime Bernatchez, personne désignée par le comité de prévention des infections (CPI)
M^{me} Cathy Bérubé, représentant la direction des soins infirmiers (DSI)
M^{me} Sandra Cassivi-Bouchard, gestionnaires des risques, personne désignée par le conseil des infirmières et infirmiers, conseillère clinique à la qualité et aux risques et personne-ressource du réseau local de services de La Côte-de-Gaspé
M^{me} Lise Cotton, représentante de la DQEPE
M^{me} Marie-Ève Doucet, personne désignée par le comité régional sur les services pharmaceutiques
M^{me} Chantal Duguay, PDG
M^{me} Andréanne Ritchie, personne désignée par le CM
M^{me} Linda Thurston, personne désignée par le CUCI

Au 31 mars 2020, les sièges suivants étaient vacants :

- ♦ Membre 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
- ♦ Membre représentant de la direction des services professionnels
- ♦ Membre du conseil d'administration
- ♦ Membre patient-partenaire

Assistaient également au comité régional de gestion des risques à titre d'invité, les personnes-ressources de la Direction qualité, évaluation, performance et éthique

M. Mathieu Fulhum, chef de services, RLS du Rocher-Percé
M. Jean-Luc Gendron, DQEPE, personne-ressource
M^{me} Linda Leblanc, conseillère clinique, RLS de La Haute-Gaspésie
M^{me} Renée Rivière, conseillère à la qualité et sécurité des soins et à la gestion des risques, RLS de la Baie-des-Chaleurs

Le comité de coordination clinique (CCC)

M^{me} Chantal Duguay, PDG
M^{me} Connie Jacques, PDGA
M^{me} Johanne Méthot, directrice générale adjointe et directrice (DGA) aux programmes de santé physique généraux et spécialisés, et directrice des soins infirmiers (DSI)
D^r Jean-François Lefebvre, directeur des services professionnels (DSP), jusqu'au 30 novembre 2019
D^{re} Nathalie Guilbeault, DSP depuis le 17 février 2020
M^{me} Ann Soucy, directrice des ressources informationnelles (DRI)
M. Sylvain Nadeau, directeur des programmes Santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux
M^{me} Marlène Parisé, directrice des services multidisciplinaires (DSM)
M. Jean St-Pierre, directeur du programme SAPA
D^r Yv Bonnier Viger, directeur régional de santé publique
M. Jean-Luc Gendron, DQEPE

M. Alain Vézina, directeur des ressources informationnelles (DRI) et directeur des services techniques (DST) – Volet mesures d’urgence et hôtellerie, par intérim
M. Michel Bond, DRJCAJ, jusqu’au 3 septembre 2019
M. Martin Brosseau, DRHCAJ, par intérim, depuis le 17 février 2020.
M. Jean-Pierre Collette, directeur des ressources financières et de l’approvisionnement (DRFA)
M^{me} Nadine Francoeur, directrice des programmes déficiences déficience intellectuelle, déficience physique et trouble du spectre de l’autisme (DI-DP-TSA)
M^{me} Cathy Bérubé coordonnatrice en continuum de soins et services
M. Harris Cloutier, directeur adjoint à la DSI
M^{me} Michelle Frenette, directrice de la protection de la jeunesse (DPJ), par intérim
M. Steeve Pontbriand, directeur du programme Jeunesse (DProgJ), jusqu’au 6 janvier 2020

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

RLS de La Côte-de-Gaspé

D^{re} Isabelle Casgrain, médecin de famille
D^{re} Marie-Yanouk Blain, gynécologue-obstétricienne

RLS du Rocher-Percé

D^{re} Claudia Dumont, médecin de famille, vice-présidente de l’exécutif
D^r Bernard Rodrigue, radiologiste

RLS de la Baie-des-Chaleurs

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

RLS de La Haute-Gaspésie

D^r Charles Rhéaume, médecin de famille, trésorier de l’exécutif
D^{re} Émilie Gagnon, médecin de famille

Membres d’office

M^{me} Chantal Duguay, PDG
D^r Jean-François Lefebvre, DSP, jusqu’au 30 novembre 2019
D^{re} Nathalie Guilbeault, DSP, depuis le 20 février 2020

Le Département régional de médecine générale (DRMG)

Membres élus par et parmi les médecins membres du Département

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

Membres cooptés nommés par les membres élus

D^{re} Émilie Dupuis-Riendeau, RLS de La Côte-de-Gaspé
D^{re} Audrey Perry-Melançon, RLS de La Côte-de-Gaspé
D^{re} Martine Beauchamp, RLS de la Baie-des-Chaleurs
D^r Guillaume Hardy, RLS de La Haute-Gaspésie
D^r Steve Lessard, CISSS des Îles
D^{re} Justine Galarneau-Girard, RLS de la Baie-des-Chaleurs
D^{re} Myriam Gosselin, RLS de La Côte-de-Gaspé
M^{me} Chantal Duguay, PDG
D^{re} Nathalie Guilbeault, DSP

Personne-ressource

M. André Boudreau, agent de planification, Direction des services professionnels

Le comité régional des services pharmaceutiques (CRSP)

M^{me} Sabrina Tremblay, pharmacienne d'établissement, CISSS de la Gaspésie, RLS de La Côte-de-Gaspé (présidente)

M^{me} Isabelle Daigneault, pharmacienne au CISSS des Îles (élue)

M. Jean-Sébastien Laliberté-Gemme, pharmacien propriétaire (élu)

M. Laurent Carbonneau-Lebeau, pharmacien propriétaire (élu)

M^{me} Lynnette McGregor, pharmacienne d'établissement, CISSS de la Gaspésie, RLS de La Côte-de-Gaspé (élue)

M^{me} Sonia Arsenault, pharmacienne salariée en pharmacie communautaire, RLS de La Côte-de-Gaspé

M. Vincent Peirera Bourque, pharmacien salarié en pharmacie communautaire, Îles-de-la-Madeleine

M^{me} Julie Chabot, pharmacienne salariée milieu communautaire

M^{me} Nancy Richard, pharmacienne d'établissement, CISSS de la Gaspésie, RLS de La Côte-de-Gaspé (chef du département de pharmacie du CISSS de la Gaspésie)

M. André Boudreau, agent de planification, Direction des services professionnels, membre invité

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

RLS de La Haute-Gaspésie

M^{me} Christiane Rheault, infirmière praticienne spécialisée

M. François Gendreau, infirmier clinicien

RLS de La Côte-de-Gaspé

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

M^{me} Marie-Josée Thériault, agente de communication, infirmière

M^{me} Marie-Josée Cloutier, conseillère clinique en soins infirmiers

RLS du Rocher-Percé

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

M^{me} Gabrielle Chrétien, secrétaire, infirmière praticienne spécialisée

RLS de la Baie-des-Chaleurs

M^{me} Véronique Cavanagh, infirmière clinicienne

M^{me} Ariane Provost, vice-présidente, infirmière clinicienne et équipe volante, programme SAPA

M^{me} Lynthia Moses Bujold, infirmière

Membres d'office

M^{me} Chantal Duguay, PDG

M^{me} Johanne Méthot, DGA

M. Maxime Bernatchez, adjoint à la DSI

M^{me} Claudette Samuel, infirmière clinicienne, représentante du collège d'enseignement

M^{me} Annie Loubert, présidente, infirmière auxiliaire, comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires,

M. Lucas Blais, vice-président, infirmier auxiliaire, comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires,

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

M^{me} Annie Loubert, présidente, infirmière auxiliaire, SAPA, 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, CECIIA, RLS de la Baie-des-Chaleurs

La commission infirmière régionale (CIR)

La commission 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 :

M^{me} Johanne Méthot, DGA et directrice des soins infirmiers intérimaire, CISSS de la Gaspésie

M^{me} Johanne Cantin, directrice des soins infirmiers et des services multidisciplinaires CISSS des îles

M. Maxime Bernatchez, adjoint à la DSI, CISSS de la Gaspésie

M^{me} Sandra Cassivi-Bouchard, présidente du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers, CISSS de la Gaspésie

M^{me} Sandra Giasson, présidente du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers, CISSS des Îles

M^{me} Christine Lagacé, représentante du Cégep de la Gaspésie

M^{me} Sonia Leblanc, représentante de l'Université du Québec à Rimouski

Le comité jeunesse (CJ)

M. Mathieu Fullum, président

M^{me} Lynthia Moses Bujold, infirmière courte durée, RLS de la Baie-des-Chaleurs

M^{me} Pier-Julie Richard, infirmière courte durée, RLS de la Baie-des-Chaleurs

M. Kevin Poulin, infirmier courte durée, RLS du Rocher-Percé

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

M^{me} Isabelle Rouleau, physiothérapeute, agente de planification, de programmation et de recherche à la DSM, volet réadaptation

RLS de services du Rocher-Percé

M^{me} Nadia Morris (trésorière), kinésiologue au programme des maladies chroniques, Direction santé physique

M^{me} Andréanne Ritchie, ergothérapeute, Direction des programmes DI-DP-TSA

M. Bruno-Pierre Godbout, thérapeute en réadaptation physique

RLS de la Baie-des-Chaleurs

M^{me} Nancy Gédéon (secrétaire et vice-présidente), agente de planification, de programmation et de recherche à la Direction de santé publique/répondante régionale en santé mentale

RLS de La Côte-de-Gaspé

M^{me} Nadine Francoeur, directrice des programmes en déficience et en réadaptation physique

M^{me} Marie-Hélène Kelly, travailleuse sociale, agente de planification, de programmation et de recherches à la Direction des services multidisciplinaires, volet psychosocial

Membres d'office et désignés par la présidente-directrice générale :

M^{me} Chantal Duguay, PDG

M^{me} Marlène Parisé, DSM

Membre invité

M. Jean-François Sénéchal (membre du comité des communications), adjoint à la DSM

3.3 Les faits saillants

La Direction du programme Jeunesse (DProgJ)

- ♦ Ouverture du service sage-femme le 2 septembre 2019 couvrant le territoire de la Baie-des-Chaleurs. Deux sages-femmes ont œuvré dans ce service durant la dernière année. L'équipe sera bonifiée en 2020-2021.
- ♦ Mise en œuvre du projet « Aire ouverte » visant l'implantation d'une offre de services intégrés pour la santé et le bien-être des jeunes de 12 à 25 ans dans les RLS de La Côte-de-Gaspé et du Rocher-Percé.
- ♦ Implantation d'approches cliniques novatrices en internat pour les jeunes, en collaboration avec Boscoville, proposant aux éducateurs une nouvelle façon de concevoir l'intervention en offrant et en ajustant une réponse efficace et constante aux besoins des enfants qui ont vécu des événements traumatiques.
- ♦ Continuité du travail amorcé sur la trajectoire de services jeunesse dans le cadre du projet Jimmy :
 - Consolidation du partenariat de services avec les partenaires du milieu, en lien avec les autres directions du CISSS.
- ♦ Mise en place de superviseurs d'activités cliniques dans chacune des équipes jeunesse du territoire permettant le soutien clinique vers les meilleures pratiques d'intervention à privilégier auprès des jeunes et de leurs parents.

La Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)

- ♦ Mise en place d'un numéro unique pour faire des signalements en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine : 1 800 463-0629.
- ♦ Mise en place et consolidation du continuum de services jeunesse dans nos équipes et nos directions : Santé publique, Jeunesse, Protection de la jeunesse et programme-services Jeunes en difficulté.
- ♦ Enjeux de la main-d'œuvre demeurant importants, surtout en lien avec le bilinguisme et l'obligation de certaines activités réservées en protection de la jeunesse.
- ♦ Augmentation du nombre d'évaluations en protection de la jeunesse au cours de la dernière année.
- ♦ Travaux importants au courant de l'année en lien avec la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse.
- ♦ Modifications importantes à la Loi sur la protection de la jeunesse et à la Loi modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives en matière d'adoption et de communication de renseignements qui ont eu un impact sur le quotidien en intervention.
- ♦ Investissements importants en protection de la jeunesse (*à la suite à la tragédie de la fillette de Granby*) dont :
 - La mise en place des superviseurs en activités cliniques;
 - Les ajouts en ressources humaines dans la Direction du programme Jeunesse.
- ♦ Mise en place d'un projet de télétravail avec l'équipe de la DPJ : deux professionnels sont maintenant en télétravail à temps plein.

La Direction des programmes en déficiences et en réadaptation physique (DPDRP)

- ♦ Consolidation et implantation d'un guichet régional de réadaptation (en lien avec les exigences du Plan d'accès pour les personnes présentant une déficience).
- ♦ Le continuum de services pour les personnes ayant ou étant à risque de subir un arrêt vasculaire cérébral (AVC);
- ♦ Le déploiement des services de proximité en physiothérapie :
 - Mise en œuvre des services de proximité dans le RLS de La Côte-de-Gaspé et le RLS du Rocher-Percé.
- ♦ Plan d'action à l'égard des personnes handicapées.

Le programme Agir tôt 0-5 ans

Le programme Agir tôt 0-5 ans vise à déployer des mesures destinées à améliorer la détection des retards de développement permettant ainsi une prise en charge précoce des enfants d'âge préscolaire. L'objectif ultime est d'offrir à nos enfants la gamme de services nécessaires favorisant le développement optimal de leur potentiel, et ce, afin de favoriser leur réussite scolaire.

- ♦ Embauche de professionnels supplémentaires permettant de bonifier l'offre de service aux enfants 0-5 ans.

La gamme de services

- ♦ Refonte visant une prise en charge de la population ayant un trouble cognitif comportemental (TCC) léger.
- ♦ Révision de la trajectoire visant la diminution des délais d'accès aux services.

La Direction de la santé mentale (DSM)

- ♦ Déploiement d'un nouveau Programme québécois pour les troubles mentaux « PQPTM » pour la santé mentale, s'adressant à la clientèle jeunes et adultes :
 - Révision de l'approche de soutien clinique à la clientèle : avec prévision d'une gestion de changement pour les intervenants.
- ♦ Déploiement du Programme d'interventions lors de premiers épisodes psychotiques (PIPEP) dans 2 RLS (Côte-de-Gaspé et Rocher-Percé) pour la clientèle de 12 à 35 ans. Le déploiement de ce programme se fera dans les deux autres RLS (Baie-des-Chaleurs et Haute-Gaspésie) au cours de la prochaine année.
- ♦ Nouveau protocole de garde en établissement en place depuis juin 2019. Le nouveau protocole a pour objectif de miser davantage sur le respect des droits de la personne.
- ♦ Nouvelle offre de service de groupe mise en place.
- ♦ Augmentation des ressources humaines dans le but de diminuer les listes d'attente, volet psychosocial et volet psychologique (subvention du MSSS).
- ♦ Révision des trajectoires avec le ministère de la Justice pour les évaluations psychiatriques.
- ♦ Déploiement du projet « Aire ouverte » pour les jeunes de 12 à 25 ans dans les RLS de La Côte-de-Gaspé et du Rocher-Percé (secteur de Grande-Rivière). Projet travaillé en collaboration avec la direction jeunesse :
 - Mise en place d'un comité jeunesse;
 - Embauche d'intervenants (présentement en cours);
 - Lieu pour Grande-Rivière à déterminer (site identifié).
- ♦ Déménagement du Département de psychiatrie du CHSLD Monseigneur-Ross vers l'Hôpital de Gaspé (*deviendra un centre désigné de psychiatrie légale*). Les travaux avec les ingénieurs et les architectes sont débutés.
- ♦ Intégration des patients-partenaires dans les équipes de travail de la santé mentale dans les RLS de la Baie-des-Chaleurs et du Rocher-Percé.
- ♦ Programme d'accompagnement justice en santé mentale (PAJ-SM) dans les RLS de la Baie-des-Chaleurs et du Rocher-Percé.

Programme Dépendance

- ♦ Ajout d'effectifs pour répondre aux besoins de dépistage et de repérage (*subvention du MSSS*).
- ♦ Accent chez la clientèle jeunesse.
- ♦ Formation sur la cyberdépendance (*nouvelle réalité à considérer*).
- ♦ Révision de la trajectoire en place.

Programme Itinérance

- ♦ Portrait de l'itinérance en Gaspésie.
- ♦ Suivi du plan d'action pour le repérage de la clientèle, particulièrement pour la clientèle sans logis.
- ♦ Arrimage avec les centres multIClientèles et avec le projet Service résidentiel avec accompagnement (SRA) dans les RLS de la Baie-des-Chaleurs.

Programme Services sociaux généraux

- ♦ Projet Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR/Info-Social) en cours, depuis l'annonce de la pandémie à la COVID-19.
- ♦ Augmentation importante des appels à Info-Social : le nombre d'appels a triplé durant la COVID-19.
- ♦ Consolidation des travailleurs sociaux dans les groupes de médecine familiale (GMF) avec une révision du rôle et des responsabilités des intervenants (*en lien avec la trajectoire des services*).

La Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA)

Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)

- ♦ Révision, en mode continu, de notre offre alimentaire.
- ♦ Études de satisfaction des résidents à l'égard des menus, réalisées par l'équipe SAPA et la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQPE).
- ♦ Révision du processus de gestion clinique de la dysphagie (*menu, documentation, formation, etc.*) dans un de nos CHSLD.
- ♦ Mise en place d'un comité regroupant les conseillères « milieu de vie » sous la responsabilité des chefs à l'hébergement (*technicienne d'intervention en loisirs et technicienne en éducation spécialisée dans chacun des CHSLD*).
- ♦ Plan d'action pour harmoniser nos meilleures pratiques.

- ♦ Application de la Politique pour contrer la maltraitance envers les résidents en milieu d'hébergement et de soins de longue durée au CISSS de la Gaspésie.
 - Concept de la Roue de l'approche relationnelle de soins : attitudes et comportements attendus par l'ensemble du personnel œuvrant auprès des résidents.
- ♦ Travaux réalisés dans plusieurs CHSLD :
 - CHSLD de Maria (RLS de la Baie-des-Chaleurs) :
 - Création de salles de bain multisensorielles;
 - Réfection d'un sentier sécuritaire en asphalte pour donner accès en fauteuil roulant à l'arrière du bâtiment;
 - Remplacement des panneaux électriques et installation de 2 chaudières neuves.
 - CHSLD de Cap-Chat (RLS de La Haute-Gaspésie) :
 - Travaux majeurs de rénovation.
 - CHSLD du Rocher-Percé (RLS du Rocher-Percé) :
 - Construction d'un nouveau patio au niveau de la salle multifonctionnelle;
 - Projet de relocalisation de l'Unité de soins de longue durée (USLD) de l'Hôpital de Chandler vers le CHSLD du Rocher-Percé.
 - CHSLD Monseigneur-Ross (RLS de La Côte-de-Gaspé) :
 - Travaux de rénovations en cours au 3^e étage.
- ♦ Participation aux travaux menant à la construction d'une maison des aînés en Gaspésie (en cours).
- ♦ Début des démarches pour implanter une maison de répit de type Gilles-Carle.
- ♦ Sessions d'information sur la Loi concernant les soins de fin de vie (Loi 2 - soins palliatifs et de fin de vie (SPFV). Poursuite de la formation SPFV-Volet 2 en CHSLD et en soins à domicile (SAD).
- ♦ Autres formations en CHSLD :
 - « L'approche relationnelle de soins » pour l'ensemble du personnel soignant en lien avec le projet OPUS-AP ainsi que pour le personnel de divers secteurs (entretien ménager, maintenance, buanderie, etc.), afin de favoriser une meilleure qualité des soins et services auprès des usagers présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD);
 - Formation « Dans la peau d'un aîné » pour sensibiliser le personnel à la réalité des personnes âgées et à la bientraitance;
 - Déploiement de la formation Comportements agressifs et perturbateurs (CAP). Il s'agit de la suite de la formation « Approche relationnelle de soins » à l'ensemble du personnel soignant.
- ♦ Création d'une page Facebook pour plusieurs de nos CHSLD.
- ♦ Démarche OPUS-AP (Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – antipsychotiques – Phase 1 et Phase 2) aux CHSLD du Rocher-Percé, de New Carlisle, de Cap-Chat et de Matapédia.
- ♦ Dons reçus au CHSLD de Maria :
 - Carrosse adapté pour adultes (don du Service des bénévoles de l'Hôpital et du CHSLD de Maria);
 - Équipements multiples (Fondation de la Résidence St-Joseph via un don de Service Secours Baie-des-Chaleurs);
 - Piano (don du Marché Viens Métro de Carleton et de Yvan Perrault et fils inc. de Mont-Joli.
- ♦ Visites d'appréciation de la qualité du milieu de vie du MSSS dans les CHSLD suivants : Cap-Chat, Monseigneur-Ross, Maria et Matapédia.
- ♦ Plans d'amélioration en lien avec les recommandations du MSSS publiés sur le site Web du CISSS de la Gaspésie.
- ♦ Préparation de nos installations à la pandémie à la COVID-19 :
 - Mise en place des zones de confinement (chaudes, tièdes et froides);
 - Formations nécessaires aux équipes en matière de prévention des infections.
- ♦ Un seul CHSLD a eu des cas confirmés COVID-19 à ce jour et c'est le CHSLD de Maria.
- ♦ Déploiement des soins buccodentaires dans les CHSLD :
 - Collaboration avec une dentiste-conseil de la Direction de la santé publique;
 - Budget récurrent pour les soins d'une hygiéniste dentaire identifiée pour chacun de nos CHSLD.
- ♦ Poursuite du déploiement des salles de pilotage :
 - Tactique pour la direction SAPA (virtuelle);
 - Opérationnelle pour les CHSLD (en progression).

Soutien à domicile (SAD)

- ♦ Rencontres « Réseau de services intégrés pour les personnes adultes » (RSIPA) au sein de chacun RLS.
- ♦ Ajout d'une Table de maintien à domicile avec les principaux partenaires communautaires ayant pour but de favoriser le continuum de services dans certains RLS.
- ♦ Mise en place des rapports d'état afin de suivre certains indicateurs :
 - Nombre de clients en SAD;
 - Nombre d'outils de cheminement clinique informatisés (OCCI);
 - Nombre de personnes décédées à domicile.

- ♦ Renouvellement des contrats avec les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) avec addenda pour les intervenants en gestion de cas :
 - Formation de 5 formateurs concernant l'intervention en gestion de cas.
- ♦ Support de plusieurs résidences privées pour aînés (RPA) en manque de ressources humaines dans le contexte de la COVID-19.
- ♦ Nouvelles ententes de services achetées en SAD, afin de maintenir le milieu de vie de plusieurs résidents en RPA.
- ♦ Poursuite du déploiement des salles de pilotage opérationnelles dans les installations SAD.
- ♦ Formations du volet 2 de la Loi concernant les soins de fin de vie (Loi 2 - soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)) dans tous les RLS.
- ♦ Mise en place d'une équipe d'évaluation rapide de l'outil de cheminement clinique informatisé (OCCI) dans certains RLS.
- ♦ Programme de formation : Approche relationnelle de soins (ARS) pour les nouveaux préposés aux bénéficiaires (PAB) (septembre 2019).
- ♦ Intégration des aides de services en SAD et dans notre offre de service pour le répit. Les nouveaux étudiants (aides de services) reçoivent la formation : Approche adaptée à la personne âgée (AAPÂ).
- ♦ Cibles atteintes avec beaucoup d'efforts et de fierté de la part de nos équipes :
 - Nombre d'heures de service;
 - Nombre d'usagers desservis en SAD;
 - Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie;
 - Pourcentage de personnes suivies et décédées à domicile.

La Direction des soins infirmiers (DSI)

- ♦ Objectif : le bon client, au bon endroit et au bon moment.
 - Consolidation d'une première ligne afin de référer les bons usagers en 2^e ligne et en 3^e ligne.
- ♦ Amélioration de la gestion des listes d'attente par spécialité (exercice en cours).
- ♦ Réduction du nombre d'usagers NSA (niveau de soins actifs : épisodes de soins terminés et prêts à sortir de l'hôpital).
 - Objectif : *mieux utiliser nos lits d'hospitalisation.*
- ♦ Travail, en collaboration avec l'équipe du soutien à domicile (SAD), pour un meilleur continuum de soins et de services.
- ♦ Amélioration de la fluidité pour déplacer nos usagers de l'urgence vers les unités d'hospitalisation : meilleure utilisation des lits de courte durée et des délais d'attente dans nos urgences (voir statistiques de l'urgence).
- ♦ Amélioration de la cogestion médico-administrative.
- ♦ Trajectoire en soins de courte durée (travaux à bonifier – processus continu d'amélioration).
- ♦ Révision de la structure d'encadrement mission santé physique. Travail de collaboration entre la DQEPE et la DSI :
 - Répondants locaux dans chaque RLS pour la gestion des risques;
 - Gestionnaire dédié au processus d'agrément et à la gestion des risques;
 - Comité de travail collaboratif DSI et DQEPE pour l'élaboration du Programme de prévention des chutes et du Cadre de référence et Protocole : Application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques du CISSS;
 - Ajout de l'ensemble des conseillères en soins infirmiers, en qualité et en prévention et contrôle des infections (rencontres statutaires de direction aux trois semaines).
- ♦ Plan d'amélioration de la qualité, à la suite du rapport de visite de surveillance générale de l'exercice professionnel des infirmières et des infirmiers auxiliaires.
- ♦ Programme d'accueil et d'orientation des nouvelles ressources infirmières.
- ♦ Plan d'action 2019-2021 : Prévention des chutes et erreurs de médicaments.
- ♦ Procédure d'identification des usagers.
- ♦ Procédure de gestion des médicaments de niveau d'alerte élevée.
- ♦ Procédure d'utilisation d'une pompe d'analgésie contrôlée par le patient (ACP).
- ♦ Formulaire : Protocole de détresse en soins palliatifs.
- ♦ Règle d'utilisation du traitement par pression négative pour la fermeture d'une plaie.
- ♦ Règle de soins d'un usager recevant un opiacé.
- ♦ Règle de soins de la double vérification indépendante.
- ♦ Règle de soins infirmiers : Activités confiées à des aides-soignants.
- ♦ Formulaire et enveloppe de transfert lors des transferts interétablissements.
- ♦ Démarche d'amélioration de l'hygiène des mains, en collaboration avec les usagers utilisateurs des services.

COVID-19

- ♦ Préparation de l'organisation hospitalière en fonction des ajouts de lits additionnels dans les 4 hôpitaux de la Gaspésie.
- ♦ Travaux pour déployer nos zones distinctives (froides, tièdes et chaudes).
- ♦ Travaux visant le rehaussement de nos équipes de prévention et de contrôle des infections (PCI).
- ♦ Travaux sur nos sites non traditionnels (SNT) visant le transfert des usagers des hôpitaux vers des lieux sécuritaires au niveau de la transmission du virus (zones tièdes).
- ♦ Travaux visant le déploiement de roulottes pour le dépistage dans les 4 RLS.
- ♦ Restriction des rendez-vous électifs de la clientèle ambulatoire (15 mars 2020), soit :
 - Toute la clientèle élective externe en services diagnostiques et/ou spécialisés a été rejointe afin de les questionner (voyage/symptômes) et de remettre le rendez-vous, le cas échéant. Les rendez-vous remis font l'objet d'une traçabilité, afin d'assurer le suivi adéquatement;
 - Annulation des séances de groupe des patients atteints de maladies chroniques et des centres de jour.
- ♦ Annulation des chirurgies électives (17 mars 2020).
- ♦ Modification du niveau d'intervention des équipes de premiers répondants (PR) de la Gaspésie aux services préhospitaliers d'urgence (17 mars 2020).
- ♦ Programme de dépistage du cancer du sein (PQDCS) (18 mars 2020) :
 - Arrêt de l'envoi des lettres d'invitation, de rappel ou de relance jusqu'au 30 avril 2020;
 - Arrêt des prises de rendez-vous pour dépistage du cancer du sein jusqu'au 30 avril 2020.
- ♦ Les services en imagerie médicale (19 mars 2020) :
 - Niveau 1 : 20 % de délestage des tests;
 - Non-remplacement des examens annulés;
 - Réaménagement des salles d'attente pour le respect de la distanciation entre les usagers.
- ♦ Les services en inhalothérapie : conduites et recommandations de notre centre de référence en pneumologie, soit l'Hôpital de Rimouski (20 mars 2020) :
 - Aucun test de fonction respiratoire de dépistage;
 - Aucun test d'apnée du sommeil;
 - Aucun test de réactivité bronchique.

La Direction des services multidisciplinaires (DSM)

- ♦ Implantation, rehaussement et mise à niveau des index-patients locaux, de l'index-patient organisationnel (IPO), des systèmes d'admission-départ-transferts et des systèmes de rendez-vous des 4 RLS.
- ♦ Déploiement des mesures d'encadrement clinique priorisées au sein du CISSS pour l'ensemble des professions constituant le conseil multidisciplinaire du CISSS de la Gaspésie.
- ♦ Implantation de la salle de pilotage tactique de la DSM :
 - Mise en place de plusieurs salles de pilotage opérationnelles : imagerie médicale, maladies chroniques, archives au sein des 4 RLS.

