

