Imagerie médicale

- ♦ Embauche d'un poste 0,6 temps complet d'une technologue en échographie cardiaque au RLS du Rocher-Percé.
- ♦ Déplacement à Gaspé pour diminuer la liste d'attente.
- ♦ Respect des cibles pour les échographies mammaires, pour la tomodensitométrie et pour l'imagerie par résonance magnétique (IRM).
- ♦ Aménagement d'un quai temporaire pour l'IRM mobile à Gaspé et support par les services d'imagerie du RLS du Rocher-Percé pendant les travaux de construction de l'urgence de l'Hôpital de Gaspé.
- ♦ Les salles de pilotage opérationnelles sont fonctionnelles dans chacun des RLS.

Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

- ♦ Transition du Programme de la Direction de santé publique vers la Direction générale de la cancérologie.
- ♦ Reprise des retards dans la prise en charge des 5 sites (incluant le CISSS des Îles).
- ♦ Plan d'action mené à terme pour les relances des non-répondantes.
- ♦ Respect des 3 indicateurs du PQDCS.

Centre de répartition des demandes de services spécialisés (CRDS)

- ♦ Centaine de demandes traitées par jour.
- ♦ Respect des délais d'attente en chirurgie générale et en gynécologie (normes provinciales).
- ♦ Développement d'une procédure de gestion des listes d'attente (uniformisation des pratiques et gestion des priorités).
- ♦ Adoption des fonctions d'épuration administrative et clinique des listes d'attente en mode continu.
- ♦ Création d'un comité de coordination avec le CRDS du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Télésanté

- ♦ Opérationnalisation du comité tactique de télésanté :
 - Élaboration des outils nécessaires au fonctionnement du comité tactique et à l’approbation, à la définition et au démarrage des projets utilisant la modalité de télésanté.
- ♦ Projets spécifiques :
 - Mise en place de la téléconsultation en nutrition, en hémodialyse et en oncologie.
 - Suivi postchirurgie thoracique avec l’Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (en cours).
 - Projet avec le Centre provincial d’expertise destiné aux personnes victimes d’une amputation traumatique ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d’urgence (CEVARMU).
- ♦ Plan d’amélioration afin de respecter les normes d’agrément en télésanté.

Infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST)

- ♦ Analyse des écarts observés eu égard aux normes reconnues permettant au comité d’identifier les pistes d’amélioration en vue d’orienter les efforts vers l’accessibilité aux soins, selon les meilleures pratiques.
- ♦ Détermination et diffusion des corridors de services préhospitaliers d’urgences (SPU) déterminés pour les cas d’infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST).
- ♦ Diffusion du protocole concernant l’électrocardiogramme (ECG-12D) en SPU aux 7 services d’urgence du CISSS de la Gaspésie.
- ♦ Programme de formation en soins critiques répondant aux besoins spécifiques des équipes.

Continuum de services en traumatologie

- ♦ Forum d’échanges entre les participants permettant le partage d’expertise au niveau du développement de certains protocoles.
- ♦ Présence d’intervenants des SPU au sein des comités locaux et du comité régional.
- ♦ Production de 4 des 6 gabarits proposés par l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (INESSS).
- ♦ Élaboration d’un programme de formation en soins critiques répondant aux besoins spécifiques des équipes.

Services préhospitaliers d’urgence

- ♦ Identification et transmission au MSSS de demandes de développement/conversion d’horaires pour les zones ambulancières de Caplan, de Pointe-à-la-Croix, de Sainte-Anne-des-Monts, de Grande-Vallée et de Rivière-au-Renard.
- ♦ Octroi de récurrence de demandes d’ajouts de ressources estivales à Percé et aux Îles-de-la-Madeleine (pendant la période d’achalandage touristique).
- ♦ Développement d’un programme de formation et mise à jour des compétences des équipes de premiers répondants du territoire.
- ♦ Développement en cours d’une équipe de premiers répondants dans le secteur de Grande-Rivière.
- ♦ Renouvellement du parc de défibrillateurs externes automatisés et des trousse de premiers répondants.

Politique de transports électifs

- ♦ Transmission, au MSSS, d’une proposition de changements pour la politique des déplacements électifs des usagers en vigueur depuis 2012. En élargissant les critères d’admissibilité des personnes devant se déplacer pour obtenir des soins et des traitements dans d’autres établissements, la proposition vise l’augmentation des sommes allouées pour les déplacements des usagers.

Pratiques cliniques

- ♦ Mise en place d’une structure de fonctionnement relative au régime de protection.
- ♦ Définition de l’offre de service du volet pratique professionnelle.
- ♦ Élaboration de politiques et de procédures en lien avec la qualité des soins et des services ou la qualité de l’acte professionnel :
 - Politique de gestion de la non-disponibilité de l’usager en attente de services ou qui reçoit des services;
 - Procédure de confirmation d’inscription des professionnels relevant de la DSM à leur ordre professionnel;
 - Procédure de transfert de l’information aux points de transition des soins et services (en cours).
- ♦ Développement d’un partenariat visant le transfert de connaissances avec le Réseau collaboratif d’expertise du Réseau universitaire intégré de Santé et de Services sociaux de l’Université Laval (RUISSS-UL).

Inhalothérapie

- ♦ Cessation temporaire de certaines activités en inhalothérapie, principalement les tests associés à la fonction respiratoire dû à la pandémie de COVID-19.
- ♦ Instauration d'une garde supplémentaire pour répondre aux besoins associés à certaines situations (chirurgies et prise en charge des patients en isolement).

Maladies chroniques

- ♦ Trajectoire pour les douleurs chroniques (comité de travail avec un patient-partenaire).
- ♦ Intégration des services pour la prise en charge des clients souffrant de maladies chroniques (les groupes de médecine familiale (GMF), les groupes de médecine familiale universitaire (GMF-U), les cliniques médicales privées, les CLSC et les usagers des soins à domicile (SAD)).
- ♦ Partenariat avec d'autres services (l'urgence, l'hospitalisation, les services de 2^e ligne et la médecine interne) pour améliorer l'accessibilité.
- ♦ Prise en charge de d'autres conditions de santé : la douleur chronique, l'AVC, la clientèle de la chirurgie bariatrique, l'oncologie et les maladies rénales.
- ♦ Modèle de prestation de soins améliorant l'offre de service de proximité par la création de partenariats avec les acteurs communautaires.
- ♦ Implantation de l'approche intervenant de famille pour créer des liens de confiance avec les usagers et les médecins.
- ♦ Autonomie des équipes interdisciplinaires par l'utilisation d'ordonnances collectives dans la majorité des RLS.

La Direction des services professionnels (DSP)

- ♦ Dépôt au MSSS du Plan d'effectifs médicaux (PEM) en spécialités 2020-2025.
 - Rehaussements demandés en ophtalmologie, en médecine interne, en pneumologie (poste réseau obligatoire), en pédiatrie et en santé communautaire. Pour la médecine de famille, les Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) de 2019 et des années antérieures octroyés à la région de la Gaspésie ont tous été comblés en totalité.
- ♦ Nette amélioration de notre couverture de garde dans les 4 RLS (anesthésiologie, chirurgie générale, obstétrique et urgence). En 2017 et 2018, des difficultés importantes avaient été rencontrées pour le maintien de la couverture de garde dans certains secteurs (Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts et CLSC de Paspébiac).
 - En 2019-2020, aucune découverte médicale à l'urgence 24 heures du CLSC de Paspébiac du RLS de la Baie-des-Chaleurs (en 2017 : 38,63 quarts de travail en rupture de services).
 - En 2019-2020, une seule découverte en chirurgie générale (0,4 nombre de jours par quarts de rupture) à l'Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts. En 2018-2019 : 59 nombre de jours quarts de rupture en chirurgie générale; 26,4 nombre de jours quarts de rupture pour l'anesthésiologie et 21,2 nombre de jours quarts de rupture en obstétrique.
- ♦ Belle collaboration des médecins à la suite du départ à la retraite d'un médecin de famille dans le RLS de la Baie-des-Chaleurs, secteur de Matapédia, créant une augmentation des clients en attente d'un médecin de famille (médecin ayant une clientèle d'environ mille patients). Afin de répondre au besoin de cette clientèle, une équipe de médecins de Maria s'est relayée au CLSC de Matapédia pour desservir les clients par une clinique sans rendez-vous en attendant l'arrivée de médecins. Ceux-ci étaient supportés par une infirmière. Deux (2) médecins nouvellement arrivés ont débuté la prise en charge de cette clientèle.
- ♦ Taux d'inscription auprès d'un médecin de famille en constante progression. Actuellement, le taux se situe à 92,05 %, alors que la cible ministérielle est de 85 %.

Pharmacie

- ♦ Réussite exceptionnelle du Département de la pharmacie lors de l'évaluation des normes d'agrément Canada tenue en mai 2019.
- ♦ Construction de deux nouvelles pharmacies (inauguration de la pharmacie de Chandler en octobre 2019 et inauguration prévue à la pharmacie de Maria en mai 2020).
- ♦ Dossiers majeurs traités en 2019 :
 - Poursuite de la révision et de l'harmonisation des procédures départementales;
 - Travaux entourant l'application de la loi 41 sur les nouveaux actes des pharmaciens;
 - Bonification des services du pharmacien en CHSLD.

La Direction des services techniques (DST)

- ♦ Mise en place et consolidation du bureau de projet.
- ♦ Mise en place d'un système de gestion de la maintenance assistée par ordinateur (GMAO) régionalisé pour les installations de l'établissement.
- ♦ Réalisation d'un plan directeur clinique et immobilier (PDCI) pour l'Hôpital de Maria (en cours).
- ♦ Démarche d'identification d'un emplacement dans le but d'accueillir une maison des aînées sur le territoire gaspésien.
- ♦ Adaptation des projets touchant les unités de soins de longue durée, afin de s'inspirer du concept de maison des aînés.
- ♦ Mise en chantier et réalisation de plusieurs projets majeurs, tels que :
 - Nouvelle urgence de Gaspé;
 - Mise aux normes et réfection de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux de l'Hôpital de Gaspé;
 - Déploiement du service d'audiologie à l'Hôpital de Chandler;
 - Mise à niveau de la pharmacie de Chandler;
 - Construction de la nouvelle pharmacie de l'Hôpital de Maria;
 - Regroupement des services de médecine de jour, d'oncologie et d'hémodialyse à l'Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts;
 - Travaux de mise à niveau au CHSLD de Cap-Chat ainsi qu'au CHSLD et à l'Hôpital de Maria;
 - Travaux de déménagement de l'Unité de soins de longue durée (USLD) de l'Hôpital de Chandler vers le CHSLD du Rocher-Percé.
- ♦ Planification et réalisation des plans et devis pour plusieurs projets majeurs d'infrastructure.
- ♦ Harmonisation des pratiques en hygiène salubrité.
- ♦ Harmonisation des pratiques en gestion des déchets biomédicaux.
- ♦ Activation du comité et élaboration d'une politique et un plan d'action en développement durable et en santé durable en vue de son adoption par le conseil d'administration.
- ♦ Révision des plans de mesures d'urgence.
- ♦ Actualisation de la démarche d'analyse globale des permis de l'établissement.

La DST en chiffres pour 2019-2010

- ♦ Un budget total d'exploitation de 33,75 millions de dollars.
- ♦ Des investissements en immobilisation sur les bâtiments et les équipements de près de 20 millions de dollars.
- ♦ Une équipe d'environ 350 employés (à temps plein et à temps partiel) répartis dans nos 47 installations.
- ♦ Participation au programme d'Hydro-Québec qui consiste à diminuer notre demande énergétique lors des périodes de pointe de la saison hivernale : appui financier de quatre cent trente mille cinq cent soixante-dix dollars (430 570 \$).

COVID-19

Dès le début de la pandémie à la COVID-19, la DST a mis de l'avant plusieurs actions visant à répondre aux besoins cliniques réels et anticipés. Voici quelques faits saillants :

- ♦ Investissement de 1,2 millions de dollars en aménagement physique;
- ♦ Investissement de 3,5 millions de dollars en équipements;
- ♦ Aménagement de chambres à pression négative dans nos centres hospitaliers;
- ♦ Aménagement de zones COVID dans nos centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) avec des aménagements de pression négative;
- ♦ Installation de sas et d'aménagements multiples dans différents secteurs de nos installations;
- ♦ Installation des roulettes de prélèvements dans les quatre (4) sites/hôpitaux de chaque RLS;
- ♦ Signalisation sur les sites;
- ♦ Aménagement de postes de contrôle dans chacune des entrées de nos établissements;
- ♦ Réaménagement de nos cafétérias, salles d'attente, salles de pause et halls d'entrée des établissements afin de pouvoir respecter la distanciation de deux (2) mètres;
- ♦ Sécurisation des accès de nos CHSLD;
- ♦ Sécurisation des postes d'agentes administratives avec l'ajout de plexiglass;
- ♦ Contrôle des accès à nos magasins (contrer le vol des ÉPI);
- ♦ Optimisation des unités de ventilation des établissements (filtration, changements d'air);
- ♦ Participation à la mise en place des chaînes logistiques visant l'approvisionnement en blouses de contagion avec les différents partenaires;
- ♦ Participation, en collaboration avec la Direction de santé publique, à la mise en place et au maintien des points de contrôle;
- ♦ Concertation avec la coordination ministérielle de sécurité civile;
- ♦ Participation aux activités mises de l'avant par l'organisation régionale de sécurité civile.

La Direction des ressources informationnelles (DRI)

- ♦ Solidification de notre infrastructure technologique :
 - Migration des postes informatiques à Windows 10 et les serveurs à Windows Servers 2016 +;
 - Rehaussement des liens du Réseau intégré de télécommunication multimédia (RITM) (amélioration de la robustesse);
 - Augmentation de notre capacité vers l'Internet;
 - Actualisation du parc des équipements de communication;
 - Standardisation des équipements du parc informatique;
 - Majoration des équipements de stockage et de mémoires des systèmes informatiques;
 - Rehaussement et consolidation du système téléphonique.
- ♦ Harmonisation et consolidation des infrastructures technologiques en vue de simplifier la gestion et le partage d'information :
 - Unification des 13 domaines d'identification et d'authentification AD (Active Directory) vers un domaine régional;
 - Harmonisation du système de l'imagerie et de la radiologie;
 - Implantation d'un système de dictée numérique régional.
- ♦ Modernisation des équipements de soutiens administratifs :
 - Rehaussement du parc de photocopieurs;
 - Rehaussement du parc de visioconférences.
- ♦ Amélioration des réseaux Wi-Fi pour la mobilité du personnel et des usagers :
 - Déployer le réseau Wi-Fi du RITM;
 - Déployer le réseau Wi-Fi externe pour la clientèle.
- ♦ Déploiement de solutions technologiques pour faciliter les interventions-patients.
- ♦ Restructuration de la DRI :
 - Création d'une équipe service clientèle;
 - Création d'une équipe de soutien de premier niveau;
 - Création d'une équipe de soutien technique spécialisé;
 - Création d'une équipe d'infrastructure;
 - Restructuration de l'équipe des systèmes d'information;
 - Création d'une équipe dédiée à la Cybersécurité.
- ♦ Mise en place d'une infrastructure de fondation pour les projets futurs :
 - Déploiement d'un Internet local d'établissement sécurisé à grande capacité;
 - Implantation du réseau Wi-Fi dans les départements d'oncologie;
 - Déploiement des outils collaboratifs Microsoft Office 365;
 - Mise à niveau et harmonisation des infrastructures serveurs pour les RLS de La Côte-de-Gaspé, du Rocher-Percé et de la Baie-des-Chaleurs;
 - Déploiement de solutions technologiques en soutien aux besoins de la COVID-19 (achats de iPads pour les CHSLD, de portables et développement intensif de la téléphonie).
- ♦ Participation active dans des projets d'envergure :
 - Mise en place de l'index-patient régional (IPR) en vue de se connecter à l'index-patient organisationnel (IPO)
 - Migration des systèmes de l'index-patient et de rendez-vous de Médipatient/Médivisite du fournisseur Infor vers Clinibase/Rendez-vous de Logibec pour les RLS de La Côte-de-Gaspé et du Rocher-Percé;
 - Déploiement de la nouvelle pharmacie de l'Hôpital de Chandler;
 - Déploiement de la nouvelle pharmacie de l'Hôpital de Maria.
- ♦ Analyse approfondie de l'état de situation de la sécurité informationnelle :
 - Gestion des vulnérabilités;
 - Gestion des accès;
 - Gestion de la sauvegarde et de la restauration;
 - Gestion de la journalisation (événement de sécurité).

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

Volet communications – DRHCAJ - PDG

L'équipe des communications a eu un été 2019 très occupé en lien avec la pénurie de personnel. En septembre 2019, une nouvelle adjointe à la PDG et aux relations avec les médias a été embauchée. Un plan de communication 2019-2020 a été élaboré en ciblant différentes stratégies et objectifs :

- ♦ Communiquer de façon régulière;
- ♦ Utiliser des outils de communication variés, accessibles et adaptés aux clientèles cibles;
- ♦ Travailler davantage en amont des problématiques;
- ♦ Faire de chaque membre de l'organisation un véritable ambassadeur des messages du CISSS de la Gaspésie;
- ♦ Mettre en lumière les bons coups de l'organisation;
- ♦ Former nos directeurs et cibler des porte-paroles.

Grâce aux efforts continus de chacun, le CISSS a réussi à atteindre la totalité de ses objectifs de communication fixés en septembre 2019, en plus d'améliorer sa couverture médiatique. La proactivité, les bons coups médiatisés, l'intensification de nos communications avec les syndicats et les élus municipaux, ainsi que le travail concerté de nos gestionnaires et de nos employés ont contribué à l'amélioration de l'image du CISSS. Les différentes initiatives (médias sociaux, bulletin interne, entrevues, etc.) mettent de l'avant l'aspect humain des soins ainsi que la promotion de nos services.

- ♦ Un plan de recrutement qui s'est décliné en des portes ouvertes, des visites dans les écoles, et l'embauche de plus de 200 étudiants de différents domaines d'études qui ont permis d'offrir une expérience de travail en région à de futurs professionnels avec comme objectif de les inciter à s'établir en Gaspésie. Les activités de recrutement des étudiants demeurent une stratégie de recrutement durable qui permet d'attirer sur un long terme de futurs professionnels.
- ♦ En 2019-2020, des exercices de recrutement ont été amorcés, mais n'ont pu tous être menés à terme en raison de l'arrivée de la COVID-19.
- ♦ Mise en application des conventions collectives locales : les négociations locales se sont terminées en septembre 2019, lors de la signature des dernières conventions collectives.
- ♦ Formations offertes aux cadres par l'équipe des relations de travail sur la gestion des employés et les nouvelles conventions collectives.
- ♦ Assignation de chaque membre des équipes volantes à un gestionnaire principal, afin d'établir une stabilité au niveau des équipes.
- ♦ Implantation débutée du projet de la liste de rappel : mise en place de comités tactiques et des horaires maîtres.
- ♦ Nouveau programme de bourses pour préposés aux bénéficiaires maintenant disponible pour les personnes voulant travailler dans ce domaine :
 - Recrutement de vingt-et-un (21) préposés aux bénéficiaires qui termineront leur formation à l'automne 2020.
- ♦ Programme de bourses du MSSS à l'endroit de certains professionnels et techniciens de la santé et des services sociaux :
 - Recrutement de 9 professionnels qui se sont engagés à travailler au CISSS de la Gaspésie à la fin de leurs études pour un minimum de trois (3) années à temps complet. Les titres d'emplois retenus sont :
 - Sciences de la vision – Concentration orientation et mobilité (1), psychologue (1), orthophoniste (1), travailleur social (4) et psychoéducateur (1).
- ♦ Formation des infirmières auxiliaires avec la Commission scolaire René-Lévesque en janvier 2020.
- ♦ Relance du programme diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers au RLS du Rocher-Percé, en collaboration avec le Cégep de la Gaspésie et des Îles.
- ♦ Implantation du baccalauréat en travail social (à Gaspé), en collaboration avec l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) pour les techniciens en travail social. Il s'agit d'une formation qui se déroulera sur une période de deux ans.
- ♦ Maîtrise en soins infirmiers offerte par l'UQAR, et ce, depuis septembre 2019 à Gaspé et à New Carlisle.
- ♦ Déploiement de la stratégie « Prendre soin de notre monde » grâce au soutien financier du MSSS :
 - Embauche de kinésiologues;
 - Réduction de notre taux d'assurance-salaire répondant à la cible fixée par le MSSS.
- ♦ Révision de la structure et des processus du Bureau de santé.
- ♦ Mise en place de 4 salles de pilotage opérationnelles.
- ♦ Formation linguistique de trente-un (31) employés, en collaboration avec l'Université McGill, afin de rehausser leur niveau de maîtrise de la langue anglaise.
- ♦ Rehaussement de quarante-deux (42) postes infirmières et infirmiers à temps complet, de trente-six (36) infirmières et infirmiers auxiliaires rehaussées à au moins 0,7 poste à temps complet et 2 postes inhalothérapeutes ont été rehaussés à 0,7 poste à temps complet.
- ♦ Formation dispensée aux gestionnaires par l'Université du Québec à Rimouski (UQAR). Fin de la formation reportée en raison de la pandémie de COVID-19.

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

- ♦ Finalisation de la régionalisation du suivi financier des projets d'immobilisations dans le cadre du bureau de projet de projet multidisciplinaire.
- ♦ Mise en place d'un processus régional de suivi de la perception des dossier d'hébergement.
- ♦ Mise en place des salles de pilotage opérationnelles virtuelles pour tous les volets de la direction (approvisionnement, paie et comptabilité).
- ♦ Déploiement du système de suivi du Coût par Parcours de Soins et Services (CPSS).
- ♦ Consolidation des katas financiers au niveau tactique et déploiement au niveau opérationnel.
- ♦ Maintien de l'équilibre financier pour une 5^e année consécutive.

La Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE)

Les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF)

Enquêtes administratives

- ♦ Enquêtes administratives : total 5
 - 1 enquête en RI jeunesse menant à une fin d'entente;
 - 2 enquêtes en RI jeunesse menant à des recommandations;
 - 1 enquête en RI adultes, clientèle déficience intellectuelle (DI)– fermeture volontaire de la ressource;
 - 1 enquête en RI adultes, clientèle santé mentale menant à des recommandations.

Processus de contrôle qualité RI-RTF :

- ♦ Suivi mensuel de la planification des intervenants au contrôle de la qualité (ICQ) en 2019-2020 :
 - Cinquante-quatre (54) % des ressources ont été évaluées pour les services communs et pour les services particuliers.
 - Cinquante-sept (57) % des ressources ont eu un contrôle du maintien des critères généraux du MSSS (CGM)
 - En 2018-2019, en moyenne quarante (40) % des ressources ont été évaluées.
- ♦ Suivi des rapports d'état pour les visites du milieu par les ICQ :
 - Huit cent trente-huit (838) visites dans les ressources et deux cent vingt-huit (228) rencontres de ressources RI et RTF dans nos bureaux :
 - En 2018-2019 : neuf cent soixante-et-onze (971) visites dans la ressource et deux cent trente-six (236) rencontres au bureau.
- ♦ Cinquante-sept (57) écarts qualité nécessitant des interventions ont été signalés aux ICQ :
 - En 2018-2019 : trente et un (31) écarts qualité.
- ♦ Procédure d'enquête administrative en RI-RTF adoptée par le comité de direction (CODIR).
- ♦ Procédure portant sur la déclaration des écarts qualité en RI-RTF adoptée par le CODIR.
- ♦ Refonte de la section « Devenir famille d'accueil ou résidence d'accueil » sur le site Web de l'établissement.
- ♦ Mise en place d'une adresse courriel « recrutement.famille.CISSSGASPESIE@ssss.gouv.qc.ca ».
- ♦ Mise à jour des documents à transmettre aux personnes intéressées à devenir une RTF.
- ♦ Reprise des cafés-rencontres avec les ressources 2 fois/année avec un taux de satisfaction élevé de la part des participants.
- ♦ Offre de formations plus spécifiques aux ressources portant de la clientèle hébergée avec des troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et des troubles du spectre de l'autisme (TSA).
- ♦ Rencontre de l'équipe DQEPE – RI-RTF : séance de travail de type Lean (recrutement, évaluation des postulants, suivi et support aux ressources; qualité des services rendus aux usagers).

Les résidences privées pour aînés (RPA)

En 2019-2020, le CISSS de la Gaspésie a accompagné, de nouveau, quelques RPA éprouvant des difficultés passagères. Ces interventions visaient le maintien des services de proximité en Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine. Avec l'avènement de la COVID-19 et les impacts de celle-ci sur nos personnes âgées, nous avons déployé, à partir de mars 2020, une équipe d'accompagnement de haut niveau composé des ressources suivantes :

- ♦ Équipe SWAT en prévention des infections – responsable de l'application des mesures de prévention des infections – collaboration avec le personnel de la DSI;
- ♦ Infirmières désignées en prévention des infections pour chaque RPA (dans nos 5 RLS);
- ♦ Infirmières de référence pour chaque RPA - collaboration avec le personnel de la Direction de santé physique et de la Direction SAPA (volet SAD);
- ♦ Responsable de la certification des RPA de la DQEPE du CISSS de la Gaspésie.

Ainsi, à chaque semaine, les RPA de la Gaspésie ont été jointes par téléphone. À plusieurs reprises, les RPA ont été visitées pour évaluer l'application des mesures de contrôle en matière de prévention des infections et évaluer les

besoins en matière d'équipements de protection individuelle (ÉPI). Le partenariat entre les RPA et le CISSS s'est donc grandement intensifié pour le plus grand bien de nos personnes âgées.

En date du 31 mars 2020, une seule RPA, située sur le territoire du RLS de la Baie-des-Chaleurs, avait vécu un épisode aigu à la COVID-19. L'épisode a débuté le 14 mars 2020 et devrait se terminer vers le 15 mai 2020.

Tableau des RPA situées sur le territoire de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

MRC – RLS	Nombre	Unités locatives	Employés
Avignon	8	225	121
Bonaventure	10	258	75
Côte-de-Gaspé	6	236	92
Haute Gaspésie	14	178	73
Rocher-Percé	5	42	18
Îles-de-la-Madeleine	5	79	23
TOTAUX	48	1 018	402

Suivi de la situation pandémique COVID-19 en RI-RTF et RPA :

- ♦ 13 mars 2020 : Appel à l'ensemble des 240 RI-RTF et 48 RPA – Début du suivi des mesures du MSSS et des consignes d'isolement;
- ♦ Objectif de 2 appels hebdomadaires à l'ensemble des ressources pour les informer sur les directives et les mises à jour en continu;
- ♦ Travail de collaboration avec les programmes cliniques pour le soutien aux ressources et aux usagers;
- ♦ Visites de vigie dans tous les milieux de vie adulte RI-RTF et RPA et travail de collaboration avec les équipes de prévention des infections pour soutenir les ressources dans leurs besoins en ÉPI;
- ♦ Information aux ressources et travail de collaboration avec la DRFA en lien avec le financement accordé par le MSSS aux ressources pour la période pandémique;
- ♦ Travail de collaboration avec les équipes de prévention des infections pour l'intégration/réintégration dans les milieux de vie;
- ♦ Maintien du lien d'affaires avec les associations représentatives, afin de traiter les situations problématiques vécues par les ressources.

Implantation des salles de pilotage

En 2019-2020, le CISSS de la Gaspésie a poursuivi l'implantation de ses salles de pilotage de niveaux stratégique, tactique et opérationnelle. Cependant, en lien avec la pandémie à la COVID-19, notre échéancier de travail a été modifié. En effet, dès le mois de février 2020, plusieurs ressources de soutien de la DQEPE ont été transférées vers d'autres directions pour aider à la réalisation des mandats liés à la pandémie. De plus, le travail des directions a été grandement concentré sur les redditions de comptes associées à la COVID-19.

- ♦ Nouveau cadre de référence pour les salles de pilotage du CISSS de la Gaspésie (en cours).
- ♦ Cadre de référence en matière de rapport d'état.
- ♦ Travaux entourant la salle stratégique du comité de direction.
- ♦ Arrimage de la salle stratégique du CISSS de la Gaspésie avec les travaux du comité de gestion réseau (CGR) du MSSS.
- ♦ Travaux d'implantation des salles tactiques et opérationnelles :
 - Reddition de comptes du MSSS : 80 % de taux d'implantation des salles de pilotage.
- ♦ Travaux entourant l'intégration des projets organisationnels en lien avec la planification stratégique du MSSS 2019-2023.
- ♦ Formation de l'ensemble des gestionnaires du programme Santé physique.
- ♦ Soutien pour l'implantation et pour la consolidation des salles opérationnelles :
 - Dates de formation :
 - Les 17 et 18 septembre 2019 : formation dans nos 4 RLS et rencontre-formation pour la DRHCAJ. Approximation : participation de 75 gestionnaires et toute l'équipe de la DRHCAJ.

- Les 20 et 21 novembre 2019 : formation dans les RLS de La Côte-de-Gaspé et de La Haute Gaspésie. Approximation : 55 gestionnaires. Durant le mois de novembre également, tenue d'une salle de pilotage DRHCAJ à distance, par visioconférence.
- Les 15 et 16 janvier 2020 : formation dans les RLS de la Baie-des-Chaleurs et du Rocher-Percé et tenue d'une formation pour la DRHCAJ. Approximation : 60 gestionnaires, en plus de toute l'équipe DRHCAJ.

Salle de pilotage stratégique

Au CISSS de la Gaspésie, la salle de pilotage stratégique s'anime de façon virtuelle sur une base régulière aux trois semaines environ. Ainsi, les directeurs de chaque RLS contribuent, à distance, aux travaux du système intégré de la performance. En 2019-2020, les travaux se sont concentrés sur :

- ♦ L'amélioration du taux d'assurance-salaire;
- ♦ Le retour des employés en absence de travail (travaux sur le projet de mieux-être au travail – Bureau de santé);
- ♦ L'implantation et le changement du bureau de santé vers un Programme de prévention visant à prendre soin de son personnel;
- ♦ Le taux d'heures supplémentaires obligatoires (TSO);
- ♦ La situation critique en obstétrique : préparation de la période estivale 2020;
- ♦ Le continuum de services (délais d'attente : des jeunes, des personnes âgées, des gens souffrant de maladie mentale, DI-DP-TSA, etc.).

Les salles de pilotage tactiques et opérationnelles

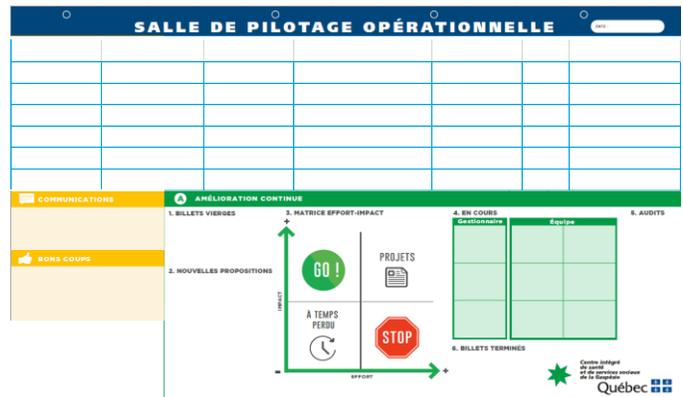
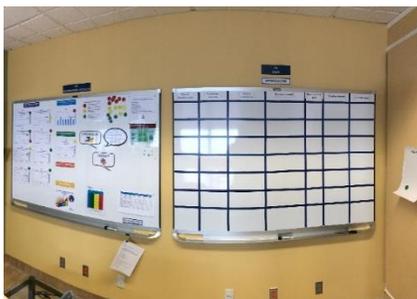
- ♦ **Au niveau tactique, nous avons complété à 60 % notre plan de déploiement (9 directions sur un total de 14 salles).**

Étant donné le vaste territoire gaspésien de plus de sept cent (700) kilomètres, comprenant quarante-sept (47) installations, les salles stratégiques ont été élaborées sur un modèle virtuel à distance. Le modèle virtuel du CISSS de la Gaspésie avait été retenu pour une présentation dans le cadre du Rendez-vous de l'amélioration continue du réseau de la santé et des services sociaux du mois qui s'est tenu au mois de mai 2019.

- ♦ **Au niveau opérationnel, nous avons complété à 65 % de notre plan de déploiement (47 salles opérationnelles sur un total de 74 salles).**

Étant donné que la grande majorité des animations opérationnelles s'effectue directement sur le terrain en petits groupes, dans le contexte de la COVID-19, nous avons suspendu les activités des salles opérationnelles afin de respecter la consigne de distanciation sociale.

Salle de pilotage opérationnelle



Le portrait statistique

Les services jeunesse

Dans cette section, nous vous présentons un portrait des activités courantes au programme Jeunesse ainsi que certains indicateurs pour l'année 2019-2020.

	2018-2019	2019-2020
Nombre d'usagers joints par les CLSC dans le cadre du programme Jeunesse	567	631
Nombre moyen de prestations dispensées par les CLSC dont a bénéficié l'utilisateur dans le cadre du programme Jeunesse	7,93	8,73
Nombre de dossiers suivis à l'application des mesures dans le cadre de la LPJ	602	576
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en LPJ (cible -30 jours)	17,64 jours	22,6 jours
Nombre moyen d'interventions à l'application des mesures en LPJ	1,9	2,02
Taux de jeunes sur 1000 pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence (excluant les autochtones)	17,64	18,82

Hébergement en réadaptation jeunesse

SERVICES DE RÉADAPTATION	2018-2019	2019-2020
Unité La Rade	6-13 ans : 5 jeunes 14-17 ans : 26 jeunes 18 ans et + : --- Total : 31 jeunes	6-13 ans : 3 jeunes 14-17 ans : 18 jeunes 18 ans et + : --- Total : 21 jeunes
Unité Gignu	6-13 ans : 4 jeunes 14-17 ans : 13 jeunes Total : 17 jeunes	6-13 ans : 5 jeunes 14-17 ans : 11 jeunes Total : 16 jeunes
Unité La Vigie	6-13 ans : 12 jeunes 14-17 ans : 20 jeunes 18 ans et + : 1 jeune Total : 33 jeunes	6-13 ans : 5 jeunes 14-17 ans : 22 jeunes 18 ans et + : --- Total : 27 jeunes
Unité La Balise	6-13 ans : 7 jeunes 14-17 ans : 19 jeunes Total : 26 jeunes	6-13 ans : 9 jeunes 14-17 ans : 15 jeunes Total : 24 jeunes
Unité Le Rivage	6-13 ans : 13 jeunes 14-17 ans : 3 jeunes Total : 16 jeunes	6-13 ans : 12 jeunes 14-17 ans : 5 jeunes Total : 17 jeunes

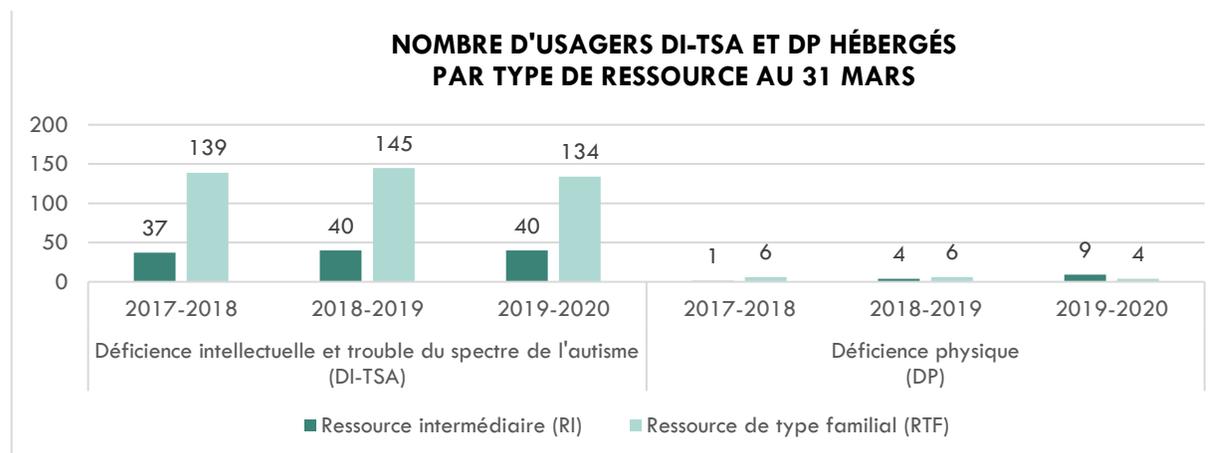
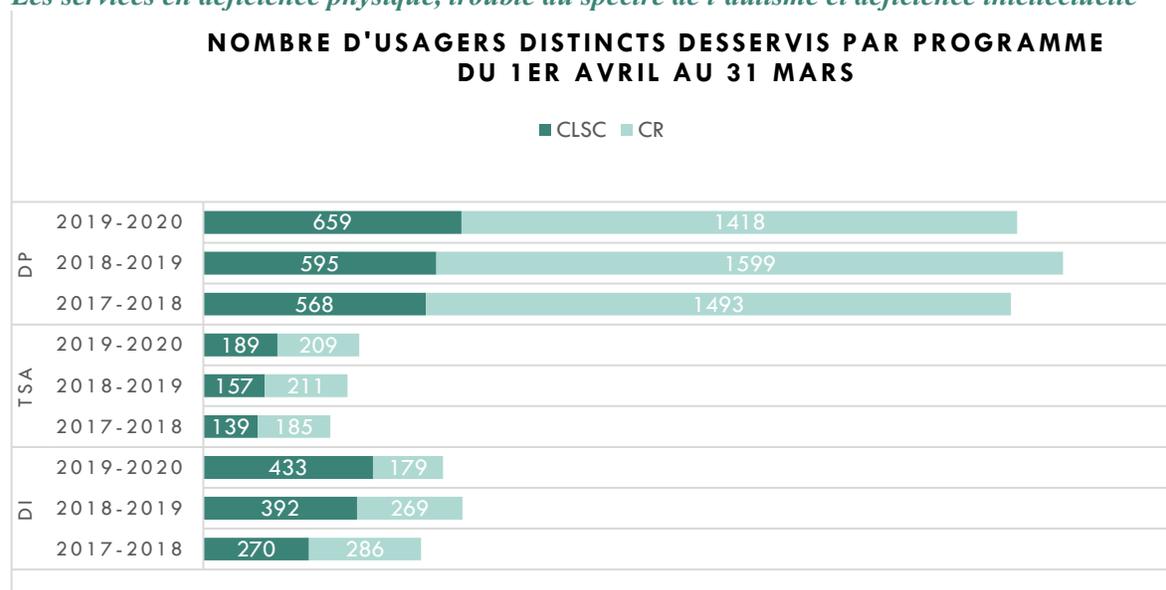
Encadrement intensif – Période du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020

Âge	10 ans	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	
Nombre d'hébergement			1	3	4	4	7	4	23
Nombre d'enfants différents hébergés			1	2	4	4	5	3	18**
Durée moyenne (nombre de jours/ nombre d'hébergements)			2	36,7	40,8	63,5	23,6	38,5	36,9
Pourcentage d'enfants ayant fait l'objet de cette mesure parmi l'ensemble des enfants hébergés dans les installations de l'établissement*									22,2 %
Nombre moyen d'hébergements dans ce type d'unité par enfant ayant fait l'objet de cette mesure									1,3

* Exclut les jeunes issus d'une unité de réadaptation relevant d'un autre CISSS admis à l'Unité La Rade ou détenus dans le cadre de la LSJPA

** Trois placements différents pour le même usager alors qu'il avait 15 ans pour un placement et 16 ans pour les deux autres placements

Les services en déficience physique, trouble du spectre de l'autisme et déficience intellectuelle



La mission CHSLD

	Lits au permis	Nombre de lits moyens occupés	Heures travaillées	Taux d'occupation
USLD de Chandler	36	33	44 165	90,4 %
Centre d'hébergement du Rocher-Percé	62	60	77 806	97,4 %
Centre d'hébergement de Cap-Chat	72	71	93 905	99,0 %
Centre d'hébergement de Maria	95	94	130 151	99,2 %
Centre d'hébergement de New Carlisle	72	71	95 516	98,0 %
Centre d'hébergement de Matapédia	20	20	30 468	102,3 %
Centre d'hébergement Mgr-Ross de Gaspé	86*	85	118 306	99,4 %
Total	437	435	590 317	98,17 %

Note : 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.

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	2019-2020
Cumulatif en heures au 31 mars	284 178	297 800	310 180	361 331	424 568	490 726 *

* La compilation des données n'est pas encore terminée.

La mission centre hospitalier

Blocs opératoires

RLS	Nombre total d'interventions en majeur*			Nombre total d'interventions en mineur**			Nombre total d'interventions en endoscopie sans distinction		
	2017 2018	2018 2019	2019 2020	2017 2018	2018 2019	2019 2020	2017 2018	2018 2019	2019 2020
Rocher-Percé	1 070	1 144	1 241	2 922	2 675	2 516	1 775	1 808	1 754
Côte-de-Gaspé	1 841	1 846	2 145	343	348	277	1 326	1 156	1 226
Baie-des-Chaleurs	2 372	2 930	3 029	2 735	2 629	3 061	4 629	4 165	3 951
Haute-Gaspésie	316	328	222	576	440	579	1 002	966	700
TOTAL	5 298	6 248	6 263	5 007	6 092	6 433	8 895	8 095	6 279

- Rocher-Percé : Les données incluent les coloscopies. La diminution est due à la fréquence de la visite de l'urologue.
- Côte-de-Gaspé : Les données n'incluent pas les coloscopies. La diminution est due à la fréquence de la visite de l'urologue.
- Baie-des-Chaleurs : Les données incluent les coloscopies.
- 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	2019-2020	1 789	73,7 %
	2018-2019	2 264	83,3 %
	2017-2018	2 472	75,0 %
Rocher-Percé	2019-2020	1 457	88 %
	2018-2019	1 261	83,6 %
	2017-2018	1 688	85,8 %
Haute-Gaspésie	2019-2020	1 143	69,0 %
	2018-2019	987	81,0 %
	2017-2018	470	73,0 %
Baie-des-Chaleurs	2019-2020	4 511	85,7 %
	2018-2019	4 345	85,5 %
	2017-2018	3 486	84,0 %

Côte-de-Gaspé : Départ de l'orthopédiste en maternité

Haute-Gaspésie : La baisse est due au manque de spécialistes permanents (chirurgie générale)

* 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
2019-2020	79,1 %
2018-2019	83,4 %
2017-2018	79,5 %

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		
	2017 2018	2018 2019	2019 2020	2017 2018	2018 2019	2019 2020	2017 2018	2018 2019	2019 2020	2017 2018	2018 2019	2019 2020	2017 2018	2018 2019	2019 2020
Hôpital de Chandler	16 638	16 748	16 920	13 322	13 477	13 864	3 316	3 271	3 056	19,93	19,53	18,06	9,6	9,7	10,7
Hôpital Hôtel-Dieu	16 096	15 348	14 540	12 921	12 226	11 482	3 175	3 122	3 058	19,73	20,35	21,03	8,9	9,3	9,5
CLSC de Grande-Vallée	7 352	7 352	6 971	6 686	6 553	6 223	666	799	748	9,06	10,87	10,73	6,2	5,1	5,6
CLSC de Murdochville	2 426	2 244	2 211	2342	2 178	2 159	84	66	52	3,47	2,95	2,35	8,0	7,5	5,0
Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts	15 341	14 698	14 391	12 252	11 622	11 479	3 089	3 076	2 912	20,14	20,93	20,23	7,6	7,4	8,4
Hôpital de Maria	17 010	17 455	16 671	12 406	12 708	11 911	4 604	4 747	4 760	27,07	27,20	28,56	13,1	15,1	15,1
CLSC de Paspébiac	14 756	13 275	13 456	11 237	9 880	9 928	3 519	3 395	3 528	23,85	25,58	26,22	5,9	6,6	6,5
TOTAL	89 619	87 120	85 160	71 166	68 644	67 046	18 453	18 476	18 114	20,59 %	18,21%	18,17%	9,2	9,9	10,2

Durée moyenne de séjour des urgences

	2017-2018	2018-2019	2019-2020
DMS globale	9,2	9,9	10,2
Pourcentage \geq 48 heures	0 %	1 %	1 %
Pourcentage \geq 24 heures	6 %	8 %	9 %

Courte durée

Installations	Nombre d'admissions			Nombre de jours présences			Durée moyenne de séjour* (DMS)			Nombre d'accouchements		
	2017 2018	2018 2019	2019 2020	2017 2018	2018 2019	2019 2020	2017 2018	2018 2019	2019 2020	2017 2018	2018 2019	2019 2020
Hôpital de Chandler	2 089	2 113	2 088	12 786	12 597	12 143	6,12	5,96	5,82	109	114	132
Hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé	2 002	1 962	2 001	9 705	10 797	11 397	4,84	5,50	5,70	135	151	150
Hôpital de Maria	3 276	2 960	3 074	20 773	17 848	17 863	5,97	6,03	5,81	163	189	187
Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts	1 199	1 206	1 055	7 105	7 368	7 417	5,80	6,11	7,03	49	45	44
TOTAL	8 566	8 241	8 218	50 369	48 610	48 820	5,69	5,90	5,94	456	499	513

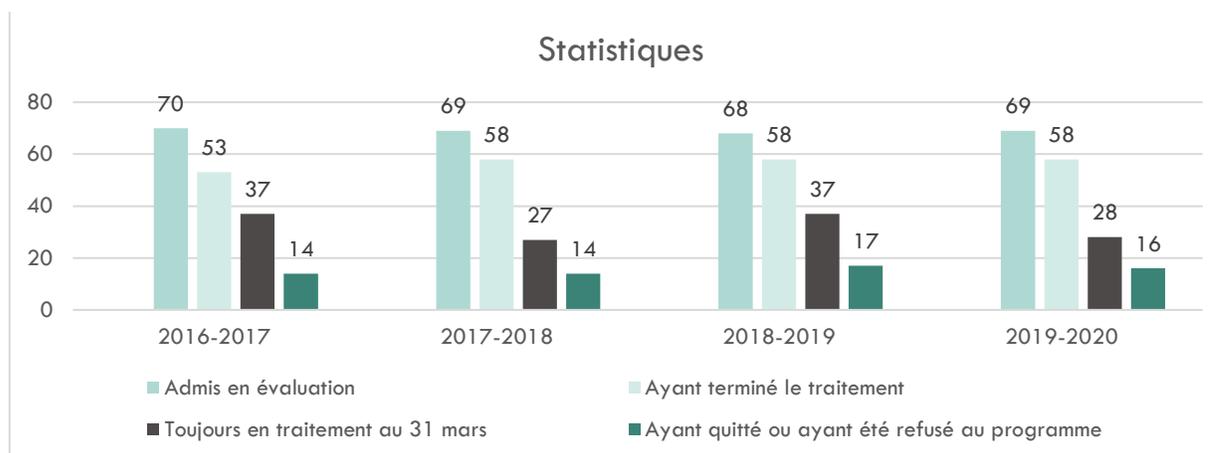
* Ces données excluent la santé mentale

Le Programme d'évaluation et de traitement des auteurs d'agression sexuelle (PETRAAS)

Le Programme d'Évaluation et de Traitement des Auteurs d'Aggression 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.

En raison de la COVID-19, il y a eu un arrêt des thérapies en mars 2020. Nous n'avons pas de date de reprise. Il y a eu du délestage au niveau des services psychosociaux vers d'autres programmes. Un soutien ponctuel est quand même offert aux détenus. La présence du médecin et de l'infirmière demeurent en place.



Autres faits saillants

Galas reconnaissance dans nos 4 RLS

Des galas reconnaissance ont été organisés dans les RLS. Chaque comité organisateur avait pour objectif de créer une soirée aux couleurs locales lors de laquelle les employés, les gestionnaires et les médecins étaient mis de l'avant. Les vingt-cinq (25), les trente-cinq (35) et même les quarante (40) années de services étaient soulignés, sans oublier les départs des employés, des professionnels et des médecins pour la retraite.



RLS DE LA HAUTE-GASPÉSIE



RLS DE LA CÔTE-DE-GASPÉ



RLS DU ROCHER-PERCÉ



RLS DE LA BAIE-DES-CHALEURS

Journées Portes ouvertes dans nos 4 RLS

Accueil de 200 étudiants

Afin d'attirer des étudiants, des finissants, des jeunes professionnels, ou même des retraités, le CISSS de la Gaspésie a organisé des portes ouvertes dans les 5 municipalités régionales de comté (MRC) de sa région. C'était l'occasion de découvrir la variété d'emplois offerts dans l'organisation. Des visites guidées pour s'imprégner de l'environnement, un quiz pour en apprendre davantage, des activités d'initiation pour les enfants et un coin des ressources humaines pour répondre aux questions, étaient prévus pour les visiteurs.



Journées Portes ouvertes – Sage-femme

Afin de démystifier la profession de sage-femme, nous avons ouvert les portes des nouveaux locaux à la population. Les personnes pouvaient y rencontrer les deux sages-femmes et découvrir tout le matériel adéquat pour l'exercice de leurs fonctions.



Hôpital de Chandler

Inauguration des chambres en pédiatrie

Grâce à la Fondation Élie Gauthier-Naud et à la collaboration du CISSS de la Gaspésie, les enfants qui seront accueillis à l'Hôpital de Chandler séjourneront désormais dans de magnifiques chambres fraîchement rénovées. Les murs de celles-ci mettent en valeur, en sa mémoire, les dessins d'Élie Gauthier-Naud.



Les prix

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



Pour l'année 2019-2020, dans le cadre de la 37^e édition des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), la Direction qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) a présenté quatre (4) candidatures, dans les domaines suivants :

- ◆ Personnalisation des soins et des services – Projet « *Une saison à la fois* »
- ◆ Accessibilité aux soins et aux services – Projet « *L'implantation de l'infirmière de famille* »
- ◆ Intégration des services – Projet « *L'intermission, une vision au service de l'utilisateur* »
- ◆ Partenariat – Projet « *Continuum d'actions concertées en petite enfance* »

À la suite des quatre (4) dossiers de candidature soumis au MSSS, une candidature a été retenue par le jury ministérielle, soit celle du projet « *Une saison à la fois* ». Le dossier est passé à l'étape du jury national. Étant donné la situation actuelle exceptionnelle liée à la pandémie de COVID-19, les dernières étapes de sélection ainsi que la planification de la cérémonie ont été suspendues.

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

C'est avec grande fierté que les participants du projet *Une saison à la fois* ont exposé leurs œuvres le 29 janvier 2020 dans le cadre de la Journée : Bell cause pour la cause.

Le projet *Une saison à la fois* est une démarche de groupe bilingue qui vise à initier six (6) usagers ayant utilisé les services de santé mentale du RLS de La Côte-de-Gaspé, à l'art photographique et à réaliser un projet final d'exposition collective.

Ce projet a eu également un impact sur la population en générale. En effet, il vise à augmenter la visibilité des services en santé mentale et à renforcer l'accessibilité de ceux-ci dans la communauté, en plus de combattre la stigmatisation et les préjugés.



Prix Jean-Pierre Bélanger de l'ASPQ

Le directeur régional de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Dr^{Yv} Bonnier Viger, s'est vu remettre le prix Jean-Pierre Bélanger de l'ASPQ pour sa contribution à l'avancement des connaissances en santé internationale et en médecine préventive, pour son engagement à l'amélioration et à la protection de la santé de la population, ainsi qu'à la lutte aux inégalités sociales de santé.



Prix Stars du Réseau de la santé (SRS) de Desjardins

L'équipe multidisciplinaire composée des services de soins à domicile (SAD) et du groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) de Maria s'est démarquée en décrochant une place parmi les finalistes des Prix SRS de Desjardins. Leur projet vise à améliorer les processus, les façons de faire et l'interdisciplinarité entre les SAD et le GMF-U. Des solutions innovatrices qui contribuent à contrer le travail en silo.



Prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec

Lors du Colloque annuel du Collège des médecins du Québec, D^{re} France Laurent Forest, médecin de famille à Gaspé, a reçu le prix *Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec*, pour son implication au sein du conseil d'administration du Collège des médecins de 2000 à 2016.

Prix Innovation clinique de l'ORII

Gagnant du prix *Innovation Clinique* de l'Ordre régionale Infirmière et Infirmier (ORII) du Bas St-Laurent et Gaspésie-Îles de la Madeleine, 25 mai 2019, Rimouski.

Prix Environnement et changement climatique (finaliste)

Gala reconnaissance

Chambre de commerce de la Baie-des-Chaleurs

Le CISSS de la Gaspésie a fait partie des finalistes pour le prix *Environnement et changement climatique* pour son projet biomasse offert par le Conseil régional de l'environnement Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (CREGIM) dans le cadre du Gala Reconnaissance de la Chambre de commerce de la Baie-des-Chaleurs, tenu le 23 novembre 2019.



Prix du Jury 2019

Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales

L'Hôpital de Chandler s'est vu mériter le prix du Jury 2019 en reconnaissance de la qualité des services de prêts d'équipements aux services externes en gériatrie ambulatoire (SEGA) qui est désormais plus sécuritaire et respecte davantage les normes en prévention et contrôle des infections (PCI) au bénéfice des usagers et du personnel.

Finaliste au prix Innovation clinique au Congrès de l'OIIQ

Finaliste au prix Innovation clinique lors du Congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), les 25 et 26 novembre 2019 à Montréal.

Les rayonnements

Tour cycliste des policiers du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM)

Pour leur 23^e édition, les policiers ont choisi notre région comme hôte. Ils ont ainsi parcouru plus de 1 000 kilomètres entre le 19 et le 23 août 2019, terminant leur périple à Paspébiac. Un montant record de 45 380 \$ fut récolté pour soutenir les jeunes qui présentent des besoins particuliers. Les profits amassés des 6 dernières années ont été remis en totalité à l'organisme AlterGo, plus précisément pour l'activité annuelle du Défi sportif. Les sommes visent à couvrir les frais de déplacement de plus de 7 000 jeunes présentant des limitations fonctionnelles qui participent au volet scolaire de ce défi.



Congrès du Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU)

Le 17 octobre 2019 se tenait à Rivière-du-Loup le Congrès du Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU). Lors de cet événement, M^{me} Connie Jacques, PDGA, et M. Steve Pontbriand, directeur du programme Jeunesse, ont présenté les ateliers suivants :



- ♦ La collaboration des directions du programme Jeunesse et de la protection de la jeunesse avec leurs partenaires;
- ♦ Le partenariat pour tous les p'tits Jimmy de la Gaspésie.

Rappelons que le projet *Pour tous les p'tits Jimmy de la Gaspésie* représente un projet novateur qui a permis de saisir l'opportunité d'intégration des services en mode horizontal et vertical, 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.

Congrès annuel de l'OIIQ

Lors du congrès annuel de l'OIIQ, les quatre (4) infirmières-pivot en oncologie du CISSS de la Gaspésie ont fait une présentation au sujet des différents projets auxquels participent une quarantaine de patients-ressources dans toute la région gaspésienne. Cela démontre l'excellence du travail des équipes en cancérologie auprès de la clientèle. L'équipe de rédaction de la revue *Perspectives infirmières*, présente lors de leur présentation, a été impressionnée par la force de cette approche de partenariat et en a fait mention dans un de leur article. De plus, le député de Bonaventure, M. Sylvain Roy, a fait une déclaration à l'Assemblée nationale du Québec pour leur rendre hommage.

Parution d'un article dans la Revue Santé

Une collaboration améliorée entre les services de soins à domicile et le groupe de médecine de famille universitaire

Au printemps 2018, une équipe interdisciplinaire s'est mobilisée au CISSS de la Gaspésie pour améliorer d'abord les processus et les façons de faire et ensuite, l'interdisciplinarité entre les services de SAD et le GMF-U de Maria. La phase 1 vise le processus et la phase 2, l'interdisciplinarité.

Démarche OPUS-AP « Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services

« Antipsychotiques »

En janvier 2020, à la suite de l'implantation de la Phase 2 de la démarche OPUS-AP au CHSLD de New Carlisle, le tournage d'un webinaire réalisé par le Centre de Vieillessement de Québec a eu lieu auprès de l'équipe de professionnels (pharmacienne, conseillère en milieu de vie et médecin) pour les bonnes pratiques mises en place. Ce webinaire sera mis à la disposition des professionnels qui implantent le projet dans leur centre. Notre CHSLD se classait parmi les 3 premiers meilleurs au Québec dans cette démarche.

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

Depuis maintenant deux ans, le projet *Un pont vers la maison* a pris son envol au sein du CISSS de la Gaspésie, afin de faciliter la phase post-traitement des personnes ayant souffert du cancer. Ce projet est reconnu au niveau provincial et national, puisqu'il est basé sur des pratiques novatrices et tend vers une prise en charge complète du patient, et ce, du diagnostic jusqu'à la guérison.

Chapeauté par l'équipe d'oncologie du CISSS de la Gaspésie, en collaboration avec une équipe de patients-ressources, ce projet vise à mieux outiller l'utilisateur ayant reçu des traitements contre le cancer, afin qu'il puisse mieux récupérer et reprendre progressivement le cours de sa vie. Toujours dans l'objectif d'améliorer l'offre de service de transition de vie après le cancer, Un pont vers la maison se concrétise par la collaboration entre les patients et leurs proches, les intervenants de la santé, l'Organisme Gaspésien des Personnes Atteintes de Cancer (OGPAC), la communauté, ainsi que les patients-ressources.

- ♦ Projet financé en partie par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). Ce projet a reçu un financement de 40 000 \$. Il s'agit d'un projet collaboratif réunissant des équipes interdisciplinaires incorporant des patients et des aidants, en vue de mettre en place une trousse de transition pour la fin du traitement en oncologie. Le projet de recherche a été travaillé en collaboration avec la chercheuse D^{re} Marie-Pascale Pomey affiliée avec l'Université de Montréal.

Visites ministérielles

Ministre Danielle McCann | 10 au 13 juillet 2019

Lors de sa visite en Gaspésie, M^{me} Danielle McCann, ministre de la Santé et des Services sociaux, a fait deux annonces importantes pour le CISSS de la Gaspésie et sa clientèle. Il a été question d'un investissement de 4 975 000 \$ pour une nouvelle unité de santé mentale à l'Hôpital de Gaspé, ainsi qu'une bonification historique de plus de 1 M\$ d'une aide financière récurrente pour les organismes communautaires.



Ministre Lionel Carmant | 16 juillet 2019

Le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, M. Lionel Carmant, était de passage dans la région pour annoncer l'octroi d'un montant de plus de 310 000 \$ en Gaspésie, dans le cadre du programme Agir tôt. Cette aide financière a permis de rehausser les équipes d'intervention auprès des jeunes enfants présentant un retard de développement, une déficience physique et/ou intellectuelle ou un spectre de l'autisme, en plus d'améliorer les services de dépistage dans la région de la Gaspésie.



Ministre Maguerite Blais | 10 août 2019

La ministre responsable des aînés et des proches aidants, M^{me} Marguerite Blais, a profité d'une tournée de la Gaspésie pour visiter les CHSLD de Gaspé, de Chandler, de Maria et de New Carlisle.



Ministre Marie-Ève Proulx | 2 octobre 2019

La ministre déléguée au Développement économique régional et ministre responsable de la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, M^{me} Marie-Ève Proulx, a souligné le début des travaux de l'Hôpital de Gaspé. Le coût total du projet s'élève à 31,7 M\$. Ce projet prévoit la construction d'un agrandissement d'un peu plus de 2 200 m², ainsi que des travaux mineurs de réaménagement.



4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.1 Chapitre III : Les attentes spécifiques

Résultats au regard des attentes significatives 2019-2020

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)			
1.1 Implanter, d'ici le 31 mars 2020, le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche dans tous les CHSLD publics et privés conventionnés de la province de Québec	Tout d'abord, les CISSS et CIUSSS pourront participer à une rencontre d'information avec l'équipe du MSSS afin de bien comprendre le cadre de référence pour implanter le programme. Les établissements devront, ensuite, faire parvenir un plan de déploiement au MSSS. Le personnel de l'équipe de soins (infirmières, infirmières auxiliaires et PAB) ainsi que les professionnels embauchés (hygiénistes, dentistes et denturologistes) devront suivre une formation en ligne. Selon le financement accordé aux établissements, ceux-ci devront envoyer la liste de tous les professionnels embauchés au fur et à mesure. Une reddition de comptes sera demandée sur les dépenses octroyées : à la formation de l'équipe de soins, aux salaires des hygiénistes, aux déplacements de celles-ci, à l'achat d'équipement portatif, à l'achat de matériel de soins d'hygiène et aux honoraires des dentistes et denturologistes. D'autres indicateurs sont en développement et pourront être demandés en lien avec les activités réalisées par les professionnels dentaires.	En cours de réalisation	<u>Reddition de comptes suspendue</u> La pandémie de COVID a mis un frein à l'implantation du PQSBHQ. Cependant, des hygiénistes dentaires étaient déjà identifiées par CHSLD, ainsi que les équipements et les sommes nécessaires. Reste à planifier et déployer les formations destinées aux PAB, infirmières auxiliaires et infirmières.
1.2 Assurer la participation des directions de santé publique aux travaux des CAR pour appuyer la concertation d'acteurs régionaux de divers secteurs d'activités autour de priorités et d'actions favorables à la santé	Les PDG s'assurent que les DSPu et/ou des membres de leur équipe participent activement aux travaux des CAR, notamment comme membre des comités qui s'occupent des enjeux de développement social, ou même à titre de membre de la CAR, s'ils en conviennent ainsi. Cette participation vise à ce que les DSPu mettent à profit leur expertise, qu'ils participent à la concertation intersectorielle et qu'ils veillent à la mobilisation des partenaires autour de priorités et d'actions en faveur de la santé de la population et de la qualité de vie. Les PDG s'assurent également que les DSPu effectuent les suivis nécessaires au sein du CISSS/CIUSSS au regard de ces travaux et que d'autres directions y contribuent, selon les besoins. Cette attente fait écho à l'action 1 du Plan d'action 2018-2020 du MSSS pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires et au résultat attendu que 100 % des DSPublique participent aux travaux des CAR et d'autres instances pertinentes. Il s'agit aussi d'une condition facilitante pour la mise en oeuvre du PNSP et de la PGPS.	Réalisé	Réalisé à 100 % Le directeur régional de la santé publique participe de façon statutaire à toutes les rencontres de la CAR générale et du comité des Îles, il préside le comité du développement social et il est en lien étroit avec la direction régionale (MAMH).
1.3 Présenter un bilan des activités réalisées en matière de lutte contre le tabagisme	Un bilan faisant état des activités réalisées dans les milieux de vie est demandé (type d'activités, description des activités, objectifs visés, principaux partenaires engagés dans la mise en oeuvre) à l'égard de la lutte contre le tabagisme chez les jeunes. Les activités déployées dans les différentes régions visent à contribuer à l'atteinte d'une des cibles du plan stratégique du ministère, soit la réduction de la proportion de fumeurs chez les 12 ans et plus. 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 des retombées observées	En cours de réalisation	Réalisé à environ 30 %. Le bilan des activités est fait, mais n'était pas acheminé au MSSS : ceci sera fait prochainement.

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
PROGRAMMES DÉDIÉS AUX PERSONNES, AUX FAMILLES ET AUX COMMUNAUTÉS			
2.1 Bonnes pratiques des établissements pour la prévention et la réduction des usagers en NSA	Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent compléter un état de situation de l'implantation des bonnes pratiques pour prévenir et résoudre le phénomène des usagers en niveau de soins alternatifs.		Les bonnes pratiques, telles que présentées dans la garde du MSSS, étaient pour la plupart déjà implantées dans le quasi-ensemble de nos RLS. L'harmonisation de l'ensemble des programmes services et des RLS restent à faire.
2.2 Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation, portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène ainsi que sur les résultats du 2 ^e soin d'hygiène complet par semaine, est demandé aux établissements.		Cet engagement a été retiré par le MSSS
2.3 Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC)	L'établissement doit compléter et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation.		Cet engagement a été retiré par le MSSS. La reddition de comptes a été reportée au 1 ^{er} septembre 2020.
2.4 Plan d'action TSA (2017-2022)	Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	Réalisé	
2.5 Déploiement phase 1 du projet Agir tôt	Un rapport de mise en oeuvre est demandé pour le 15 janvier 2020 aux établissements.	Réalisé	
2.6 Offrir des milieux résidentiels adaptés aux besoins des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA	Transmission par les établissements des données sur les listes d'attente et les types de milieux de résidence où vivent les usagers qu'ils desservent en DI-DP-TSA	Réalisé	
2.7 Ajout et formation des préposés aux bénéficiaires en CHSLD	Via un formulaire GESTRED, les établissements visés doivent rendre compte de l'ajout d'effectifs dans les équipes interdisciplinaires en CHSLD.		Cet engagement a été retiré par le MSSS.
2.8 Implantation des installations « Aire ouverte » offrant des services adaptés à la réalité des jeunes de 12 à 25 ans	Afin d'être conformes à l'attente, les établissements visés devront démontrer la mise en place d'une installation « Aire ouverte », selon les modalités ministérielles convenues lors du déploiement. Une confirmation de la modification au permis de l'établissement ainsi que le numéro de l'installation devront être transmis par courriel à l'adresse «ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca».	En cours de réalisation	Nous sommes en attente du MSSS pour recevoir l'autorisation de procéder aux appels d'offres.
AFFAIRES UNIVERSITAIRES, MÉDICALES, INFIRMIÈRES ET PHARMACEUTIQUES			
4.1 Consolider l'organisation des soins et des services offerts aux personnes atteintes d'Alzheimer (et autres troubles neurocognitifs) et à leurs proches	Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS/CIUSSS devra être produit au 31 mars 2020. Le gabarit fourni par le MSSS ayant servi aux redditions de compte des années précédentes devra être utilisé à cette fin.		Cet engagement est reporté au 14 septembre 2020.

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
4.2 État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan national 2016-2018 – Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC	Autoévaluation sur la poursuite du Plan d'action déposé le 31 octobre 2016, composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'état d'avancement des travaux au 31 mars 2020, ainsi que les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action de l'établissement doivent être évalués.		<u>Reddition de comptes suspendue</u> à la suite des travaux mis en place au courant des derniers mois pour se préparer à la pandémie et à la nécessité des mises à niveau, ainsi que la reprise des activités AVC qui ont été annulées.
4.3 Contribuer au déploiement provincial de la télésanté	Les établissements devront démontrer leur contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du plan d'action en télésanté 2018-2020 et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour. Pour ce faire, un gabarit pour chacune des 3 actions sera fourni aux établissements par le MSSS pour complétion et retour en périodes 6 et 13.	En cours de réalisation	<u>Réalisé à 80 %</u> Le comité tactique est en place. Le plan d'action est en cours de réalisation. Le répertoire de service clinique en télésanté est en cours de finalisation. La période de la COVID-19 a ralenti les activités.
4.4 État d'avancement du Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2017 2018 – Continuum de services, phase hyper aiguë, pour les personnes ayant subi un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST)	Autoévaluation au 31 mars 2020, du plan d'action déposé le 22 juin 2017, composée à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'avancement des travaux et les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être évalués.	Réalisé	Un comité est en place. Celui-ci s'assure du suivi des actions contenues dans le plan d'action et des rapports reçus. Il s'assure également de mettre en place les mesures correctrices.
INFRASTRUCTURES, LOGISTIQUE, ÉQUIPEMENTS ET APPROVISIONNEMENT			
7.1 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	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 un bâtiment déficitaire inspecté en 2015 (lot #1) ou en 2016 (lot #2) et au 31 mars 2022 pour un bâtiment déficitaire inspecté en 2017 (lot #3). Si la cible de RDM d'un bâtiment inspecté en 2015 est de 80 % et que le différentiel entre l'IVP et le SE est de 3 %, l'IVP de ce bâtiment doit, au 31 mars 2020, minimalement diminué de 2,4 % (80 % de 3 %) c'est-à-dire minimalement ramené à 15,6 %. 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.	Réalisé	La réalisation du plan de RDMA au 31 mars 2020 se déroule selon les cibles fixées. Les bâtiments déficitaires du lot #1 ont maintenant un IVP sous le seuil d'état de 15 %. Pour ceux du lot #2, 4 ont un IVP sous le seuil d'état et 1 aura son IVP sous le seuil d'état en septembre 2020. La cible pour ce dernier bâtiment est de 14,26 % au 30 septembre 2020. Pour le lot #3, les travaux sont en cours de réalisation et se termineront en 2022.

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
COORDINATION, PLANIFICATION PERFORMANCE ET QUALITÉ			
8.1 Sécurité civile	<p>Consolider les mécanismes de base en sécurité civile de façon à ce que l'établissement puisse assumer son rôle dans le déploiement de la mission Santé du PNSC. À cet effet, l'établissement doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • disposer d'un plan de sécurité civile à jour présentant le système de garde 24/7, les comités internes de sécurité civile et le processus d'alerte et de mobilisation des ressources; • s'assurer que le personnel affecté à la sécurité civile a bénéficié d'une formation de base recommandée par le MSSS; • établir ou raffermir des liens de partenariat en sécurité civile. 	Réalisé	<p>Une structure de mise en alerte est en place.</p> <p>L'établissement a, au cours de l'année 2019-2020, mis à jour son plan régional de sécurité civile. Il voit également à s'assurer d'une participation active aux différents comités nationaux, régionaux et locaux.</p>
8.2 Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux	<p>Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit poursuivre sa démarche de gestion des risques en sécurité civile (GRSC) et traiter au minimum un risque identifié comme prioritaire.</p>	Réalisé	<p>Une analyse de risque préliminaire a été réalisée par la direction de santé publique. La direction des services techniques s'est arrimée avec la direction qualité, évaluation, performance et éthique afin de poursuivre notre démarche d'évaluation.</p> <p>À titre d'exemple, au cours de l'année 2019-2020, en partenariat avec l'ORSC de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, un exercice de mobilisation a eu lieu le 10 mars 2020 afin de vérifier l'efficacité et le temps de réponse face à un feu de forêt sur le territoire.</p>
8.3 Plan de continuité des activités – Santé et Services sociaux	<p>Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit lancer le projet d'élaboration d'un plan de continuité des activités (PCA) pour une portée d'établissement. Pour ce faire, la haute direction de l'établissement doit approuver une charte de projet présentant, entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la durée estimée du projet; • le calendrier de réalisation des étapes prévues au Guide pratique pour l'élaboration d'un plan de continuité des activités en établissement; • la structure de gouvernance. Cette dernière doit notamment identifier le porteur de dossier et le comité tactique qui collaborera à l'élaboration du PCA. 	En cours de réalisation	<p><u>Réalisé à 80 %</u></p> <p>Le plan d'action visant l'actualisation du dossier ainsi que la structure de gouvernance ont été déposés au comité de direction de l'établissement en février 2020.</p>
8.4 Révision des Programmes d'accès aux services de santé et aux	<p>Les établissements ont reçu, au printemps 2018, le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés</p>	En cours de réalisation	<p><u>Réalisé à 75 %</u></p> <p>Le 12 mars 2020, le comité d'accès a tenu une dernière rencontre de révision</p>

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
services sociaux en langue anglaise	grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le C. A. et ensuite transmis par courriel à l'adresse «entesdegestion@msss.gouv.qc.ca» ainsi qu'au Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise, à l'attention de monsieur Yannick Martin «iannick.martin@msss.gouv.qc.ca».		des programmes d'accès. En raison de la COVID-19, la complétion du Programme n'a pu se terminer. Nous planifions présenter le document final lors de la rencontre du conseil d'administration en septembre pour adoption, et ensuite le document sera transmis aux instances mentionnées. En raison de la COVID, ce dossier sera toutefois traité au C. A. de septembre.
8.5 Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	La mise sur pied d'un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise doit être réalisée. La composition de celui-ci sera entérinée par le conseil d'administration de l'établissement. Une résolution du conseil d'administration de l'établissement confirmant la création du comité régional, de même qu'une copie de la réglementation de celui-ci, doivent être transmise par courriel à l'adresse «entesdegestion@msss.gouv.qc.ca» ainsi qu'au Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise, à l'attention de monsieur Yannick Martin «iannick.martin@msss.gouv.qc.ca».	Réalisé	La composition du comité a été entérinée par le conseil d'administration et une résolution a été adoptée le 11 avril 2019. Le 26 février 2020, le MSSS a été informé des modifications, à la suite des démissions de certains membres aux Îles. Ces remplacements ont été nommés.
TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION			
9.1 Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et en services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits	Comme stipulé au cadre normatif, à la section 1.3 Encadrement législatif et administration, 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.	Réalisé	
9.2 Maintien des dispositions de la directive sur la cybersécurité	Conformément à la directive sur la cybersécurité, l'établissement devra se conformer à ses dispositions. Ces attentes spécifiques seront incluses dans l'outil permettant de faire la reddition de comptes en sécurité de l'information demandée chaque année dans le bilan de sécurité de l'information. Ainsi, au cours de l'année 2019-2020, les dates de transmission du bilan sont les suivantes : au plus tard le	Réalisé	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
	<p>31 mai 2019 pour l'exercice se terminant le 31 mars 2019 et le 31 mai 2020 pour l'année financière 2019-2020.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maintenir à jour l'inventaire de l'ensemble des actifs informationnels; 2. Procéder à des tests de vulnérabilités; 3. Gérer efficacement les menaces; 4. Mener une analyse des risques de sécurité de l'information; 5. Gérer sagement la sauvegarde et la restauration des données. 		

4.2 Chapitre IV : Les engagements annuels

Portrait sommaire de la performance du CISSS de la Gaspésie : atteinte des engagements annuels 2019-2020

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 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé publique			
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	3,2	80	3,2
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	90,3	93	89,4
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais	76,5	90	72,4
Plan stratégique 15-20			
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	346	334	378
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	65,7	85	65
1.01.32-EG2 Proportion des élèves de 4e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec	92,9	91	15,8
Commentaires			
1.01.13.01-EG2 La définition de l'indicateur ne permet pas de rendre compte du travail effectué.			
1.01.27-EG2 Le rapatriement des équipes en périnatalité et en petite enfance au sein de la santé publique et la mise en place de gestionnaires locaux pour la santé publique permettra d'atteindre la cible cette année.			
1.01.28-EG2 La même situation se reproduit depuis la fusion en 2015. La situation a été examinée en détail l'année passée. Le départ du directeur de l'équipe jeunesse et l'arrivée de la pandémie ont empêché la mise en place de ces solutions. Le rapatriement des équipes en périnatalité et en petite enfance au sein de la santé publique et la mise en place de gestionnaires locaux pour la santé publique permettra de corriger partiellement le problème cette année.			
1.01.30-EG2 La même situation se reproduit depuis la fusion en 2015. La situation a été examinée en détail l'année passée. Le départ du directeur de l'équipe jeunesse et l'arrivée de la pandémie ont empêché la mise en place de ces solutions. Le rapatriement des équipes en périnatalité et en petite enfance au sein de la santé publique et la mise en place de gestionnaires locaux pour la santé publique permettra de corriger partiellement le problème cette année.			
1.01.32-EG2 Cette année, cette activité a été interrompue à cause de la pandémie. Elle est à reprendre à l'automne.			
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales			
Plan stratégique 15-20			
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	50	100	75

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Plan stratégique 15-20 1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100
Plan stratégique 15-20 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	62,5	80	N/D
Commentaires <ul style="list-style-type: none"> • Travail à faire sur un réseau local de services en ce qui a trait au premier moment d'évaluation, soit avant le contact avec le patient. • Amélioration de la performance organisationnelle. Implication de la clientèle dans l'évaluation de l'observance représente un bon coup. • Pour les indicateurs 1.01.19.01-PS, 1.01.19.02 – PS, 1.01.19.04 – PS, l'engagement à 100 % implique qu'un seul territoire de réseau local de services sur 4 qui ne répond pas à l'indicateur et la cible devient inatteignable. 			
Services généraux – activités cliniques			
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	N/D	93	Engagement retiré
Soutien à domicile de longue durée			
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	440 756 Données issues de la salle de pilotage (ancien Gestred 554)	427 968 Données issues des rétroactions pour les engagements des EGI 2019-2020 - 17 avril 2019	533884
Plan stratégique 15-20 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	2 252	2 400	2412
Plan stratégique 15-20 1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	71,4	90	63 Portail SID 63,1 Ancienne méthodologie de calcul
Commentaires <ul style="list-style-type: none"> • Nous avons atteint la cible pour quatre des cinq indicateurs dans cette catégorie (Soutien à domicile de longue durée). L'indicateur 1.03.12 est plus difficile à atteindre dans notre région en raison de plusieurs facteurs, dont : le temps consacré à l'intervenant à se déplacer sur le territoire, donc, il n'est pas disponible pour compléter les OCCI, l'absence de réseau Internet dans certains secteurs qui nous oblige à utiliser le mode papier impliquant une double saisie, l'augmentation de la clientèle à domicile et la rareté des ressources humaines amenant une augmentation du nombre de cas suivis par intervenant. L'implication d'autres directions dans le processus de complétion des OCCI (telles que la direction de la réadaptation et de la déficience et la direction de la santé mentale) a affecté les résultats, puisqu'elles ont dû être formées et ont eu une période d'adaptation, etc. • Pour tous les indicateurs, à l'exception du 1.03.12, nos résultats sont à la hausse d'année en année. Nous avons fait un tour de roue supplémentaire afin de repérer des personnes vulnérables non connus du SAD et nous avons travaillé à améliorer notre panier de services internes et externes (avec les partenaires). • Pour l'indicateur 1.03.12, nous poursuivons le suivi des résultats dans les salles de pilotage à tous les niveaux (stratégique, tactique et opérationnelles). Nous poursuivons notre collaboration avec les autres directions concernées afin de mettre nos efforts et mobiliser les troupes dans un but commun. • De plus, le 1.03.12 sera remplacé par le 1.03.18. Les données seront ponctionnées du comptoir. Toutefois, il existe un enjeu en lien avec la date finale d'extraction périodique. En effet, le rapport cesse de rouler à la date de fin de période (samedi) alors que notre calendrier interne I-CLSC laisse aux professionnels un minimum de 7 jours supplémentaires pour terminer leurs statistiques. Cette différence risque d'affecter nos résultats périodiques, car le personnel éprouve déjà des difficultés à respecter l'échéancier. 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées			
Plan stratégique 15-20 1.03.07.00-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée	100	100	Engagement retiré
Plan stratégique 15-20 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	Engagement retiré
Plan stratégique 15-20 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100	100	Engagement retiré
Plan stratégique 15-20 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	75	100	Engagement retiré
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	95,5	93,5	90,6
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	96,6	95	92,3
Commentaires			
<ul style="list-style-type: none"> Les résultats des indicateurs 1.03.13 sont issus du logiciel IMAGE. Une partie des raisons qui expliquent la non-atteinte de la cible est la tenue et la mise à jour adéquates des demandes d'hébergement gérées dans IMAGE. Une autre des raisons expliquant la non-atteinte de la cible est l'alourdissement de la clientèle avec des besoins particuliers. Nos ressources intermédiaires ne sont pas toutes en mesure de répondre aux besoins importants d'aide aux déplacements et aux transferts et, de ce fait, augmentent le nombre de personnes hébergées en CHSLD avec un profil 9. Nous avons instauré, depuis deux ans, un calendrier des périodes de saisies pour les pilotes locaux et nous avons développé un outil de transfert d'informations entre les responsables des MAH et les pilotes locaux. Nous effectuons également un suivi périodique des personnes nouvellement hébergées et des personnes en attente d'hébergement. Pour l'indicateur 1.03.16, il va sans dire que la pandémie, surtout dans les installations de type CHSLD, a obligé les professionnels à ajuster leurs tâches sur les priorités en lien avec la pandémie et les mesures à mettre en place. Certaines installations n'ont pu garder à jour les SMAF de tous les clients et la réalisation de leur plan d'intervention dans le délai requis. Nos résultats sont en légère baisse. Cependant, cette baisse s'explique tel que précisé ci-haut et, pour l'un des indicateurs, le résultat est affecté par la situation liée à la COVID-19. 			
Déficiences			
Plan stratégique 15-20 1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	28,28	<43	38,54
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	71,2	90	71,3
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	89,7	90	86,54
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	78,8	90	94,4
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	82	90	89,8
Plan stratégique 19-23 1.45.45.05 - Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais	N/D	90	DI-TSA : 83,33
			DP : 62,96
			Global : 64,7

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Plan stratégique 15-20 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	75	90	80
Plan stratégique 19-23 1.47 - Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	N/D	242	221
<p>Commentaires Cible non atteinte :</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicateurs 1.45.04.05, 1.45.04.01 et 1.45.45.05 : Les services offerts à la population présentant une déficience physique ont été affectés par des bris de services importants en cours d'année. Les principaux secteurs touchés en mission CR ont été la déficience visuelle ainsi que la déficience du langage. Pour ce qui est des faibles résultats en mission CLSC, ceux-ci s'expliquent par des absences prolongées en ergothérapie et physiothérapie au sein de 2 RLS. L'établissement poursuit ses efforts de recrutement. Afin de palier certaines absences de professionnels, l'établissement a recours à des stratégies variées telles que l'octroi de bourses ministérielles, contrats avec le secteur privé, entente avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale (spécialiste en déficience visuelle), inscription à l'AEC en stimulation du langage dans chacun des RLS. Certains postes sont dépourvus de titulaires alors que d'autres sont vacants à la suite des congés divers. Mentionnons également que le délestage d'activités en lien avec la COVID-19 a contribué à une baisse du respect des délais d'accès. Indicateur 1.46-PS : La donnée pour cet indicateur est issue de la collecte d'informations réalisée à la période 6. Aussi, le résultat affiche le pourcentage d'atteinte global pour la région 11 et, de ce fait, inclus aussi les données du CISSS des Îles-de-la-Madeleine. Le petit nombre d'utilisateurs concernés a un impact direct sur la non-atteinte de la cible. En effet, seuls 5 jeunes répondaient aux critères de la collecte d'information, dont 4 résidents sur le territoire du CISSS de la Gaspésie. Le résultat est attribuable à une situation où malgré l'effort, les actions produites en collaboration avec SEMO n'ont pu permettre une intégration en milieu de travail. <p>Cible atteinte</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicateurs 1.05.15-PS, 1.45.05.05 et 1.45.45.05 (population DI-TSA) : Un suivi centralisé des listes d'attente ainsi qu'un suivi réalisé en salle de pilotage explique le résultat obtenu. Il est cependant important de considérer que le nombre de dossiers concernés est moindre qu'en déficience physique et que la prise en charge relève de différentes disciplines, ce qui n'est pas le cas lorsque l'on fait référence à des programmes tels que la déficience du langage et la déficience visuelle. Indicateur 1.45.05.01 : Les actions produites en cohérence avec les orientations ministérielles auxquelles s'ajoute la vision d'intégration de l'établissement, a permis d'atteindre l'indicateur car, dans les faits, la majorité des dossiers en cause ont été transférés de la mission CR vers la mission CLSC tout en poursuivant avec le même intervenant. Il n'y a donc pas eu de délai d'attente. <p>Les indicateurs en regard des services offerts à la population présentant une déficience physique accusent une baisse de performance si l'on compare à l'an dernier. Cet état de situation est le reflet d'un manque important de ressources humaines dans certains secteurs d'activités.</p> <p>Un suivi périodique est réalisé en regard des résultats obtenus et, de ce fait, des correctifs sont réalisés rétroactivement si nécessaire.</p>			
Jeunes en difficulté			
Plan stratégique 15-20 1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	18,95	18,79	20,74
Commentaires			
Dépendances			
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	86,1	80	82,1
Plan stratégique 15-20 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	94,2	96,4	99,1
Plan stratégique 19-23 1.07.07 - Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	N/D	1 075	1036
<p>Commentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> Une rigueur et une surveillance étroite des cibles, plusieurs nouveaux intervenants, l'ajout du personnel et les formations ont été contributifs à l'atteinte des cibles. On tente d'avoir des cibles à la hausse, une conscientisation s'est faite et on suppose que la prochaine année sera meilleure. 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé mentale			
Plan stratégique 15-20 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	234	210	234
Commentaires			
<ul style="list-style-type: none"> On tente d'avoir une cible à la hausse. Une conscientisation s'est faite et on suppose que la prochaine année sera meilleure. Les statistiques SIV sont conformes aux attentes. 			
Urgence			
Plan stratégique 19-23 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	9,84	9	10,21
Plan stratégique 19-23 1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	96,0	145	95,0
Plan stratégique 15-20 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	74,8	75	75,2
Plan stratégique 15-20 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	78,6	78	77,9
Commentaires			
<ul style="list-style-type: none"> L'accès au service en soutien à domicile et en première ligne particulièrement dans deux réseaux locaux de services sont en consolidation. Dans un RLS, une stratégie visant l'implication de tous les acteurs incluant les médecins, visant à améliorer la situation de l'accès aux services d'urgence selon les délais requis dans les meilleures pratiques est en cours de consolidation. En 2018-2019, nous avons observé par rapport à 2017-2018, un rehaussement de la DMS sur civière (2017-2018 9,2 et 2018-2019 9,84) et un réseau local de services est principalement relié à la diminution de cette performance des enjeux d'accès des services de premières lignes en soutien à domicile, en hébergement, occasionne certains défis. Les données sont ponctionnées des données fournies par le MSSS. 			
Santé physique - Soins palliatifs et de fin de vie			
Plan stratégique 15-20 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	348	366	368
Plan stratégique 15-20 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	8	8	10
Plan stratégique 15-20 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	24,8	26	30,4
Commentaires			
<ul style="list-style-type: none"> Nous avons travaillé à bonifier les services offerts à domicile pour cette clientèle. Nous avons amélioré nos arrimages avec la direction des soins infirmiers et nous avons poursuivi le déploiement de la formation SPFV. Nous observons une amélioration de nos résultats pour ces trois indicateurs. Des erreurs d'inscription, lors de la cessation d'épisode de services, ont été observées occasionnellement. Nous validons les statistiques avec les gestionnaires à quelques reprises durant l'année. 			
Santé physique - Chirurgie			
Plan stratégique 15-20 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	4	0	6
Plan stratégique 19-23 1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	54	50	79
Commentaires			
<ul style="list-style-type: none"> Secteurs ciblés dans le délestage des activités dans le contexte COVID. Absence d'une orthopédiste en retrait préventif maternité. Problématique de suivi de non-disponibilité dans le système SIMASS dans un RLS. Stable. Gestion par délais d'attente plutôt que des priorités opératoires médicales en place sur tout le territoire gaspésien. 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique – Services de première ligne			
Plan stratégique 15-20 1.09.25-PS Nombre total de GMF	5	5	5
Plan stratégique 19-23 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	91,41	92,50	92,33
Plan stratégique 19-23 1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	46 068	48 691	47 599
Commentaires Depuis sa mise en place, le CISSS de la Gaspésie, en collaboration avec les médecins de famille, a travaillé au rehaussement de la prise en charge de la clientèle, notamment par l'établissement de collaboration sur une trajectoire clinique clientèle. Ainsi, les différents intervenants de première ligne travaillent étroitement avec les médecins à la prise en charge et au suivi de la clientèle, ce qui permet au médecin de famille de suivre un plus grand nombre de personnes			
Santé physique – Imagerie médicale			
Plan stratégique 15-20 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	81,8	90	61,2
Plan stratégique 15-20 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	100	100	97,4
Plan stratégique 15-20 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	97,9	100	94,2
Plan stratégique 15-20 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	71	90	52,3
Plan stratégique 15-20 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	77,8	100	97,7
Plan stratégique 15-20 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	66,9	90	37,8
Plan stratégique 15-20 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	99,5	98	93,8
Plan stratégique 15-20 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	93,3	95	92,3
Commentaires 1.09.34.02 <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des radiologues dans le réseau local de services du Rocher-Percé; • Démarche de recrutement en cours. 1.09.34.03 <ul style="list-style-type: none"> • Secteurs ciblés dans le délestage des activités dans le cadre de la pandémie. 1.09.34.04 <ul style="list-style-type: none"> • Secteurs ciblés dans le délestage des activités dans le cadre de la pandémie. 1.09.34.05 <ul style="list-style-type: none"> • Secteurs ciblés dans le délestage des activités dans le cadre de la pandémie. • Formation en cours du technologue autonome au réseau local de services de la Baie-des-Chaleurs. • Absence de ressource dans le réseau local de services de La Côte-de-Gaspé. 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
<p>1.09.34.06</p> <ul style="list-style-type: none"> Amélioration de la performance reliée à un non délestage de cette activité dans le cadre de la pandémie considérant les risques reliés à un diagnostic de cancer. <p>1.09.34.07</p> <ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des radiologues du RLS du Rocher-Percé. Démarche de recrutement en cours. <p>1.09.34.08</p> <ul style="list-style-type: none"> Secteurs ciblés dans le délestage des activités dans le cadre de la pandémie. <p>1.09.34.09</p> <ul style="list-style-type: none"> Secteurs ciblés dans le délestage des activités dans le cadre de la pandémie. Travaux de construction reliés à l'emplacement du quai pour l'unité mobile. 			
Santé physique - Cancérologie			
Plan stratégique 19-23			
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	78,5	90	85,3
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	98,5	100	98,3
<p>Commentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> Les données inscrites sont recueillies dans le système SIMASS et GESTRED. Pour le pourcentage de patients traités par chirurgies oncologiques dans un délai inférieur ou égale à 28 jours, quelques cas ORL ont été opérés tout près du 28 jours dans un RLS où il y a seulement une ORL. Notre performance organisationnelle est tributaire des disponibilités médicales et d'une planification serrée du programme opératoire. Pour les chirurgies 56 jours pendant la période COVID, des cas ont été gardé en attente alors qu'ils n'étaient pas disponibles médicalement. Nous avons connu des problèmes d'entrées de données dans un secteur. Cette situation est corrigée. Nous devrions atteindre 100 % pour le délai inférieur à 56 jours pour l'exercice 2020-2021. Stable, objectif poursuivi par l'ensemble des équipes est le 100 %. 			
Santé physique – Services spécialisés			
Plan stratégique 19-23			
1.09.49-PS Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisé à l'intérieur des délais (Priorités A-B-C-D-E)	N/D	80	54,8
1.09.49.01-EG2 Pourcentage de patients référés par un médecin de famille qui ont reçu des services spécialisé dans les délais associés à leur condition clinique (priorités A, B et C)	N/D	90	Cet engagement a été retiré
1.09.49.02-EG2 Pourcentage de patients référés par un médecin de famille qui ont reçu des services spécialisé dans les délais associés à leur condition clinique (priorités D et E)	N/D	75	Cet engagement a été retiré
<p>Commentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> Au 31 mars 2020, notre performance a été affectée compte tenu du contexte de la COVID-19 qui a amené le délestage de plusieurs activités cliniques et l'annulation de plusieurs rendez-vous en cliniques spécialisées. De plus, certains usagers refusaient de se présenter à leur rendez-vous considérant la COVID. Nous avons réalisé une épuration de nos liste d'attente. Nous éprouvons certaines difficultés dans les secteurs suivants : ORL, ophtalmologie et dermatologie. Cette situation s'explique, outre les absences et les congés de maladie, par l'attente de spécialistes venant compléter notre Plan régional d'effectifs médicaux. 			
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
<p>Commentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> Pour les secteurs où cela s'applique, le CISSS de la Gaspésie a identifié un responsable de la gestion des zones grises de l'établissement ainsi que le service responsable. De plus, l'établissement a actualisé, au cours de l'année 2019-2020, son plan d'action visant l'harmonisation des pratiques en hygiène salubrité. Bien que l'établissement répondait à la cible par le passé, ces derniers ajustements ont permis de consolider son fonctionnement dans une démarche globale et intégrée, et ce, afin d'offrir un environnement propre et sécuritaire (surfaces, matériel et équipements) pour les usagers des services et pour les employés de notre établissement. 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Ressources humaines			
Plan stratégique 15-20 3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	8,37	8,27	8,21
Plan stratégique 19-23 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	5,63	5,21	6,43
Plan stratégique 19-23 3.05.03 - Ratio de présence au travail	N/D	88,7	88,90
Plan stratégique 15-20 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,98	0,99	1,35
Commentaires			
<p>3.01-PS L'engagement convenu dans l'EGI 2019-2020 en lien avec le ratio d'heures en assurance-salaire a été atteint en raison de plusieurs mesures prises. La démarche « Prendre soin de notre personnel » et l'approche intégrée du « Virage prévention » ont permis d'accroître le nombre d'affectations temporaires, d'embaucher des employés attirés à l'évaluation des milieux de travail et de faire des rapports d'état hebdomadaires des suivis faits avec les gestionnaires auprès de leurs employés en absence maladie.</p> <p>3.05.02-PS L'engagement n'est pas atteint et s'est même détérioré par rapport à l'année précédente. Le recours aux heures supplémentaires est cependant privilégié à la main-d'œuvre indépendante. Nous avons néanmoins procédé au rehaussement de plus de 110 postes de la catégorie 1 (principalement des infirmières), et envisageons un exercice similaire pour les infirmières auxiliaires et inhalothérapeutes en 2020. Le contexte démographique d'une population vieillissante constitue un défi en termes de disponibilité de la main-d'œuvre pour accroître le nombre total d'employés. Ainsi, l'embauche de près de 200 employés de plus que le nombre de départs n'a pas été suffisant pour avoir un impact positif suffisant. Enfin, les effets de la COVID-19 se sont faits sentir même si seulement le dernier mois de l'année en a été impacté.</p> <p>3.05.03 Le ratio de présence au travail a été atteint en raison du ratio favorable d'heures en assurance-salaire. La poursuite des efforts du « Virage prévention » et l'intensité des suivis avec les gestionnaires en lien avec l'absentéisme a permis d'atteindre la cible.</p> <p>3.06.00-PS Le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante n'a pas atteint l'engagement avec un résultat de 1,35, en hausse comparativement à l'année précédente. Le RLS de La Haute-Gaspésie a représenté le principal défi, puisque nous souhaitons préserver l'offre de service en soins infirmiers à l'Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts. Dans une mesure moindre, les RLS de la Baie-des-Chaleurs et celui de La Côte-de-Gaspé y ont aussi recouru. De la main-d'œuvre indépendante a également été dispersé dans les RLS de La Côte-de-Gaspé et de la Baie-des-Chaleurs en raison des besoins en infirmières. Nos efforts de recrutement avec l'embauche de plus de 200 étudiants est le début d'une nouvelle initiative qui sera répétée l'année prochaine.</p>			
Multiprogrammes			
Plan stratégique 15-20 7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	73,1	83,6	66,9
Plan stratégique 15-20 7.02.00-PS Taux d'implantation de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir	25	100	63
Commentaires			
<ul style="list-style-type: none"> • Résultat décevant pour le 7.01.00, malgré un suivi au rapport d'état. Manque d'effectifs en début de parcours, mais nous avons comblé nos postes dernièrement, ce qui devrait être plus significatif en nombre dans la prochaine année. • Pour la stratégie d'accès, nous sommes en attente des outils du MSSS pour les faire descendre dans nos équipes, car pour le reste, tout est en place. • Est-ce que depuis que nous avons donné des ressources TS à la GMF, cela nous a peut-être apporté un enjeu de compilation? La saisie n'est plus dans le I-CLSC, les statistiques sont difficiles à suivre. 			

Autres résultats pour certains indicateurs du plan stratégique du MSSS		
Indicateur	Résultat au 31 mars 2020	Commentaires
<u>Plan stratégique 19-23</u> 1.08.16-PS Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	606	
<u>Plan stratégique 19-23</u> 1.03.05.06 – Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	5 810	
<u>Plan stratégique 19-23</u> 1.03.05.05 - Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	558 394	
<u>Plan stratégique 19-23</u> 1.06.19 - Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins	77,7	

5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

5.1 L'Agrément

- ♦ Première visite d'Agrément Canada du 27 au 31 mai 2019.
- ♦ Lors de cette visite, deux (2) séquences des normes ont été évaluées.
- ♦ Le cycle d'agrément est échelonné sur une période de cinq (5) années et se termine en 2022.
- ♦ La visite a permis de mesurer l'avancée des travaux d'intégration du CISSS de la Gaspésie commencés lors de la fusion de 2015. Ainsi, les visiteurs ont pu constater les liens entre les différents programmes du CISSS de la Gaspésie et aussi, les liens avec nos partenaires du réseau de la santé Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine.

Prochaines visites :

- ♦ Séquence III : programme Santé physique.
- ♦ Séquence IV : programme Réadaptation – Déficience intellectuelle (DI) - Déficience physique (DP) - Trouble du spectre de l'autisme (TSA).
- ♦ Séquence V : programme Hébergement et Soins à domicile (SAD).

RÉSULTATS DE LA VISITE MAI 2019 – AGRÉMENT CANADA

Taux de conformité aux normes par programme		
Dates	Taux (%) de conformité	Résultats par séquences et par programmes
27 au 31 mai 2019	93 %	<p><u>Pour la séquence 1 (taux de conformité de 87,5 %) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Santé publique (taux de 82 %); ♦ Gestion des médicaments (taux de 87 %); ♦ Retrait des dispositifs médicaux (taux de 92 %); ♦ Prévention des infections (taux de 90%); ♦ Leadership (taux de 84 %); ♦ Gouvernance (taux de 93 %). <p><u>Pour la séquence 2 (taux de conformité de 96 %) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Santé mentale et dépendances (taux de 97 %); ♦ Jeunesse et LPJ (taux de 95 %).
Taux de conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR)		
<p><i>Les POR définissent les pratiques attendues par Agrément Canada en matière de : culture de sécurité; de communication, d'utilisation des médicaments; de milieu de travail ou d'effectifs; de contrôle des infections et d'évaluation des risques. Les POR sont essentielles, puisqu'elles ont un impact direct sur la sécurité dans l'établissement.</i></p>		
Dates	Taux (%) de conformité	Résultats par séquences
27 au 31 mai 2019	89 %	<p>Séquence 1 (taux de conformité de 94 %) (77/82). Séquence 2 (taux de conformité de 87 %) (239/275).</p>
POR	Actions et informations transmises à Agrément Canada à la suite de la VISITE 2019	
Médicament d'alerte élevé	Approbation et diffusion de la procédure de médicament d'alerte élevé. Ce document est accompagné d'une règle de soins et d'un aide-mémoire en lien avec la double vérification indépendante des médicaments d'alerte élevé. Le processus de double vérification indépendante est aussi suivi via des audits ponctuels.	
Programme d'entretien préventif	Déploiement du système <i>Octopus</i> afin de centraliser et d'uniformiser le traitement des tâches pour le personnel des services techniques dans les quatre RLS. De plus, la procédure de priorisation de remplacement des équipements médicaux a été déposée au C. A.	
Plan de sécurité	<p>Adoption de résolutions du C. A. concernant le plan de sécurité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Que la qualité et la sécurité des soins et des services soient reconnus officiellement comme une priorité stratégique; ♦ Que l'approche patient-partenaire soit implantée dans tous les programmes-services du CISSS de la Gaspésie; ♦ Que les soins soient centrés sur les usagers et leur famille et que des mécanismes d'évaluation de l'expérience usager soient évalués annuellement. <p>Notre organisation est en mesure de suivre les recommandations via un outil s'intitulant « Tableau intégré : <i>Suivi des plans d'amélioration de la qualité et du contrôle des activités à risque</i> ».</p> <p>Le CISSS de la Gaspésie s'est engagé à déployer des plans d'amélioration découlant des sondages (mobilisation du personnel, pulse et sécurité) tenus en 2019-2020 dans l'établissement.</p>	

Étapes préparatoires réalisées (échancier de travail) 2019-2020

- ♦ En septembre 2019 – DÉBUT DES TRAVAUX DES ÉQUIPES QUALITÉ
 - Lancement des activités d’agrément 2019-2020.
 - Lancement des équipes de qualité (1^{er} septembre 2019 au 1^{er} novembre 2019).
 - Administration des questionnaires d’autoévaluation en ligne (équipes qualité).
 - Suivi des équipes qui ont eu la visite en mai 2019 (aux 3 mois).
- ♦ En octobre et novembre 2019 – AUTOÉVALUATION DES NORMES
 - Autoévaluation des normes en santé physique.
 - Analyse des résultats – Élaboration des plans amélioration de la qualité.
- ♦ Du 15 septembre 2019 au 6 janvier 2020 – DÉPLOIEMENT DES SONDAGES
 - Administration du sondage sur le degré de mobilisation du personnel.
 - Administration du sondage sur le degré de mobilisation des médecins (PULSE).
 - Administration du sondage sur la culture de la sécurité.
- ♦ En janvier 2020 – DÉPLOIEMENT DES PLANS D’AMÉLIORATION DES ÉQUIPES
 - Analyse des résultats des différents sondages et ajustement des plans d’amélioration continue de la qualité.
 - Validation des plans d’amélioration de la qualité (mandats des équipes qualité).
- ♦ En février 2020 : DÉPLOIEMENT DU PLAN DE COMMUNICATION
 - Résultats des sondages.
- ♦ ARRÊT DES TRAVAUX – COVID-19
- ♦ Visite prévue en juin 2020 (séquence III) visant à évaluer le programme Santé physique, reportée au printemps 2021.

Résultats du sondage sur la mobilisation du personnel

- ♦ Depuis la fusion 2015, le CISSS de la Gaspésie a tenu 4 sondages sur la mobilisation du personnel.

Sondages mobilisation du personnel – CISSS de la Gaspésie		
Année 2016	Agrément Canada (81 questions)	N = 1 821/3 764 répondants Taux de participation de l’ordre de 48 %
Année 2018	Sondage interne – Projet DRHCAJ (10 questions)	N = 1 263/3 590 répondants Taux de participation de l’ordre de 35 %
Juin 2019	Sondage interne – Projet DRHCAJ (10 questions)	N = 718/3 590 répondants Taux de participation de l’ordre de 20 %
Novembre 2019	Agrément Canada (103 questions)	N = 1 350/3 636 répondants Taux de participation de l’ordre de 37 %

Comparaison des résultats 2016 et 2019 – Sondages d’Agrément Canada

RÉSULTATS COMPARATIFS - ANNÉE 2019 VS 2016			
DIMENSIONS	2016	2019	Différence
Réalisation	73	77	+ 4
Collaboration	72	75	+ 3
Leadership du gestionnaire	69	75	+ 6
Conciliation travail vie personnelle	69	74	+ 5
Implication	67	73	+ 6
Environnement - conditions environnementales	63	65	+ 2
Communication	59	64	+ 5
Environnement - Sécurité	61	63	+ 2
Leadership organisationnel	49	55	+ 6

À retenir :

- ♦ Tous les indicateurs de mobilisation sont à la hausse.
- ♦ Hausse de 6 points : leadership du gestionnaire, l'implication et leadership organisationnel.

Pistes d'amélioration | Recommandation d'Agrément Canada :

En lien avec les cartographies des risques, le sondage du CISSS de la Gaspésie révèle deux priorités élevées :

- ♦ Le leadership organisationnel;
- ♦ L'environnement – conditions environnementales.

Le travail en amont sur ces deux dimensions aura un impact positif autant sur la qualité des soins et services rendus que sur la santé et le mieux-être du personnel.

Résultats du sondage PULSE sur la mobilisation des médecins PULSE

- ♦ Le sondage comportait 22 questions dont les résultats étaient :
 - Sept (7) résultats verts;
 - Sept (7) résultats jaunes;
 - Huit (8) résultats rouges.
- ♦ Les résultats verts (en contrôle) :
 - La satisfaction professionnelle et la satisfaction par rapport à l'équipe ou à l'unité pour lequel le médecin travaille.
- ♦ Les résultats rouges (à améliorer) :
 - La satisfaction de la relation avec les cadres supérieurs;
 - La satisfaction du milieu de pratique :
 - Importance de la valorisation de la contribution des médecins;
 - Avoir l'occasion d'améliorer les soins offerts aux usagers;
 - La santé et la sécurité au travail.

Ce qu'il faut améliorer | Recommandations d'Agrément Canada :

- ♦ La relation avec les cadres supérieurs :
 - Valoriser et favoriser la contribution et la participation des médecins;
 - Communiquer clairement les plans de l'organisation;
 - Expliquer et mieux partager les décisions de la haute direction.
- ♦ Les opportunités de changement en lien avec l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins et des services.

5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services

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

- ♦ Consolidation des quatre (4) comités locaux de gestion des risques dans les quatre (4) RLS du CISSS de la Gaspésie.
- ♦ Révision de la procédure de gestion des événements sentinelles.
- ♦ Consolidation de l'approche patient-partenaire dans les comités de gestion des risques. Actuellement, trois (3) comités local de gestion des risques ont dans leur comité un patient-partenaire.
- ♦ Mise à jour du Programme de prévention des chutes (approbation finale prévue en juin 2020).
- ♦ Mise à jour du Programme des mesures de contrôle (approbation finale prévue en juin 2020).
- ♦ Ajustement du registre des mesures de contrôle dans toutes les directions du CISSS de la Gaspésie.
- ♦ Déploiement du sondage sécurité et déploiement des sondages mobilisation du personnel et du sondage Pulse pour les médecins.
- ♦ Création d'un comité conjoint DGA-DQEPE pour l'harmonisation des pratiques organisationnelles.
- ♦ Réalisation d'audits ponctuels concernant les processus sécuritaires dans l'établissement.
- ♦ Déploiement d'une évaluation par les usagers de l'hygiène des mains dans nos installations – projet conjoint avec la DSI.
- ♦ Actualisation du plan d'action pour la prévention des chutes et les erreurs de médicament dans chacun des RLS.
- ♦ Déploiement d'un programme de tournée intentionnelle (en cours).
- ♦ Déploiement des tableaux de bord par secteur, et ce, dans toutes les unités de soins du CISSS de la Gaspésie.
- ♦ Déploiement des salles opérationnelles en lien avec les indicateurs de performance en gestion des risques.

Registre des INCIDENTS et des ACCIDENTS
(du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020)

Tableau : Répartition des événements déclarés selon le type d'événement 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

TYPE D'ÉVÉNEMENT	2017-2018		2018-2019		2019-2020	
	NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE	
CHUTE	1961	36,8 %	1672	34,9 %	1814	35,4 %
MÉDICATION	1428	26,7 %	1327	27,7 %	1642	32,0 %
TRAITEMENT	231	4,3 %	176	3,7 %	281	5,5 %
DIÈTE	11	0,2 %	22	0,5 %	12	0,2 %
TEST DX LABORATOIRE	409	7,7 %	199	4,1 %	153	3,0 %
TEST DX IMAGERIE	15	0,3 %	14	0,3 %	6	0,1 %
RDM/MMUU	30	0,6 %	42	0,9 %	12	0,2 %
LIÉ AU MATÉRIEL	45	0,8 %	56	1,2 %	66	1,3 %
LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	27	0,5 %	47	1,0 %	62	1,2 %
LIÉ AU BÂTIMENT	12	0,2 %	23	0,4 %	15	0,3 %
LIÉ AUX EFFETS PERSONNELS	68	1,3 %	81	1,7 %	56	1,1 %
ABUS/AGRESSION/HARCELEMENT /INTIMIDATION	219	4,1 %	265	5,5 %	185	3,6 %
AUTRES	880	16,5 %	870	18,1 %	827	16,1 %
TOTAL	5336	100 %	4794	100 %	5131	100 %

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

Principaux types d'incidents et types d'accidents 2019-2020

Nombre d'incidents	764	14,89 %
Nombre d'accidents	4367	85,11 %
Nombre total d'événement	5131	100 %

Les 3 principaux types d'incident

	Incidents	
Erreurs de médicaments	362	47,38 %
Traitement/Intervention	89	11,65 %
Laboratoire	52	6,8 %

Les 3 principaux types d'accident

	Accidents	
Chutes	1 759	40,28 %
Erreurs de médicaments	1280	29,31 %
Blessures d'origine inconnue	253	5,8 %

Pour l'année 2019-2020, parmi les événements les plus fréquents, on compte 1 814 chutes et 1 642 erreurs liées à la médication, soit respectivement 35,4 % (chutes) et 32 % (médicaments) de la totalité des événements survenus. Donc, ces deux types d'événements sont à l'origine de près de 67,4 % des déclarations d'incidents ou d'accidents. La répartition des chutes en fonction du milieu de soins, pour l'année 2019-2020, est de 552 en courte durée et de 1 153 en longue durée.

Par rapport à l'année 2018-2019, les chiffres sont similaires, puisque nous avons 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. Ces deux types d'événements étaient à l'origine de près de 62,6 % des déclarations d'incidents ou d'accidents.

Comparativement à l'année 2017-2018, les chiffres sont similaires, puisque nous avons 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'accidents.

**Tableau des données pour 2019-2020 par RLS, secteurs jeunesse et réadaptation
Nombre d'événements toutes catégories**

CISSS Gaspésie 2019-2020						
	P1 à P3	P4 à P6	P7 à P9	P10 à P13	Total	2018-2019 (P1-13)
Incidents	222	169	162	211	764	1158
	18,7 %	12,6 %	13,2 %	15,3 %	14,9 %	22,9 %
Accidents	966	1172	1061	1168	4367	3869 (Dont 146 non cotés)
	81,3 %	87,4 %	86,8 %	84,7 %	85,1 %	77,1 %
Total	1188	1341	1223	1379	5131	5027

Baie-des-Chaleurs						
	P1 à P3	P4 à P6	P7 à P9	P10 à P13	Total	2018-2019 (P1-13)
Incidents	145	70	35	34	284	689
	26,4 %	12,6 %	7,8 %	8,8 %	14,6 %	33,7 %
Accidents	404	485	416	354	1659	1357 (Dont 3 non cotés)
	73,6 %	87,4 %	92,2 %	91,2 %	85,4 %	66,3 %
Total	549	555	451	388	1943	2046

Côte-de-Gaspé						
	P1 à P3	P4 à P6	P7 à P9	P10 à P13	Total	2018-2019 (P1-13)
Incidents	25	30	30	32	117	222
	8,9 %	9,6 %	10,3 %	10,3 %	9,8 %	18,5 %
Accidents	255	282	261	280	1078	976 (Dont 109 non cotés)
	91,1 %	90,4 %	89,7 %	89,7 %	90,2 %	81,5 %
Total	280	312	291	312	1195	1198

Haute-Gaspésie						
	P1 à P3	P4 à P6	P7 à P9	P10 à P13	Total	2018-2019 (P1-13)
Incidents	18	15	27	39	99	163
	14,1 %	7,5 %	14,1 %	14,4 %	12,5 %	21,8 %
Accidents	110	185	164	232	691	586 (Dont 3 non cotés)
	85,9 %	92,5 %	85,9 %	85,6 %	87,5 %	78,2 %
Total	128	200	191	271	790	749

Rocher-Percé						
	P1 à P3	P4 à P6	P7 à P9	P10 à P13	Total	2018-2019 (P1-13)
Incidents	31	54	69	99	253	70
	20,1 %	28,4 %	33,2 %	33,1 %	29,7 %	12,5 %
Accidents	123	136	139	200	598	489 (Dont 30 non cotés)
	79,9 %	71,6 %	66,8 %	66,9 %	70,3 %	87,5 %
Total	154	190	208	299	851	559

Jeunesse						
	P1 à P3	P4 à P6	P7 à P9	P10 à P13	Total	2018-2019 (P1-13)
Incidents	1	0	1	0	2	10
	8,3 %	0 %	9,1 %	0 %	4,2 %	15,4 %
Accidents	11	10	10	15	46	55 (Dont 1 non coté)
	91,7 %	100 %	90,9 %	100 %	95,8 %	84,6 %
Total	12	10	11	15	48	65

Réadaptation						
	P1 à P3	P4 à P6	P7 à P9	P10 à P13	Total	2018-2019 (P1-13)
Incidents	2	0	0	7	9	4
	3,1 %	0 %	0 %	7,4 %	3 %	1 %
Accidents	63	74	71	87	295	406
	96,9 %	100 %	100 %	92,6 %	97 %	99 %
Total	65	74	71	94	304	410

Incident : A-B / Accident : C-D-E-F-G-H-I

Tableau détaillé du comité régional de gestion des risques

Établissements	Chute / Quasi-chute	Médicament	Abus, agression, harcèlement ou intimidation	Bâtiment	Diète	Effets personnels	Équipement		Matériel	Tentative de suicide	Test diagnostique : Laboratoire	Test diagnostique : Imagerie	Traitement/ Intervention	Problème de RDM	Autres	Total
BdC	640	568	57	9	2	43	29	-	22	-	82	3	104	4	380	1943
% BdC	32,9 %	29,2 %							735 (37,9 %)							
CdG	466	400	27	6	7	2	26	-	15	1	22	2	46	5	170	1195
% CdG	39,0 %	33,5 %							329 (27,5 %)							
HG	275	249	62	-	-	6	5	-	20	-	32	1	28	-	112	790
% HG	34,8 %	31,5 %							266 (33,7 %)							
RP	324	353	9	-	1	5	2	-	6	-	17	-	103	3	28	851
% RP	38,1 %	41,5 %							174 (20,4 %)							
Jeunesse	11	9	2	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	24	48
% Jeunesse	22,9 %	18,8 %							28 (58,3 %)							
Réadaptation	98	63	28	-	2	-	-	-	1	1	-	-	-	-	111	304
% Réadaptation	32,2 %	20,7 %							143 (47,1 %)							
Total CISSS	1814	1642	185	15	12	56	62	-	66	2	153	6	281	12	825	5131
% CISSS	35,4 %	32,0 %							1675 (32,6 %)							
2018-2019 (P1-13)	1734	1408	300	23	22	81	47	-	59	4	218	14	189	43	885	5027

**Taux d'accidents et d'incidents 2019-2020 (1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020)
Déclarations formulaires AH-223**

2019-2020			
Périodes	Nombre d'incidents (catégories de A à B)	Nombre d'accidents (catégories de C à I)	Total
Total	765	4366	5131
Pourcentage	14,9 %	85,1 %	

Principaux constats en lien avec les déclarations

Chutes	Nb	Médication	Nb	Traitement	Nb	Test diagnostic de laboratoire	Nb
Trouvé par terre	790	Omission	497	Non-respect procédure/protocole	114	Pré-analytique : erreur liée à l'identification	45
En circulant	416	Dose/débit	264	Omission	44	Pré-analytique : non-respect procédure	30
Chaise/fauteuil	143	Non-respect procédure/protocole	194	Autre	42	Pré-analytique : autres	18
Nb : Nombre							

Tableau des données pour 2019-2020, nombre d'événements catégories F et plus

Cote de gravité					ES*	Recommandations			
Réseau local de services/ secteur	F	G	H	I		En cours	Réalisées	Non-réalisées/ Abandonnés	Totales
Baie-des-Chaleurs	2	2	0	0	6	7	9	5	21
Côte-de-Gaspé	4	2	1	0	6	7	4	10	21
Haute-Gaspésie	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Rocher-Percé	5	0	0	1	6	2	5	3	10
Jeunesse	0	0	0	0	0	1	3	0	4
Réadaptation	1	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	13	4	1	2	18	17	21	18	56

Vingt (20) 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. Dix-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 sont 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 2019-2020, sept (7) événements sentinelles ont été traités par une équipe interdisciplinaire et 9 autres ont été traités par le chef de service, en collaboration avec la responsable de la gestion des risques de la DQEPE.

Voici les catégories d'événement qui ont fait l'objet d'un plan d'action et les principales actions mises en place :

Catégorie	Circonstance	Actions
Erreur de traitement/intervention	Non-respect des procédures	<ul style="list-style-type: none"> Mise à jour de la règle de soins de surveillance clinique d'un usager recevant des opiacés. (R)
Erreur de traitement intervention	Non-disponibilité du matériel	<ul style="list-style-type: none"> Prévoir un mécanisme de vérification clinique pour le transfert de l'usager vers une autre installation du CISSS et prendre en considération que le transport de l'équipement nécessaire à une chirurgie d'urgence pourrait être analysé et pris en compte. (C) Prévoir un transport sûr et sécuritaire pour les transports de matériel en cas d'urgence. (E) Effectuer l'inventaire du matériel pour les 4 RLS. (R) Uniformiser le formulaire « Time Out » (liste de vérification pour la sécurité chirurgicale) et mettre à l'essai dans tout le CISSS de la Gaspésie. (A) S'assurer que le transfert d'information, pour les transferts inter-établissements, soit validé et compris de tous (processus de double vérification). (E) Audit Time out revu dans les 4 RLS. (E) Favoriser la transmission des connaissances entre les professionnels par la formation continue selon un modèle périodique. (A)
Chutes	Utilisation des outils de détection en CHSLD	<ul style="list-style-type: none"> Mise à jour du programme de prévention des chutes. (R) Implantation des tournées intentionnelles. (E) Sensibilisation du personnel concernant l'environnement sécuritaire. (E) Diffusion de la procédure d'utilisation des appareils de surveillance de la mobilité en hébergement. (E)
Erreurs de médicament	Non-respect d'une procédure	<ul style="list-style-type: none"> Diffuser la procédure des médicaments d'alerte élevé. (R) Diffuser la règle de soins de la double vérification indépendante (DVI) des médicaments. Article 77 du Règlement sur l'organisation et l'administration des médicaments (opiacés). (R) Réviser la procédure de la pompe à médicament PCA. (E) Effectuer une capsule d'information sur les médicaments d'urgence en bloc obstétrical. (E)
Autres	Obstruction des voies respiratoires	<ul style="list-style-type: none"> Diffuser aux familles et aux employés, les documents relatifs aux diètes dont la fiche : L'alimentation : une activité à risque. (R)
Autres	Tentative de suicide	<ul style="list-style-type: none"> Obtenir un milieu de vie sécuritaire pour l'usager dans les lieux d'hébergement. (R) Retirer tout produit d'entretien ménager aux usagers en ressources intermédiaires (RI) et assurer un contrôle des milieux d'entreposage. (R)
Autres	Liés aux mesures de contrôle	<ul style="list-style-type: none"> Mise à jour du programme des mesures de contrôle. (R) Diffusion du programme et formation du personnel (à venir)

Légende :

R : Réalisé

E : En cours

C : En continu

A : Abandonné

Suivi des dossiers « Gestion des risques » au comité de vigilance et de la qualité

L'établissement a instauré une nouvelle méthode de suivis des différents dossiers apportés par l'établissement au comité de vigilance et de la qualité, entre autres, concernant les recommandations formulées par les instances suivantes : le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, le Protecteur du citoyen, le coroner, d'autres instances s'il y a lieu. Le registre des mesures de contrôle s'est suivi en salle de pilotage de façon trimestrielle et annuelle, ainsi qu'au comité conjoint DSI/DQEPE.

Nombre d'événements survenus dans les RI et les RPA (SAPA)

RLS	Nom de l'installation	2018-2019	2019-2020
		Total	Total
Baie-des-Chaleurs	Villa Maria	89	22
	Résidence Belle-Rose	6	2
	Pavillon Ste-Hélène	37	14
	Villa des Plateaux	3	5
Côte-de-Gaspé	Manoir St-Augustin	42	48
	Foyer de Gaspé	38	43
	Villa des Orchidées	12	2
Haute-Gaspésie	RI Résidence l'Entre Deux	1	0
	RI Résidence Ste-Anne	103	26
	RI Vita Nobilis	11	33
	RI Résidence Cap-Chat	0	1
	RI Résidence Frère-André	0	1
Rocher-Percé	Résidence aux Beaux Souvenirs	6	27
	RI Résidence des Colibris	1	3
	La Maison de l'Anse	1	4
Total		350	231

RPA : Ressource privée pour aînés

RI (SAPA) : Ressource intermédiaire, volet (soutien à l'autonomie de la personne âgée)

- ♦ Créer un tableau de bord afin de suivre le taux de satisfaction de l'expérience client pour ensuite proposer des pistes d'amélioration.
- ♦ Assurer la participation des patients-ressources au plan d'amélioration de la qualité dans chaque RLS du CISSS de la Gaspésie.
- ♦ Mettre en place un processus simple et adapté aux patients, aux usagers et aux proches aidants, leur permettant de signaler, par écrit ou par téléphone, des événements indésirables.

Situation COVID-19

Une équipe compétente qui répond aux exigences de situations nouvelles et complexes

Dès l'annonce de l'état d'urgence sanitaire, le 14 mars 2020, les équipes de gestion des risques, par RLS, ont apporté du renfort aux équipes de prévention des infections (PCI) dans la mise en place des recommandations du MSSS entourant la pandémie de COVID-19.

Ainsi, le personnel dédié à la PCI est passé de cinq (5) infirmières en PCI à environ vingt-cinq (25). Étant donné que le virus a fait des dommages, dès le début, dans les milieux de vie, plusieurs actions ont été déployées dans nos CHSLD, dans nos RPA et dans nos RI-RTF (jeunes, personnes âgées; santé mentale; déficience intellectuelle; déficience physique et trouble du spectre de l'autisme (TSA)). Plusieurs transformations ont été mises en place pour répondre adéquatement et rapidement aux exigences d'une situation exceptionnelle, jamais vécue dans notre réseau.

Voici donc un aperçu des changements apportés, au jour le jour, dans nos installations et dans les ressources externes.

Mécanismes de communication

- ♦ Contacts téléphoniques avec tous les exploitants des RPA concernant les directives du MSSS, à raison de deux fois par semaine.
- ♦ Envoi, par courriel, des directives ministérielles dans nos milieux de vie.
- ♦ En collaboration avec la Direction du programme SAPA, rencontres téléphoniques avec tous les exploitants des RPA Gaspésie-Les-Îles (3 rencontres téléphoniques, les 25 et 26 mars 2020) ayant pour but de rappeler les consignes ministérielles et répondre aux questionnements des exploitants (exercice tenu dès le début de la pandémie) – taux de participation de 90 %.
- ♦ Rédaction d'un bulletin d'information rappelant les consignes ministérielles (transmis à l'ensemble des RPA, le 30 mars 2020).
- ♦ Dépôt de toute la documentation en lien avec le COVID-19 sur notre site Web.
- ♦ Travail de collaboration entre la DQEPE, la Direction du programme SAPA-SAD et la DSI pour répondre aux questions et relever les difficultés d'application du décret ministériel dans les milieux de vie :
 - Chaque milieu de vie (RPA, RI-RTF et CHSLD) a un numéro de téléphone de référence 24 heures, 7 jours par semaine pour répondre aux questions relatives à la COVID-19 (infirmière préventions des infections) et aux questions relatives à la condition clinique des résidents (infirmière SAD).
- ♦ Rencontres statutaires à toutes les semaines.

Une équipe SWAT – Experte en prévention et contrôle des infections

Voici les membres des équipes SWAT :

- ♦ RLS du Rocher-Percé : M^{mes} France Duguay et Stella Travers et M. Maxime Bernatchez (volet soins infirmier) :
 - Gestionnaire responsable : M^{me} Nancy Méthot
 - Médecins collaborateurs : D^r Mario Ferland, interniste (trajectoires soins intensifs); D^r Mike Langlois, chef de l'urgence (trajectoire urgence); D^r Bernard Demers médecin responsable de la prévention des infections; D^{re} Nancy Marcotte (trajectoires oncologie et courte durée); D^{re} Joanie Fortin (trajectoires urgence, courte durée, soins à domicile et soins palliatifs à domicile); D^{re} Claudia Dumont (trajectoire soins de courte durée); D^{re} Renée Soucy, gynécologie et obstétrique; D^r Abrous (trajectoire pédiatrie).
- ♦ RLS de la Baie-des-Chaleurs : M^{mes} Lovia Castilloux et Doris Smith et M. Maxime Bernatchez (volet soins infirmiers)
 - Gestionnaire responsable : M^{me} Cathy Bérubé
 - Médecins collaborateurs : D^r Pierre Carignan, spécialiste médecin interne et cogestionnaire du Programme en cancérologie (trajectoire oncologie), D^{re} Sophie-Geneviève Gagnon, chef du département de l'urgence (trajectoire urgence), D^r Christian Leblond, chef du département de chirurgie (trajectoire bloc opératoire), D^{re} Catherine Saint-Laurent-Lemerle, chef du département de pédiatrie (trajectoire pédiatrique).
- ♦ RLS de La Haute-Gaspésie : M^{mes} Louise Landry, France Duguay et Stella Travers (volet soins infirmier)
 - Gestionnaire responsable : M^{me} Jessie Robinson
 - Médecins collaborateurs : D^{re} Marie-Ève Nadeau, chirurgienne et présidente du comité de prévention des infections locales (trajectoire bloc opératoire), D^{re} Danielle Pelletier, anesthésiste (trajectoire bloc opératoire), D^r Daniel Lacoste, chef de l'urgence (trajectoire urgence et hospitalisation), D^r Guillaume Hardy, chef département médecine de famille (trajectoire obstétrique), D^{re} Alina Camacho, chef à l'hospitalisation (trajectoire hospitalisation.), D^r Charles Rhéaume (trajectoire urgence) et D^{re} Francine Lévesque, gynécologue (trajectoire obstétrique).
 - Autres contributions grandement appréciées : D^r Alain Gauvreau, médecin en gériatrie (trajectoire CHSLD) et les D^{res} Viviane Lew et Mélanie Lessard, psychiatres (trajectoire en psychiatrie).
- ♦ RLS de La Côte-de-Gaspé : M^{mes} Lovia Castilloux et Doris Smith (volet soins infirmier)
 - Gestionnaire responsable : M^{me} Sandra Cassivi-Bouchard
 - Médecins collaborateurs : D^r Jean-René Hamel (anesthésiste), D^{re} Geneviève Soucy (trajectoire chirurgie), D^{re} Audrey Perry-Mélançon, D^{re} Géraldine Lachance-Fortin (hébergement – CHSLD) et D^{re} Shérine El-Barnachawy (interniste).

Les gestionnaires responsables de la prévention des infections étaient dirigés, en collaboration avec la DSI et les responsables du Programme santé physique (M^{me} Johanne Méthot et M. Maxime Bernatchez) et la DQEPE (M. Jean-Luc Gendron).

Prévention et contrôle des infections

L'organisation s'est dotée d'un nouveau programme, ainsi que d'un guide de prévention et de contrôle des infections uniformisé. 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 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 2019-2020* (Résultat disponible à la P-11 seulement)

	SARM	ERV	EPC	Clostridium Difficile	Bactériémie à Staphylococcus aureus	Bactériémie à SARM	Bactériémies panhospitalières
Nombre	10	0	0	3	0	0	1

*Dû à la Covid-19, les données n'ont pu être acheminées. Le nombre de cas d'acquisition nosocomiale 2019-2020 est disponible jusqu'à la période 11 inclusivement. Le total des périodes 12 et 13 sera connu ultérieurement.

Définition

SARM : Staphylococcus aureus résistant à la mécilline
 ERV : Entérocoques résistants à la vancomycine
 EPC : Entérobactéries productrices de carbapénèmes

Taux de conformité de l'hygiène des mains 2019-2020

Concernant la pratique de l'hygiène des mains, une collaboration entre la DQEPE et l'équipe de PCI est en place, afin d'assurer le suivi du taux de conformité de l'hygiène des mains.

Soins de longue durée (CHSLD)

	Nombre opportunités	Taux de conformité		Taux de conformité		Taux de conformité	
		AVANT LE CONTACT		APRÈS LE CONTACT		GLOBAL	
		Nb	% conforme	Nb	% conforme	Nb	% conforme
Résultats CISSS 2019-2020	555	135	59 %	273	83 %	408	74 %
Comparatif 2018-2019	679	135	43 %	282	77 %	417	61 %

Soins de courte durée (Hôpital)

	Nombre opportunités	Taux de conformité		Taux de conformité		Taux de conformité	
		AVANT LE CONTACT		APRÈS LE CONTACT		GLOBAL	
		Nb	% conforme	Nb	% conforme	Nb	% conforme
Résultats CISSS 2019-2020	765	167	52 %	354	80 %	521	68 %
Comparatif 2018-2019	685	114	46 %	330	75 %	444	65 %

Les hôpitaux de la région ont atteint un taux de 68 % en 2019-2020; l'objectif à atteindre était de 80 %.

Les taux d'observance ont connu une amélioration, passant de 61 % à 74 % pour les CHSLD et de 65 % à 68 % pour les hôpitaux.

**Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers
(art. 1181. LSSSS)**

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

Nombre d'usagers				
MISSION	Mesures de contrôle			Total général
	Contention	Isolement	Isolement et contention	
Chirurgie	1	12		13
Pédiatrie	1	3		4
Chirurgie-Pédiatrie		9		9
Jeunes en difficulté	1	8	2	11
Longue durée	147	3		150
Médecine	4	3		7
Réadaptation	5	5	1	11
Santé mentale	1	38	6	45
Soins intensifs	26	4		30
Urgence	6	53	4	63
Total général	192	138	13	343

Durée moyenne d'isolement (en heure)	29,02
---	-------

Les 3 principales raisons d'utilisation de l'isolement	Nombre total
(02) Risque d'agression physique	21
(05) Risque suicidaire	19
(07) Agitation verbale et motrice/hyperactivité	12

Les 3 principales raisons de contention	Nombre total
(10) Risque de chute	109
(11) Administration ou maintien d'un traitement	14
(14) Autres - précisez	13

Le Protecteur du citoyen

Pendant l'année 2019-2020, le comité de vigilance et de la qualité a été saisi de deux rapports d'intervention du Protecteur du citoyen.

- ♦ Un rapport concernait le bris de services en juillet 2019 de l'unité de soins intensifs de l'Hôpital de Maria.
- ♦ Un rapport concernait une ressource intermédiaire pour les motifs de plaintes suivants :
 - L'attitude de la coordonnatrice de la ressource intermédiaire;
 - La tenue du dossier.

Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations :

Au terme des enquêtes réalisées pour ces deux dossiers, aucune recommandation n'a été émise.

Le coroner

Conformément à son mandat, le comité de vigilance et de la qualité a assuré son rôle de vigie à l'égard des recommandations adressées à l'établissement. Au cours de l'année 2019-2020, deux rapports d'investigation du coroner ont été portés à la connaissance du comité.

Dossier # 1

À la suite du décès d'une personne par asphyxie, dans un CHSLD de Montréal, suite à une compression thoracique, le coroner a adressé une recommandation aux MSSS qui visait tous les CISSS, soit de :

- ♦ Répertorier si des fauteuils à assise surbaissée étaient utilisés par un résident dans nos installations ou s'il s'en trouvait dans la flotte d'équipements en inventaires.
- ♦ S'assurer que ces fauteuils soient retirés afin d'en fixer l'assise pour la sécuriser, et ce, avant qu'ils soient retournés sur les unités.

Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations :

- ♦ Les fauteuils utilisés en CHSLD, en ressources intermédiaires, en ressources privées pour aînés et en soutien à domicile ont fait l'objet d'une vérification et les ergothérapeutes ont été informés de la situation et de la vigilance à apporter. Notons que ce type de fauteuil est très peu présent dans nos installations. Ainsi, nous avons répertorié 3 fauteuils de ce type. Ils ont tous été réparés.

Dossier # 2

L'autre dossier concernait une mort par suicide et ne comportait aucune recommandation.

Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission

La législation

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

Article 4 de cette loi :

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

Article 7 de cette loi :

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

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

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

Les types de garde

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

Garde préventive :

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

Garde provisoire :

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

Garde en établissement :

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

Portrait des personnes mises sous garde dans les installations du CISSS de la Gaspésie du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020					
	Mission CH	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission CR	Total Établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	112	0			112
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	39	Sans objet	Sans objet	Sans objet	39
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	21				21
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	12	Sans objet	Sans objet	Sans objet	12
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)	10				10

L'examen des plaintes et la promotion des droits

Communication

La Commissaire aux plaintes et à la qualité des services peut être jointe :

- ♦ Par téléphone : 1 418 368-2349, poste 5340
- ♦ Par courriel : plaintes.ciassgaspesie@ssss.gouv.qc.ca
- ♦ Par écrit :
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
CISSS de la Gaspésie
1384, boulevard Haldimand
Gaspé (Québec) G4X 2K1

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 :
 - De la 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.

Faits saillants

- ♦ Participation à certaines rencontres des comités des usagers et du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes Gaspésie-Les-Îles (CAAP-GIM);
- ♦ Distribution des formulaires en nombre suffisants aux services du CISSS.

Comité de vigilance et de la qualité

- ♦ Présentation, à chaque rencontre du comité de vigilance et de la qualité, du rapport portant sur les plaintes et le suivi des recommandations transmises aux directions :
 - 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.

En 2019-2020, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services a été à l'origine de 123 mesures d'amélioration de la qualité des services. Voici donc un aperçu des thématiques abordées, *par ordre d'importance* :

- ♦ Les soins et services dispensés (42 recommandations);
- ♦ L'organisation du milieu et les ressources matérielles (19 recommandations);
- ♦ Les relations interpersonnelles (19 recommandations);
- ♦ Les droits particuliers (17 recommandations);
- ♦ L'accessibilité aux soins et services (12 recommandations);
- ♦ L'aspect financier (12 recommandations);
- ♦ Les autres thématiques (2 recommandations).

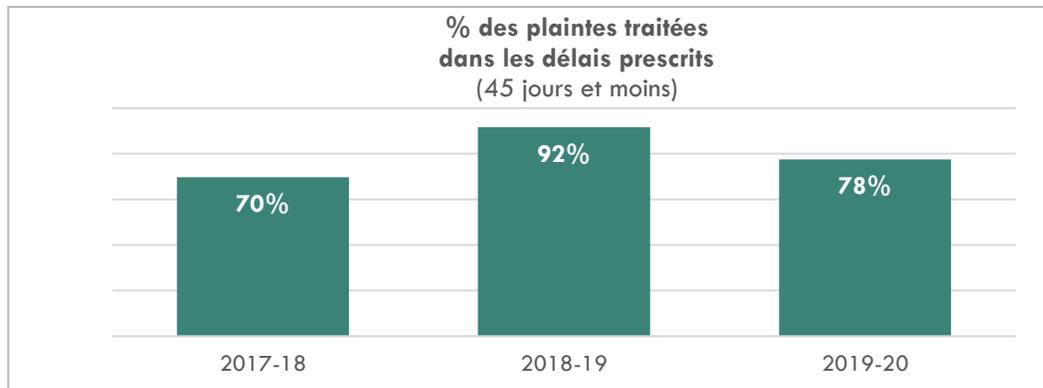
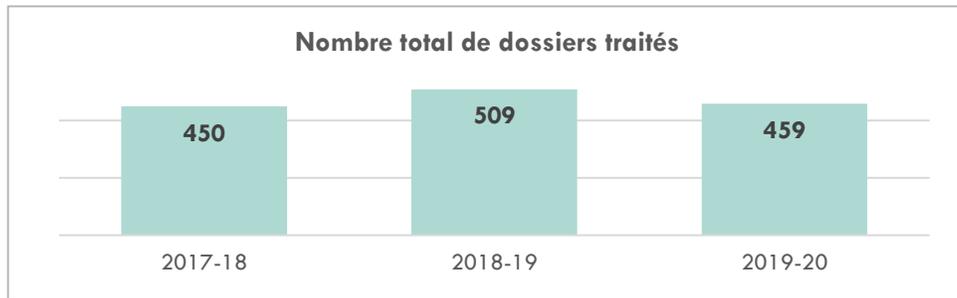
Voici les mesures mises en place par l'établissement, afin de donner suite aux recommandations émises en cours d'année :

- ♦ Évaluation et adaptation du processus de congé relativement à la coordination des services ambulatoires à la suite du congé d'un usager dans l'optique d'assurer un départ sécuritaire.
- ♦ Implantation d'un nouveau processus de gestion du personnel infirmier de la liste de rappel dans le but de mieux planifier les besoins opérationnels.
- ♦ Formation dispensée au personnel de soutien travaillant à l'accueil pour les outiller dans la gestion de situations particulières.
- ♦ Remboursement de frais de déplacement en conformité avec la Politique de déplacement des usagers.
- ♦ Diffusion, à titre de rappel, à tous les médecins référents du CISSS des corridors de service existants en lien avec une bonne application de la Politique de déplacement des usagers.
- ♦ Accroissement du niveau de surveillance des résidents d'une ressource intermédiaire.
- ♦ Formation dispensée au personnel de rétention-traitement-signalement de la protection de la jeunesse.
- ♦ Rencontres disciplinaires avec certains employés dans certains cas de fautes professionnelles.
- ♦ Élaboration d'un atelier de simulation pour le personnel médical et infirmier, en lien avec l'approche en soins critiques à l'urgence, lequel inclut une consolidation du processus de référence pour les victimes d'un traumatisme crânio-cérébral (TCC).
- ♦ Ajustement des feuilles de travail des préposés aux bénéficiaires afin de fournir plus de précisions sur les soins à dispenser.
- ♦ Audits de dossiers électroniques pour s'assurer du respect des normes dans un programme.
- ♦ Compréhension et application du Programme de prévention des chutes par le personnel infirmier.
- ♦ Audits de l'application du Programme de prévention des chutes sur des unités de courte durée.
- ♦ Procédure d'urgence sociale et resserrement des mesures pour assurer la confidentialité de tous les appels.
- ♦ Rencontres de sensibilisation auprès de différentes équipes de travail pour s'assurer du respect des normes, entre autres, en matière de plan d'intervention, et ce, dans divers programmes.

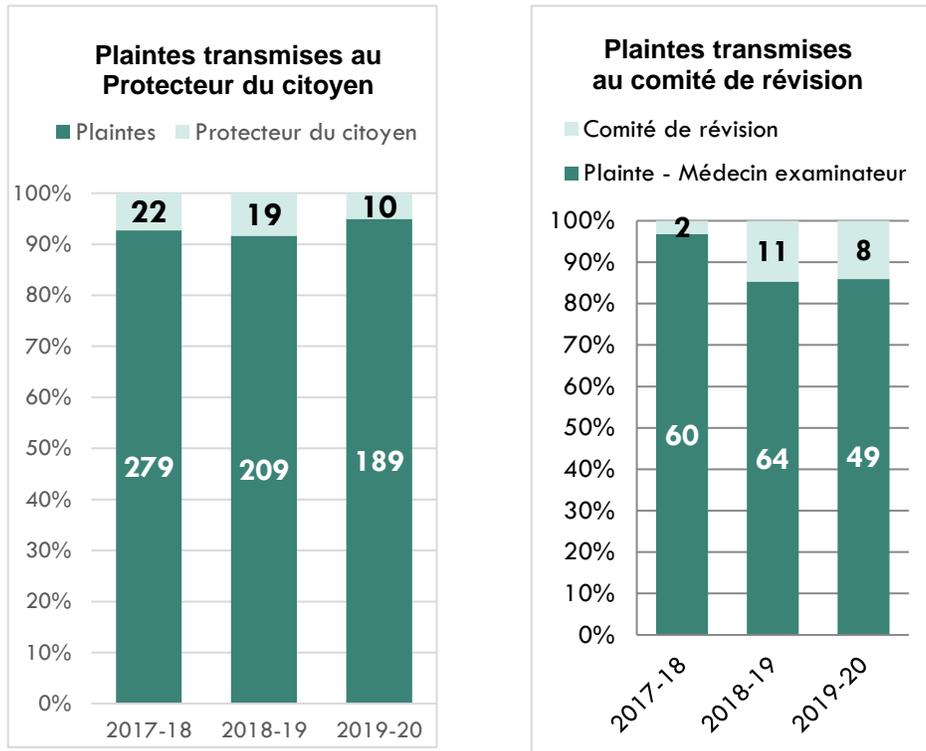
Exemples de mesures ayant été mises en place.

Motifs	Thèmes	Exemples de mesures d'amélioration mises en place
Accessibilité (12 mesures)	Absence de service ou de ressource	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Assignation d'une travailleuse sociale au dossier d'une usagère.
	Délai	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Élaboration et diffusion d'une directive qui énonce les différentes options pour l'expédition sécuritaire et en temps opportun du matériel chirurgical entre les installations du CISSS, et ce, pour une couverture 24 h/7 j (jour, soir, nuit, weekend).
Aspect financier (12 mesures)	Frais de déplacement	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Remboursement d'un déplacement hors du corridor de service, car ce déplacement a été fait sur la base d'une recommandation médicale.
	Aide financière	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Révision à la hausse du montant de l'allocation du programme Chèque emploi-service offerte sur la base de l'évaluation actuelle des besoins d'un usager.
Droits particuliers (17 mesures)	Confidentialité	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Rappel concernant le droit des usagers de porter plainte et la confidentialité associée à la procédure de plainte.
	Autre	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Indicateur permettant de s'assurer de la tenue des contacts parent-enfant conformément à ce que prévoit la Loi sur la protection de la jeunesse.
Organisation du milieu et des ressources matérielles (19 mesures)	Règles et procédures du milieu	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Évaluation de la pertinence de développer un indicateur de qualité qui suive périodiquement le respect des délais de révision des mesures comme prescrit par la loi. ♦ Mesures prévoyant que les dossiers de transfert soient complets et que des suivis adéquats de la médication soient faits lors des transferts interétablissements.
	Programmation des activités	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Diffusion du calendrier des activités extérieures réalisées dans une unité de réadaptation pour les six prochains mois.
Relations interpersonnelles (19 mesures)	Communication	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Rencontre avec l'employé à des fins administratives ou disciplinaires. ♦ Rencontre avec l'employé en question pour faire un retour constructif sur la situation survenue quant à son approche.
Soins et services dispensés (42 mesures)	Traitement /intervention	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Définition de la responsabilité du spécialiste en activités cliniques (SAC) pour ce qui est d'aider les équipes cliniques à respecter les délais de révision des plans d'intervention prescrits par la loi et de favoriser la participation de l'enfant et de ses parents pendant toute la durée de la démarche du plan d'intervention. ♦ Production d'un formulaire destiné aux usagers qui leur permette d'évaluer leur satisfaction suite à un transport (taxi, taxi adapté) à partir d'un point de service du CISSS.
	Règles et procédures	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Protocole applicable en matière de fugue d'un jeune hébergé dans une ressource (unité, ressource intermédiaire, ressource de type familial) relativement aux actions à entreprendre par le personnel lors d'un retard ou du non-retour d'un usager à la suite d'une sortie autorisée, notamment lorsque le risque de fugue est élevé.

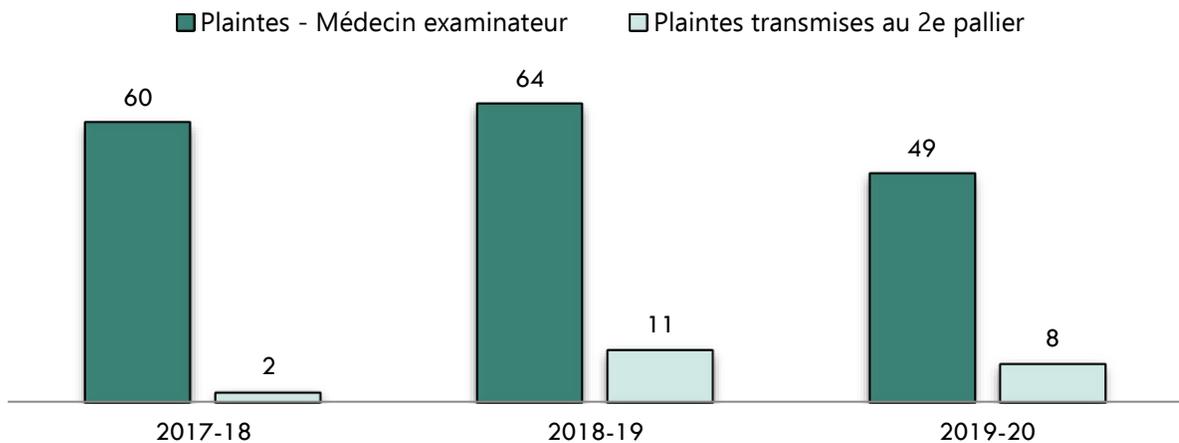
Faits saillants de l'exercice 2019-2020



Évolution du nombre de plaintes reçues par les médecins examinateurs



Évolution des plaintes reçues par le médecin examinateur



Les médecins examinateurs exercent des fonctions liées au traitement des plaintes à l'endroit des médecins, dentistes, pharmaciens ou résidents, au regard du contrôle ou de l'appréciation de la qualité des actes professionnels. Le médecin examinateur doit aussi collaborer à la recherche de solutions aux problèmes administratifs ou organisationnels soulevés par une plainte lorsque celle-ci est examinée par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Il est à noter que les plaintes transmises au deuxième pallier au cours d'un exercice constituent parfois des plaintes qui ont été déposées en première instance au courant de l'exercice précédent. Les plaintes transmises au comité de révision doivent donc être considérées comme des dossiers différents de ceux reçus par le médecin examinateur au cours d'un même exercice.

Au cours de l'exercice 2019-2020, il a été possible de constater une diminution du nombre de plaintes examinées par les médecins examinateurs.

Sommaire des plaintes selon l'étape de l'examen

TYPES DE DOSSIER	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice
Plaintes médicales	10	49	47	12

Au cours de l'année 2019-2020, quatre (4) médecins examinateurs ont traité les plaintes pour l'ensemble des installations du CISSS. Au 1^{er} avril 2019, dix (10) plaintes étaient en cours d'analyse et quarante-neuf (49) nouvelles plaintes ont été reçues entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020. Les médecins examinateurs ont analysé quarante-sept (47) plaintes durant la dernière année et il en restait douze (12) en cours d'examen au 31 mars 2020. Le poste de médecin examinateur pour le RLS de la Baie-des-Chaleurs était vacant au 1^{er} avril 2020. Des démarches sont entreprises pour combler ce poste, mais la situation n'a entraîné aucun retard de traitement, puisque les plaintes de ce réseau local de services ont toutes faites l'objet d'analyse par les autres médecins examinateurs du CISSS de la Gaspésie.

L'information et la consultation de la population

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

- ♦ Budget : 72 000 \$ (CISSS 36 000 \$ - MSSS 36 000 \$).
- ♦ La perspective du partenariat patient propose de considérer le patient comme un soignant et un membre à part entière, un partenaire de l'équipe de soins. Dans le cadre du projet du CISSS de la Gaspésie, c'est le volet de la gestion des risques et de la contribution de l'utilisateur en ce domaine qui a retenu l'attention du jury.

Raison d'être du projet

- ♦ La reconnaissance et la présence des usagers et de leurs proches, à titre de partenaires de leurs soins et de leurs services, représentent une réalité incontournable de l'évolution des approches cliniques dans le monde.
- ♦ Les études récentes démontrent que l'adoption d'une approche de partenariat avec les usagers et leurs proches a des effets positifs. Par exemple, sur le plan clinique, l'approche de partenariat favorise une plus grande sécurité des soins et des services grâce à un meilleur engagement/vigilance, une meilleure compréhension et une plus grande observance des usagers et de leurs proches de leurs traitements.
- ♦ Il est nécessaire de prendre en compte des points de vue variés (professionnels, gestionnaires, patients, usagers, proches aidants et patients-ressources) pour pouvoir identifier efficacement les interventions visant à promouvoir la sécurité des soins et des services et ainsi, diminuer la survenance d'événements indésirables.
- ♦ Le partenariat des patients et leurs proches en gestion des risques vient favoriser les améliorations de la pratique organisationnelle, créant des apprentissages qui modifient la culture de la sécurité et favorisent l'apprentissage organisationnel. Ainsi, le patient, en réfléchissant avec nous, vient remettre en question les façons de faire pour mieux orienter nos interventions vers un réel impact sur le terrain.

Objectif général du projet

Le CISSS de la Gaspésie s'engage dans une nouvelle approche visant l'amélioration continue axée sur la sécurité et favorisant une expérience patient positive.

Les objectifs sont :

- ♦ Améliorer la sécurité des patients en soutenant de manière mesurable et observable l'engagement des patients et de leurs proches dans leur épisode de soins et de services.
- ♦ Améliorer la sécurité des patients en diminuant la survenue d'événements indésirables dans l'organisation.

Description du projet :

- ♦ Améliorer la sécurité des patients et leurs proches en soutenant de manière mesurable et observable leur engagement dans leur épisode de soins et de services.
- ♦ Mettre en place un programme de formation et d'information permettant d'augmenter les connaissances des patients, des usagers et des proches aidants à la détection et la prévention des risques reliés aux erreurs de médicaments et aux chutes en milieu hospitalier et à la transition de soins.
- ♦ Mettre en place un programme de recrutement et de formation des patients-ressources au CISSS de la Gaspésie.

Visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) – 3^e CYCLE D'ÉVALUATION pour l'année 2018-2021

- ♦ Les 16 et 17 juillet 2019, les centres d'hébergement de Maria et de Matapédia ont été visités.
- ♦ Du 3 au 5 septembre 2019, les centres d'hébergement de Monseigneur-Ross et de Cap-Chat ont été visités.

Tableau des visites ministérielles de la qualité du milieu de vie en CHSLD	
CHSLD	Taux de conformité
Maria	50 % de conformité Un total de 9 recommandations reçues sur un total possible de 18 recommandations.
Matapédia	78 % de conformité Un total de 4 recommandations reçues sur un total possible de 18 recommandations.
Monseigneur-Ross	39 % de conformité Un total de 7 recommandations reçues sur un total possible de 18 recommandations.
Matapédia	44 % de conformité Un total de 8 recommandations reçues sur un total possible de 18 recommandations.
Taux de conformité global pour les 4 CHSLD – 53 % de conformité Un total de 38 recommandations reçues sur un total possible de 72 recommandations.	

Nous pouvons être fiers des services et des soins offerts dans nos CHSLD. Félicitations à tout le personnel œuvrant dans nos milieux de vie.

Audits des dossiers I-CLSC– RLS

Nous avons commencé, en juin 2019, des audits de dossiers en lien avec la confidentialité des données et le respect du cadre de référence I-CLSC dans les programmes suivants : Jeunesse, Déficience intellectuelle (DI) – Déficience physique (DP) – Trouble du spectre de l'autisme (TSA), Santé mentale, Santé publique, Soutien à l'autonomie personnes âgées (SAPA) – Soutien à domicile (SAD), Services multidisciplinaires (SM); secteur des archives médicales et de la santé courante.

	Haute-Gaspésie	Baie-des-Chaleurs	Côte-de-Gaspé	Rocher-Percé	CISSS TOTAL
Nombre de dossiers usagers audités	284	1445	214	130	2073
Nombre de dossier usagers conformes	269	1278	192	107	1846
Taux de conformité Dossiers usagers	95 %	88 %	90 %	82 %	89 %
Nombre d'utilisateurs audités	15	66	24	32	137
Nombre d'utilisateurs conformes	8	32	19	24	83
Taux de conformité Utilisateurs	53 %	48 %	79 %	75 %	61 %

Procédure mise en place
Recommandations 2020-2021

- ♦ Continuer les travaux d'intégration du Kaizen tenu en 2019 – Formation d'un groupe expert en gestion des statistiques.
- ♦ Tenir les audits à partir du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021.
- ♦ Procédure pour les suivis des dossiers non conformes :
 - Envoi d'un courriel au gestionnaire responsable du programme évalué par le pilote I-CLSC et copie conforme au directeur du programme;
 - Évaluation du dossier par le gestionnaire et envoi des recommandations au directeur;
 - Suivi des utilisateurs non conformes après évaluation par le directeur;
 - Transmission des rapports finaux à la DQEPE;
 - Tableau de bord de gestion au comité de direction.

6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

Les soins de fin de vie au CISSS de la Gaspésie font partie prenante de l'offre de service à la clientèle du territoire gaspésien. Des intervenants sur tous les réseaux locaux de services sont en mesure de porter assistance à leur pair dans l'actualisation des processus clinico-administratifs entourant ces soins. Que l'on parle de sédation palliative ou d'aide médicale, ces soins sont dispensés selon les modalités d'encadrement légales soumises par la Loi sur les soins de fin de vie.

Le tableau suivant inclut les données sur les soins de fin de vie au CISSS de la Gaspésie pour la période visée suivante :

Données sur les soins de fin de vie au CISSS de la Gaspésie pour la période du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020

Activité	Information demandée	Nombre
Sédation palliative	Nombre de sédations palliatives continues administrées	11
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	10
	Nombres d'aides médicales à mourir administrées	10
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	0

7. LES RESSOURCES HUMAINES

Les ressources humaines de l'établissement public

Nombre de personnes occupant un emploi dans l'établissement au 31 mars et nombre d'équivalents temps complet

	Nombre d'emplois au 31 mars 2019	Nombre d'ETC en 2018-2019
1 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	984	834
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	846	698
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	447	397
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	770	655
5 - Personnel non visé par la loi 30	21	19
6 - Personnel d'encadrement	118	109
Total	3 186	2 712

Nombre d'emplois = Nombre d'emplois occupés dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant au moins une heure, rémunérée ou non, dans les trois mois suivant la fin de l'année financière. Les personnes qui, au 31 mars, occupent un emploi dans plus d'un établissement sont comptabilisées pour chacun de ces emplois.

Nombre d'équivalents temps complet (ETC) = L'équivalent temps complet permet d'estimer le nombre de personnes qui aurait été nécessaire pour effectuer la même charge de travail, à l'exclusion des heures supplémentaires payées, si tous avaient travaillé à temps complet. C'est le rapport entre le nombre d'heures rémunérées, ce qui inclut les jours de vacances, les jours fériés et autres congés rémunérés, ainsi que les heures supplémentaires prises en congé compensé, et le nombre d'heures du poste pour une année, lequel tient compte du nombre de jours ouvrables dans l'année.

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

11045242 - CISSS de la Gaspésie	Comparaison sur 364 jours pour avril à mars		
	2019-03-31 au 2020-03-28		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées
1 - Personnel d'encadrement	203 436	1 231	204 668
2 - Personnel professionnel	666 012	5 134	671 146
3 - Personnel infirmier	1 479 347	108 816	1 588 163
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2 235 507	98 101	2 333 608
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	491 306	17 992	509 298
6 - Étudiants et stagiaires	7 069	124	7 193
Total 2019-2020	5 082 677	231 399	5 314 076
Total 2018-2019			5 289 937

Cible 2019-2020

Écart

Écart en %

5 295 984

18 092

0,3%

Note : l'écart s'explique par l'augmentation des heures rémunérées liées aux nouveaux financement du MSSS.

8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME (Non-auditées)						
Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé physique	118 463 656 \$	34%	126 115 732 \$	35%	7 652 076 \$	6%
Santé publique	6 816 073 \$	2%	8 084 622 \$	2%	1 268 549 \$	19%
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	19 856 460 \$	6%	23 844 259 \$	7%	3 987 799 \$	20%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	54 985 221 \$	16%	57 197 387 \$	16%	2 212 166 \$	4%
Déficiences physiques	9 986 898 \$	3%	11 231 006 \$	3%	1 244 108 \$	12%
Déficiences intellectuelles et TSA	16 130 925 \$	5%	17 173 176 \$	5%	1 042 251 \$	6%
Jeunes en difficulté	22 513 850 \$	7%	25 776 135 \$	7%	3 262 285 \$	14%
Dépendances	2 965 329 \$	1%	3 414 657 \$	1%	449 328 \$	15%
Santé mentale	16 347 967 \$	5%	16 791 565 \$	5%	443 598 \$	3%
Programmes-soutien						
Administration	19 322 165 \$	6%	19 944 477 \$	6%	622 312 \$	3%
Soutien aux services	26 255 477 \$	8%	28 179 067 \$	8%	1 923 590 \$	7%
Gestion des bâtiments et des équipements	21 311 665 \$	6%	22 412 337 \$	6%	1 100 672 \$	5%
Total	334 955 686 \$	100%	360 164 420 \$	100%	25 208 734 \$	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 2020, l'établissement présente un surplus de 1 219 565 \$ au niveau du fonds d'exploitation, et un surplus de 110 430 \$ 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 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique¹	18	1 482 564 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique²	83	42 115 945 \$
Total contrats de service	101	43 598 509 \$

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

Il est à noter que bien que la circulaire demande les contrats de + de 25 000 \$, nous avons inclus les plus de 10 000 \$ pour les personnes physiques.

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

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
CISSS de la Gaspésie						
Contrat de location d'immeuble conclu avec la SIQ comptabilisé à titre de contrat de location-exploitation au lieu de contrat de location-acquisition, tel que préconisé par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2014-15	R	Puisqu'il s'agit d'une directive du Ministère, la comptabilisation est toujours la même et la recommandation n'a donc pas été appliquée.			NR
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>						
Baie-des-Chaleurs						
Centre d'activité 6060						
Lors de nos tests, nous avons remarqué que certaines feuilles d'admission/départ du CHSLD de New-Carlisle n'étaient pas signées par les responsables. On nous a également informé que ces mêmes feuilles étaient parfois reçues quelques jours plus tard, alors que la politique est qu'elles doivent être transmises à l'admission avant minuit le jour même. Ainsi, cela entraîne donc des retards dans l'inscription des admissions et des départs au système. Il serait donc important que les feuilles d'admission/départ soient envoyées dans les délais demandés et qu'elles soient signées par le responsable.	2019-20	R	La situation sera corrigée en 2020-2021			NR
Centre d'activité 7062						
Lors de nos travaux d'audit, nous avons constaté que la compilation des usagers se fait de façon manuelle, ce qui n'est pas efficient, car il y a beaucoup de risques d'erreurs. (L'addition d'usagers à partir d'une liste papier. Le risque de compter en double est donc élevé)	2017-18	R	Le nouvel outil régional informatisé a été mis en place et la situation sera corrigée en 2020-2021.		PR	
Centre d'activité 7710						
Lors de nos tests d'audit, nous avons constaté qu'il arrive que les superficies inscrites sur le rapport de statistiques diffèrent de celles sur les plans de l'architecte et nous ne sommes pas en mesure d'expliquer la raison. Les statistiques ont été ajustées au fur des années en fonction des modifications apportées au bâtiments, mais les données initiales n'ont pas été revalidées depuis de nombreuses années. Ainsi, il serait important de s'assurer que les superficies que l'on trouve sur les plans sont adéquates et d'ajuster les statistiques en conséquences si nécessaire.	2019-20	R	La situation sera corrigée en 2020-2021.			NR
Rocher-Percé						
Centre d'activité 6364						
Nous avons constaté lors de notre visite que les données concernant les accouchements sont inscrites manuellement. Cela augmente donc le risque d'erreurs et il est ainsi plus difficile de tenir à jour les statistiques. Nous recommandons donc de comptabiliser les statistiques par Excel ou à l'aide d'un logiciel pour limiter les risques d'erreurs.	2019-20	R	La situation sera corrigée en 2020-2021.			NR

<u>Centre d'activité 7532</u>						
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	R	Les statistiques pour les études et les recherches sont maintenant comptabilisées. Pour ce qui est de la compilation des données manuelles, la situation sera corrigée en 2020-2021.		PR	
<u>Haute-Gaspésie</u>						
<u>Centre d'activité 6052</u>						
Lors de nos tests, nous avons constaté que les jours d'absence ne sont pas inscrits sur les feuilles d'admission/départ et donc, non comptabilisés au système. Bien qu'il arrive peut souvent que les usagers ont des jours d'absence, il est important de les comptabiliser pour ne pas fausser les statistiques.	2019-20	R	La situation sera corrigée en 2020-2021.			NR
<u>Centre d'activité 6531</u>						
Pour ce centre d'activité, il n'y a pas de notes au dossier papier ni au dossier électronique de l'utilisateur. Il a donc été difficile de vérifier que l'utilisateur avait bien reçu la visite de l'intervenant. Comme les services fournis par ce centre d'activité sont principalement des bains, la procédure est de simplement écrire une statistique au système sans avoir à inscrire une note au dossier de l'utilisateur. Il est recommandé de conserver une preuve de la visite de l'intervenant pour s'assurer que l'intervention a bien eu lieu.	2019-20	R	La situation sera corrigée en 2020-2021.			NR
<u>Côte de Gaspé</u>						
<u>Centre d'activité 7554</u>						
Lors de nos travaux d'audit, nous avons constaté que le fichier utilisé pour la comptabilisation des statistiques était détaillé en fonction d'une moyenne et non par tarification. Cela peut venir fausser les statistiques de repas. De plus, cette tarification moyenne pour les visiteurs et les employés n'a pas été revue depuis plusieurs années alors que les prix ont varié au cours des dernières années.	2018-19	R	La situation a été corrigée en 2019-2020.	R		
<u>Centre d'activité 7644 et 7801</u>						
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 Auto-CAD qui servent à la production du rapport de statistiques soient conformes.	2018-19	R	La situation a été corrigée en 2019-2020.	R		
<u>Centre d'activité 8051 et 8053</u>						
Nous avons remarqué qu'il ne semble pas toujours avoir de note au dossier de l'utilisateur suite à une intervention. Comme la note au dossier permet de valider la statistique inscrite au système, il serait important qu'une note soit inscrite au dossier du patient à chaque fois qu'une intervention a lieu.	2019-2020	R	La situation sera corrigée en 2020-2021.			NR

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant						
<u>CISSS de la Gaspésie</u>						
Avance à une employée sur la base de quarts de travail rémunérés mais non travaillés pour lui permettre de compléter un diplôme d'infirmière. Contreviens 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						
<u>Baie-des-Chaleurs</u>						
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
<u>CISSS de la Gaspésie</u>						
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	La situation sera corrigée en 2020-2021.			NR

10. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

Divulgence d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics

Il n'y a eu aucun acte répréhensible divulgué dans notre établissement au cours de l'exercice 2019-2020.

II. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

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

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 cent cinq (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 2019-2020, quatre-vingt-onze (91) organismes communautaires ont reçu du financement en appui à la mission globale. Parmi ceux-ci, neuf (9) organismes ont également reçu du financement par entente spécifique.

Rappelons que les organismes communautaires rattachés au programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées ont profité d'un budget afin d'accroître l'offre de service en 2016. À ce propos, après trois ans d'entente spécifique reliés à ce budget et conformément au cadre de financement, ces sommes ont été transférées vers la réalisation de la mission globale et ceci pour dix (10) organismes. De plus, un seul organisme communautaire autonome reçoit exclusivement du financement en entente spécifique. Par ailleurs, huit (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.

Enfin, trois (3) organismes sont reconnus, mais ne reçoivent aucun financement du PSOC. En définitive, quatre-vingt-quinze (95) organismes sont reconnus et répondent aux critères de l'action communautaire autonome œuvrant principalement en santé et services sociaux. Ceux-ci ont accès aux trois modes de financement : mission globale, entente spécifique et projet ponctuel.

Les actions réalisées pour obtenir le rapport financier et le rapport d'activité 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. 90 organismes ont remis un dossier conforme aux exigences et un organisme qui ne s'est pas conformé à la reddition de comptes. 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 3 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 pour des raisons hors de leur contrôle.

Échéanciers du programme

Relance du programme (envoi des brochures)	Novembre 2018
Réception des demandes d'aide financière	Janvier-février 2019
Préanalyse des demandes	Février 2019
Versement de la 1 ^{re} avance budgétaire	Avril 2019
Analyse complète des demandes d'aide financière	Mars 2019
Présentation du projet de répartition 2019-2020	Août 2019
Projet de répartition rehaussement 2019-2020	Octobre 2019
Analyse de la reddition de comptes	Juillet et août 2019
Demande de conformité de la reddition de comptes aux organismes en difficulté	Septembre 2019 à mars 2020
Calendrier des versements réguliers	Juillet 2019, octobre 2019 et janvier 2020

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

Répartition de l'enveloppe budgétaire 2019-2020 – PSOC à la mission globale

Programme	Nom de l'organisme	Numéro d'organisme	All. budgétaire 2018-2019	All. budgétaire 2019-2020
Dépendances (CA)	Carrefour Unité inc.	0298-4318	77 278 \$	93 338 \$
	Mi-Chemin de Gaspé inc.	0403-6620	69 559 \$	80 729 \$
Dépendances (CP)	Centre Accalmie inc.	0423-7152	141 544 \$	152 049 \$
	La Maison à Damas	0473-9777	128 349 \$	139 436 \$
	Accueil Blanche Goulet de Gaspé inc.	0539-6742	127 593 \$	137 045 \$
	Centre Émilie Gamelin	0540-8448	113 182 \$	121 685 \$
	Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts inc.	0569-4310	64 597 \$	65 760 \$
TOTAL			722 102 \$	790 042 \$

Santé publique (HB)	Nourisson-Lait Haute-Gaspésie	0685-5969	17 451 \$	31 338 \$
	Groupe d'entraide Allaitement Sein-Pathique	0652-2122	27 079 \$	42 821 \$
	Lactescense Pabos	0685-5951	12 459 \$	12 683 \$
	Regroupement d'entraide à l'allaitement maternel Supportons-lait	0717-0640	16 240 \$	33 153 \$
TOTAL			73 229 \$	119 995 \$

Santé publique (HL)	Partagence	0564-7607	52 542 \$	70 019 \$
	Carrefour-Ressources	0486-7925	155 640 \$	169 925 \$
	Source alimentaire Bonavignon	0571-3979	125 055 \$	138 624 \$
	CAB Ascension-Escuminac	0299-4580	40 122 \$	42 224 \$
	Produire la santé ensemble	0733-6886	24 877 \$	43 842 \$
	Collectif Aliment-Terre	0693-6199	89 404 \$	104 813 \$
	Cuisines collectives Îles-de-la-Madeleine	0730-2896	92 345 \$	107 683 \$
	CAB La Grande Corvée	0318-3365	35 601 \$	38 085 \$
	Table de concertation en sécurité alimentaire Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine	0730-2912	15 507 \$	22 761 \$
	Entraide communautaire des Îles	0632-7498	37 806 \$	52 377 \$
	Accueil Blanche Goulet de Gaspé inc.	0539-6742	31 956 \$	34 323 \$
TOTAL			700 855 \$	824 676 \$

Déficience intellectuelle (AD)	La Maison Maguire pour personnes handicapées	0474-1237	169 847 \$	195 862 \$
	Association des personnes handicapées du secteur l'Estran inc.	0293-7530	25 006 \$	34 295 \$
	Association de défense des droits des personnes handicapées de Gaspé inc.	0343-6896	40 974 \$	47 526 \$
	Association des handicapés Val-Rosiers	0299-4598	35 347 \$	42 668 \$
	Centre pour handicapés La Joie de Vivre de Chandler inc.	0316-5313	100 618 \$	106 548 \$

Programme	Nom de l'organisme	Numéro d'organisme	All. budgétaire 2018-2019	All. budgétaire 2019-2020
	AHMI Association pour personnes handicapées de Murdochville inc.	0400-8678		0 \$
	Association La Croisée	0658-0179	84 121 \$	90 364 \$
	APHAC (Association des personnes handicapées Action Chaleurs)	0636-0853	93 144 \$	105 111 \$
	Association des personnes handicapées des Îles	0628-1455	135 731 \$	163 822 \$
	Autisme de l'Est du Québec	0659-3818	49 964 \$	69 558 \$
TOTAL			734 752 \$	855 754 \$

Déficience Physique (BC)	La Maison Maguire pour personnes handicapées inc.	0474-1237	40 435 \$	45 875 \$
	Association des personnes handicapées du secteur l'Estran inc.	0293-7530	5 998 \$	7 613 \$
	Association de défense des droits des personnes handicapées de Gaspé inc.	0343-6896	9 552 \$	10 885 \$
	Association des handicapés Val-Rosiers inc.	0299-4598	6 780 \$	7 957 \$
	Centre pour handicapés La Joie de Vivre de Chandler inc.	0316-5313	18 753 \$	20 843 \$
	AHMI Association pour personnes handicapées de Murdochville inc.	0400-8678	5 329 \$	16 376 \$
	Association La Croisée	0658-0179	19 484 \$	22 094 \$
	APHAC (Association des personnes handicapées Action Chaleurs)	0636-0853	19 369 \$	21 614 \$
	Association des personnes handicapées des Îles	0628-1455	18 461 \$	21 684 \$
	Troubles du Langage de l'Est	0530-7590	17 442 \$	29 000 \$
	Association des personnes handicapées visuelles-GIM	0575-7083	89 538 \$	107 735 \$
	Association des TCC et ACV de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine	0608-6268	150 450 \$	166 516 \$
TOTAL			401 591 \$	478 192 \$

Services généraux (IH)	Centre de bénévolat Saint-Alphonse-Nouvelle inc.	0299-4515	35 960 \$	37 790 \$
	CAB Les Hauts-Bois inc.	0357-7152	53 928 \$	58 573 \$
	CAB des Chic-Chocs inc.	0363-0399	44 673 \$	47 061 \$
	CAB Gascons-Percé inc.	0389-3013	54 246 \$	56 876 \$
	CAB Saint-Siméon-Port-Daniel	0403-8386	39 784 \$	41 852 \$
	CAB La Grande Corvée	0318-3365	41 318 \$	44 201 \$
	CAB Le Hauban inc.	0423-9802	27 573 \$	29 009 \$
	CAB Ascension-Escuminac	0299-4580	69 518 \$	73 159 \$
	CAB des Îles-de-la-Madeleine	0466-8125	34 989 \$	37 697 \$
Services généraux (II)	LGBT Baie-des-Chaleurs	0732-2910	22 679 \$	38 963 \$
Services généraux (IQ)	Regroupement des organismes communautaires GIM	0577-4542	164 075 \$	177 891 \$

Programme	Nom de l'organisme	Numéro d'organisme	All. budgétaire 2018-2019	All. budgétaire 2019-2020
Services généraux (IS)	Maison Blanche Morin	0378-3560	612 449 \$	630 448 \$
	Le Centre Louise-Amélie inc.	0411-9020	718 869 \$	738 784 \$
	Maison d'aide et d'hébergement L'Aid'Elle inc.	0445-0664	684 849 \$	704 151 \$
	La Maison d'aide et d'hébergement L'Accalmie	0473-8894	531 704 \$	560 837 \$
	Maison d'aide et d'hébergement L'Émergence inc.	0505-4796	684 849 \$	704 151 \$
Services généraux (IX)	Convergence	0731-9569	207 081 \$	323 655 \$
	Homme et gars	0732-0419	113 574 \$	205 618 \$
Services généraux (IV)	CALACS L'Espoir des Îles	0671-0289	162 263 \$	173 771 \$
	CALACS La Bôme-Gaspésie	0579-4417	363 919 \$	377 445 \$
Services généraux (IT)	Regroupement des femmes de Gaspé inc.	0298-4425	198 120 \$	208 661 \$
	Regroupement des femmes La Sentin'Elle inc.	0336-1433	208 769 \$	219 502 \$
	Centr'Elles - Comité d'action des femmes d'Avignon inc.	0463-1644	198 226 \$	208 769 \$
	Femmes en mouvement inc.	0445-2694	198 329 \$	208 874 \$
	Femmes Entr'Elles	0619-0631	198 115 \$	208 656 \$
TOTAL			5 669 859 \$	6 116 394 \$

Perte d'autonomie liée au vieillissement (EJ)	Société Alzheimer GIM	0649-0759	185 290 \$	244 049 \$
Perte d'autonomie liée au vieillissement (ER)	Centre d'action bénévole Saint- Alphonse-Nouvelle inc.	0299-4515	166 360 \$	177 973 \$
	Centre d'action bénévole Les Hauts- Bois inc.	0357-7152	33 421 \$	45 656 \$
	Centre d'action bénévole des Chic- Chocs inc.	0363-0399	142 375 \$	153 156 \$
	Centre d'action bénévole Gascons- Percé inc.	0389-3013	164 889 \$	176 005 \$
	Centre d'action bénévole Saint- Siméon-Port-Daniel	0403-8386	155 788 \$	167 042 \$
	Centre d'action bénévole La Grande Corvée	0318-3365	48 190 \$	54 877 \$
	Centre d'action bénévole Le Hauban inc.	0423-9802	167 374 \$	179 249 \$
	Centre d'action bénévole Ascension- Escuminac	0299-4580	83 565 \$	91 101 \$
	Centre d'action bénévole des Îles-de- la-Madeleine	0466-8125	130 531 \$	144 244 \$
TOTAL			1 277 783 \$	1 433 352 \$

Programme	Nom de l'organisme	Numéro d'organisme	All. budgétaire 2018-2019	All. budgétaire 2019-2020
Santé physique (GK)	Épilepsie Gaspésie-Sud	0448-5371	75 806 \$	86 345 \$
	Groupe d'entraide Fibromyalgie et douleurs chroniques	0733-6878	24 395 \$	40 462 \$
	Organisme gaspésien des personnes atteintes de cancer	0476-8651	116 765 \$	138 417 \$
TOTAL			216 966 \$	265 224 \$

Jeunes en difficulté (D1)	Maison des jeunes de Gaspé	0363-7139	88 015 \$	99 435 \$
	Maison des jeunes des Îles-de-la-Madeleine	0363-7147	95 196 \$	105 877 \$
	Maison des jeunes de Saint-Alphonse inc.	0367-7747	88 015 \$	99 435 \$
	Maison des jeunes de Sainte-Anne-des-Monts	0339-2461	88 015 \$	99 435 \$
	Maison des jeunes de Chandler	0352-7082	88 015 \$	99 435 \$
	Maison des jeunes Le Trèfle	0385-8818	88 015 \$	99 435 \$
	Maison des jeunes de New-Richmond	0385-8800	88 015 \$	99 435 \$
	Maison des jeunes de Grande-Rivière	0389-7329	88 015 \$	99 435 \$
	Maison des jeunes de Rivière-au-Renard	0402-5912	88 015 \$	99 435 \$
	Maison des jeunes de Saint-François-d'Assise	0423-7293	81 233 \$	91 124 \$
	Maison des jeunes de Bonaventure	0564-7573	53 333 \$	66 197 \$
	Maison des jeunes de l'Île-du-Havre-Aubert	0564-7565	67 953 \$	79 343 \$
	Maison des jeunes de l'Est des Îles	0564-7581	52 194 \$	65 285 \$
	Maison des jeunes de Caplan	0608-4602	71 125 \$	82 075 \$
	Maison des jeunes de Pointe-à-la-Croix	0654-2146	60 771 \$	72 900 \$
	L'Oasis-jeunesse de l'Estran	0570-0307	60 771 \$	72 900 \$
	L'Entre-Temps - Maison des jeunes de Cap-Chat inc.	0608-4628	60 771 \$	72 900 \$
	Maison des jeunes de Gascons inc.	0648-7573	60 755 \$	72 884 \$
	Maison des jeunes de Murdochville inc.	0652-5836	60 771 \$	72 900 \$
	Maison des jeunes de Saint-Elzéar	0637-8038	60 739 \$	72 867 \$
Maison des jeunes de Carleton	0636-0770	60 739 \$	72 867 \$	
Maison des jeunes du Grand Paspébiac	0636-0796	60 738 \$	61 831 \$	
TOTAL			1 611 209 \$	1 857 430 \$

Jeunes en difficulté (D2)	Enfantaisie	0653-7807	60 943 \$	77 950 \$
	Espace Gaspésie	0639-0090	210 456 \$	230 442 \$
TOTAL			271 399 \$	308 392 \$

Programme	Nom de l'organisme	Numéro d'organisme	All. budgétaire 2018-2019	All. budgétaire 2019-2020
Santé mentale (FG)	Association d'entraide pour la santé mentale en Gaspésie	0425-3928	139 015 \$	151 718 \$
	Nouveau Regard, Association de parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale de la Gaspésie	0571-2328	185 034 \$	205 432 \$
	Centre de ressourcement, de réinsertion et d'intervention (CRRI)	0571-2310	131 282 \$	144 466 \$
	Centre communautaire l'Éclaircie des Îles	0571-2302	184 680 \$	199 866 \$
	Droits et recours en santé mentale Gaspésie/Les Îles	0571-2211	208 882 \$	222 773 \$
	Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts	0569-4310	343 139 \$	349 316 \$
	Centre Émilie-Gamelin	0540-8448	351 980 \$	375 054 \$
	Centre Accalmie inc.	0423-7152	317 637 \$	338 723 \$
	Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale	0617-1409	9 817 \$	20 796 \$
	La Maison à Damas	0473-9777	209 913 \$	226 048 \$
	Accueil Blanche Goulet de Gaspé	0539-6742	233 676 \$	250 986 \$
TOTAL			2 315 055 \$	2 485 178 \$

TOTAL MISSION GLOBALE	13 994 800 \$	15 534 629 \$
------------------------------	----------------------	----------------------

Répartition de l'enveloppe budgétaire – Ententes spécifiques

PROGRAMME	Nom de l'organisme	Subvention 2018-2019	Subvention 2019-2020
Santé publique (HB)	Maison de la famille Parenfant Gaspé	13 965 \$	14 216 \$
	Halte-parents de la Vallée	13 965 \$	14 216 \$
	Maison de la famille -MRC Bonaventure inc.	5 448 \$	5 546 \$
	Carrefour Ressources	5 448 \$	5 546 \$
	Organisme communautaire famille l'Embellie	5 448 \$	5 546 \$
	La maison de la famille Contre vents et marées	5 448 \$	5 546 \$
	Family Ties Carrefour famille New Carlisle	29 569 \$	30 101 \$
Santé publique (HL)	La Maison de la famille Contre vents et marées	39 700 \$	40 415 \$
	Family Ties Carrefour famille New Carlisle	26 899 \$	27 383 \$
Déficience physique (BC)	Ressource d'aide aux personnes handicapées	15 503 \$	15 782 \$
Jeunes en difficulté (DZ)	Justice alternative Gaspésie Sud/Equijustice Gaspésie	142 851 \$	145 422 \$
	Organisme de justice alternative jeunesse Gaspésie-Nord	155 384 \$	158 181 \$
Santé mentale (FG)	Centre de ressourcement, de réinsertion et d'intervention (CRR)	20 928 \$	21 305 \$
	Centre Émilie Gamelin	40 693 \$	41 425 \$
SAPA (EJ)	Société Alzheimer GIM	39 019 \$	0 \$
SAPA (ER)	Centre d'action bénévole Saint-Alphonse-Nouvelle inc.	2 777 \$	0 \$
	Centre d'action bénévole Les Hauts-Bois inc.	8 185 \$	0 \$
	Centre d'action bénévole des Chic-Chocs inc.	2 777 \$	0 \$
	Centre d'action bénévole Gascons-Percé inc.	2 777 \$	0 \$
	Centre d'action bénévole Saint-Siméon-Port-Daniel	2 777 \$	0 \$
	Centre d'action bénévole La Grande Corvée	2 777 \$	0 \$
	Centre d'action bénévole Le Hauban inc.	2 777 \$	0 \$
	Centre d'action bénévole Ascension-Escuminac	2 777 \$	0 \$
	Centre d'action bénévole des Îles-de-la-Madeleine	2 777 \$	0 \$
Santé physique (GK)	OGPAC	28 739 \$	29 256 \$
Service généraux (IH) Transport accompagnement 64 ans et moins	CAB Ascension-Escuminac	5 360 \$	5 456 \$
	CAB Saint-Alphonse - Nouvelle	38 492 \$	36 182 \$
	CAB St-Siméon-Port-Daniel	18 018 \$	21 021 \$
	CAB La Grande Corvée	10 518 \$	7 799 \$
	CAB des Chic-Chocs inc.	19 407 \$	22 989 \$
Déficience intellectuelle (AD)	Association des personnes handicapées du secteur l'Estran inc.	450 \$	
	Association des handicapés Val-Rosiers inc.	450 \$	
TOTAL ENTENTES SPÉCIFIQUES		712 103 \$	653 333 \$

Le Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) 2020-2023

Le *Plan stratégique du MSSS 2019-2023* 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 trois prochaines années.

Ce plan correspond aux grandes priorités gouvernementales, notamment celle d'agir sur l'amélioration de l'accès aux services de première ligne et aux services spécialisés. Ce plan tient compte des besoins des personnes qui sont aux prises avec des problèmes complexes et qui doivent avoir un meilleur accès aux services dont ils ont besoin, en temps opportun. Ce plan prévoit des mesures pour favoriser la prévention des maladies évitables et les saines habitudes de vie essentielles pour une population en santé.

Le ministère et son réseau seront confrontés à quatre (4) grands enjeux dans la réponse qu'ils apporteront aux besoins de la population québécoise au cours de la période 2019-2023. De chaque enjeu découle une orientation, des objectifs et des indicateurs. Au total, ce sont quatorze (14) objectifs qui doivent être atteints dans le cadre de cette planification.

Enjeu 1 : Le bon service, au bon moment, offert par la bonne personne

Orientation : Améliorer l'accès aux professionnels et aux services

Les objectifs : Offrir un accès plus rapide aux services de première ligne

Diminuer le temps d'attente à l'urgence

Améliorer l'accès aux services de santé mentale

Améliorer l'accès aux services en dépendance

Améliorer l'accès aux services spécialisés

Améliorer l'accès aux services pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme

Augmenter les services de soutien à domicile

Améliorer l'accès aux services destinés aux enfants, aux jeunes et à leurs familles

Enjeu 2 : Des citoyens en santé

Orientation : Favoriser la prévention et les saines habitudes de vie

Les objectifs : Augmenter la vaccination contre l'influenza chez les personnes ayant une maladie chronique

Améliorer les habitudes de vie de la population

Enjeu 3 : Le plein potentiel du personnel

Orientation : Prendre soin du personnel du réseau

Les objectifs : Améliorer la disponibilité du personnel

Enjeu 4 : Une organisation moderne et mieux adaptée aux besoins des citoyens

Orientation : Moderniser le réseau et ses approches

Les objectifs : Améliorer la satisfaction de la population à l'égard des soins et services

Déployer des approches adaptées et intégrées aux besoins de la population

Favoriser la mise en place de services numériques de santé au sein du réseau

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.

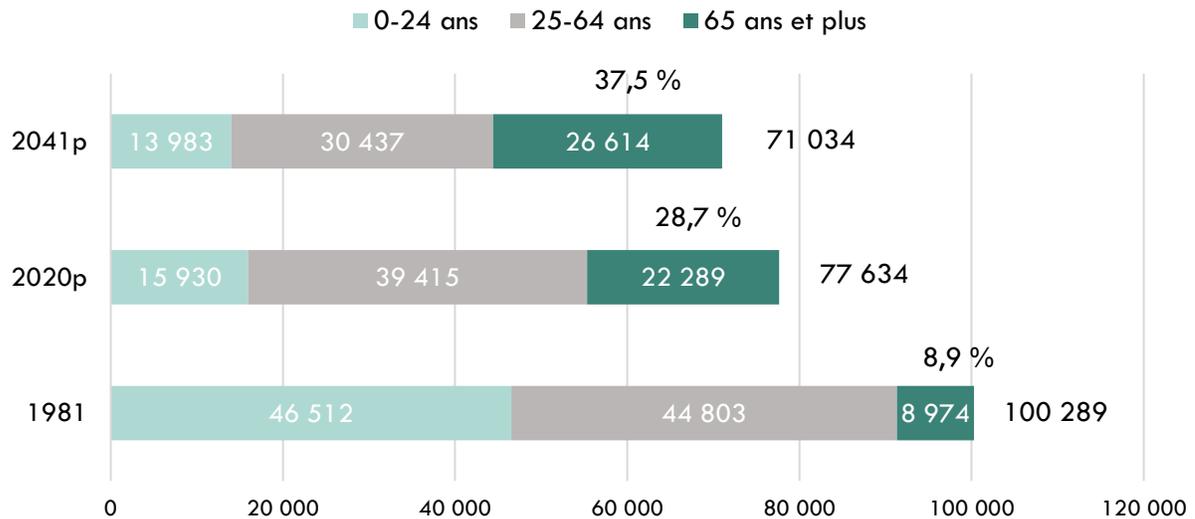
Les déterminants de la santé

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 77 634 en 2020, selon les dernières projections de population, soit une perte de 23 %. Et toujours selon les projections, une décroissance est encore à prévoir au cours des 20 prochaines années, puisque la population gaspésienne devrait s'établir à 71 034 en 2041 (figure 1).

Parallèlement à ce déclin démographique, la population vieillit. En 1981, les aînés représentaient 8,9 % de la population de la Gaspésie, une proportion qu'on estime à 29 % en 2020, et qui devrait se situer 38 % en 2041 (figure 1). La population québécoise voit aussi sa proportion de personnes de 65 ans et plus augmenter, mais à un rythme moins élevé : de 8,8 % en 1981, la proportion d'aînés est estimée à 20 % en 2020 et devrait s'établir à 26 % en 2041 selon les projections (résultats du Québec non illustrés).

Figure 1 : Nombre d'habitants par grands groupes d'âge et proportion d'aînés, Gaspésie, 1981, 2020, 2041p



p : projection

Sources : 1981 : 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. 2020 et 2041 : Institut de la statistique du Québec, projection de population des MRC selon le scénario de référence, 17 avril 2019.

Les conditions sociales

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

Tableau 1 : Indicateurs économiques, Gaspésie et Québec

Indicateur	Gaspésie	Québec
Aucun certificat, diplôme ou grade (2016)	22,6 %	13,3 %
Certificat, grade ou diplôme universitaire (2016)	12,7 %	25,5 %
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 2019)	8,1 %	5,5 %
Revenu annuel disponible par habitant (2017)	26 194 \$	28 785 \$
Satisfaction de la population de 15 ans et plus concernant sa vie sociale (2014-2015)	55,5 %	47,3 %
Personnes de 12 ans et plus avec un niveau très élevé de soutien social (2014-2015)	54,2 %	43,7 %

Les habitudes de vie, comportements et poids corporels

Tableau 2 : Habitudes de vie, comportements et poids corporels

Indicateur	Gaspésie	Québec
Fumeurs (15 ans et plus) (2014-2015)	22,9 %	19,4 %
Sédentaires dans les loisirs et les déplacements (2014-2015)	34,1 %	29,7 %
Consommateurs de boissons sucrées tous les jours (2014-2015)	23,3 %	19,1 %
Excès de poids – Obésité (15 ans et plus) (2014-2015)	22,1 %	18,8 %
Excès de poids – Embonpoint (15 ans et plus) (2014-2015)	38,7 %	34,9 %

Les recours aux services préventifs

Tableau 3 : Services préventifs

Indicateur	Gaspésie	Québec
Fumeurs (15 ans et plus) (2014-2015)	22,9 %	19,4 %
Sédentaires dans les loisirs et les déplacements (2014-2015)	34,1 %	29,7 %
Consommateurs de boissons sucrées tous les jours (2014-2015)	23,3 %	19,1 %
Excès de poids – Obésité (15 ans et plus) (2014-2015)	22,1 %	18,8 %
Excès de poids – Embonpoint (15 ans et plus) (2014-2015)	38,7 %	34,9 %

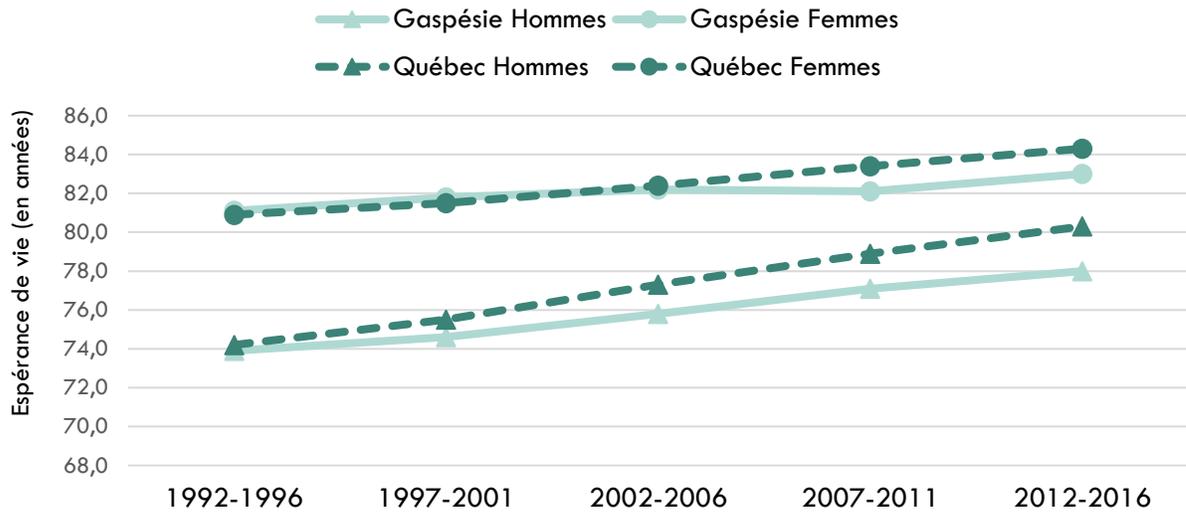
Tableau 4 : Indicateurs du recours aux services préventifs, Gaspésie et Québec

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 (2017 et 2018)	56,7 %	59,0 %

Programme québécois dépistage du cancer du sein (PQDCS)

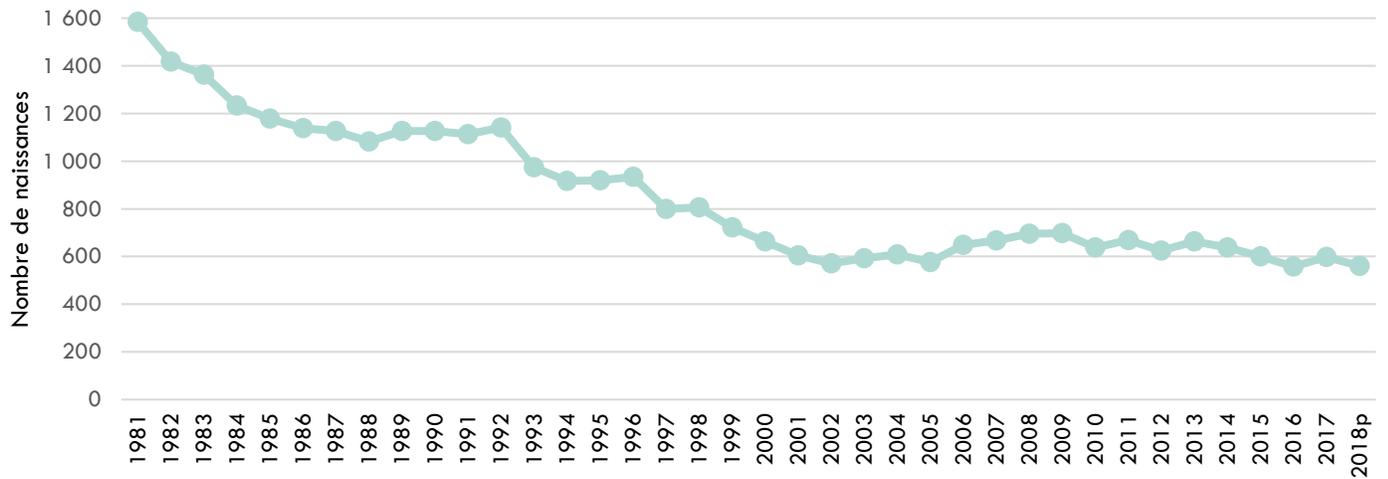
L'état de santé de la population

Figure 2 : Espérance de vie à la naissance



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

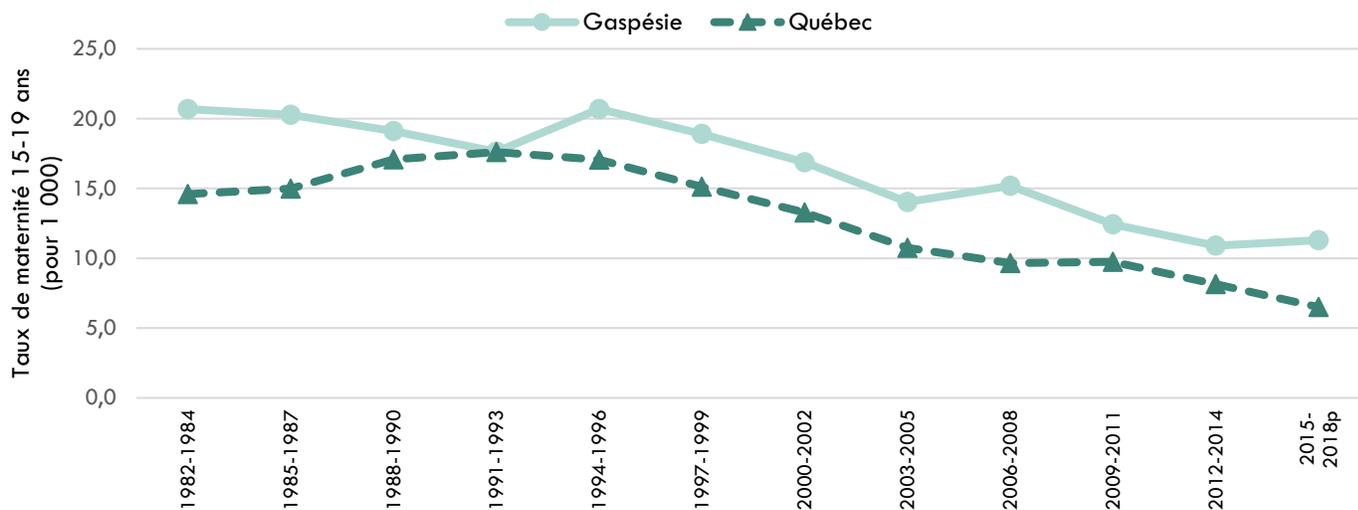
Figure 3 : Nombre annuel de naissances, Gaspésie, 1981 à 2018



P : Donnée provisoire

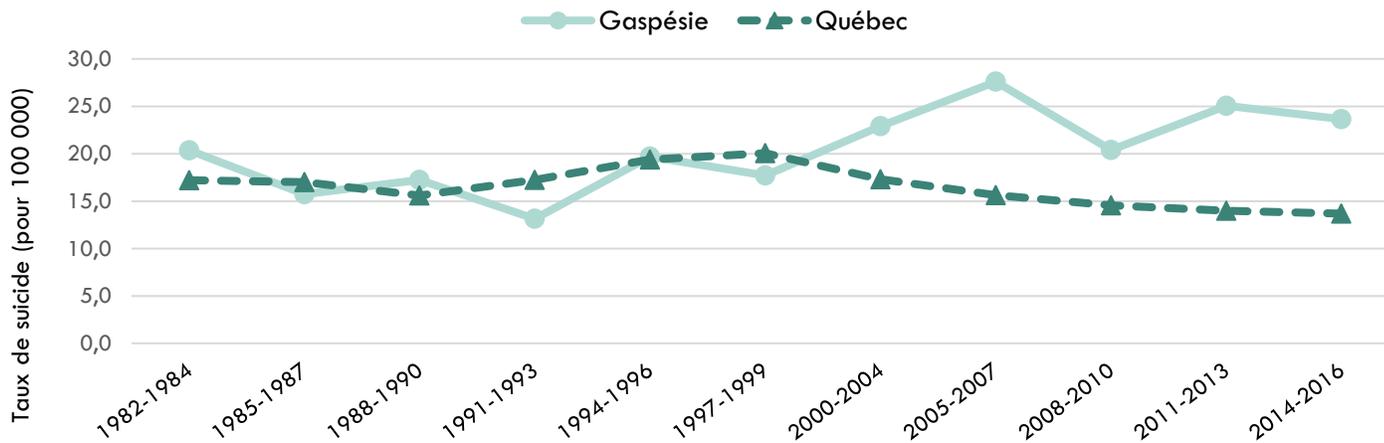
Source : MSSS, Fichier des naissances, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Figure 4 : Taux de maternité à l'adolescence (15-19 ans), Gaspésie et Québec, 1982-1984 à 2015-2018p



p : donnée 2018 provisoire.
 Source : MSSS, Fichier des naissances, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Figure 5 : Taux annuel moyen de décès par suicide (pour 100 000), Gaspésie et Québec, 1982-1984 à 2014-2016



Source : MSSS, Fichier des décès.

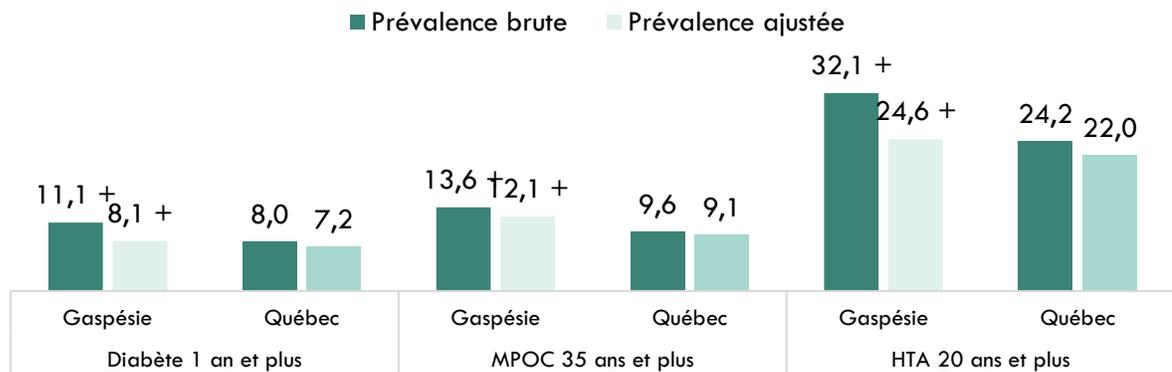
La maladie d'Alzheimer et les autres troubles cognitifs majeurs

En 2017-2018, selon les données du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), on estime à 1 230 le nombre d'ânés en Gaspésie souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre trouble cognitif majeur, soit 5,9 % des ânés. Cette prévalence est inférieure à celle du Québec, laquelle s'élève à 7,3 %.

Le diabète

En 2017-2018, selon le SISMACQ, 11,1 % de la population d'un an et plus en Gaspésie souffre de diabète, une proportion supérieure à celle du Québec (8,0 %). Une partie de cette différence est attribuable au fait que la population gaspésienne est plus vieille que celle du Québec, mais une partie seulement, car même quand on élimine l'effet de l'âge (par le calcul de prévalence ajustée), un écart significatif persiste (8,1 % contre 7,2 %).

Figure 6 : Prévalence brute et ajustée (en %) de certaines maladies chroniques, Gaspésie et Québec, 2017-2018



† Les données sur la prévalence des MPOC sont celles de 2016-2017, les données de l'année 2017-2018 n'étant pas encore disponibles au moment de publier.

+ 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.

Les maladies pulmonaires obstructives chroniques

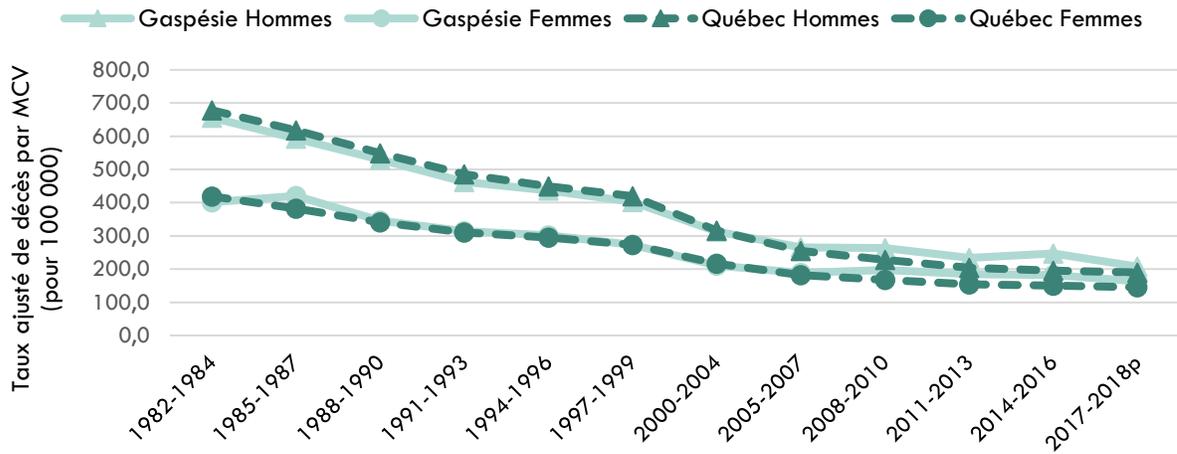
En 2016-2017, 13,6 % des personnes de 35 ans et plus en Gaspésie ont une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Cette prévalence des MPOC est plus élevée que celle du Québec (9,6 %), un écart qui reste vrai quand on élimine l'effet de l'âge (12,1 % contre 9,1 %) (réf. : figure 6).

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 2017-2018, 32,1 % des personnes de 20 ans et plus en Gaspésie sont hypertendues, contre 24,2 % au Québec (réf. : figure 6). 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 : 24,6 % contre 22,0 % au Québec) (réf. : figure 6).

Les maladies cardiovasculaires

Figure 7 : Taux ajusté de décès par maladies cardiovasculaires (pour 100 000), selon le sexe, 1982-1984 à 2017-2018p

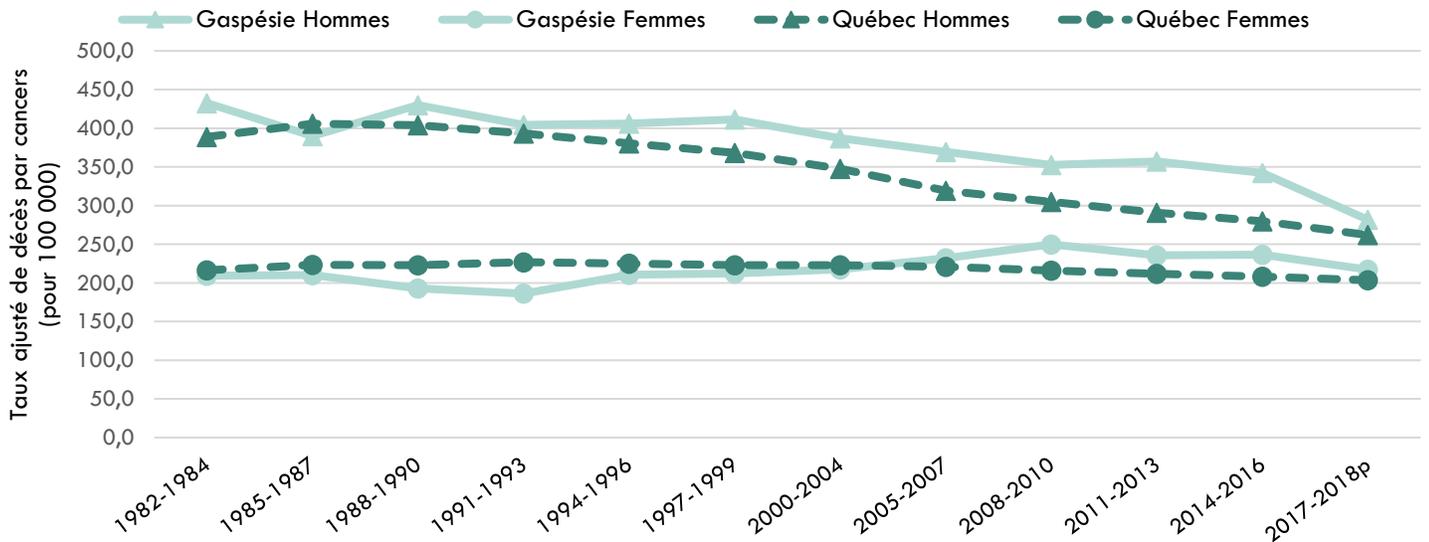


p : Les données des années 2017 et 2018 sont provisoires.

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

Le cancer

Figure 8 : Taux ajusté de décès par cancer tout siège confondu (pour 100 000), selon le sexe, 1982-1984 à 2017-2018p



p : les données des années 2017 et 2018 sont provisoires.

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

12. 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 prémisses d'énoncer les obligations et les devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

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

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

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

6. Diffusion

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discretion et confidentialité

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

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et 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

<p>Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office du _____, déclare les éléments suivants :</p>		
1. Intérêts pécuniaires		
<input type="checkbox"/>	Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.	
<input type="checkbox"/>	Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :	

2. Titre d'administrateur		
<input type="checkbox"/>	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 _____.	
<input type="checkbox"/>	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		
<p>« 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.</p> <p>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).</p>		
En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ à m'y conformer.		

Signature	Date [aaaa-mm-jj]	Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

Québec 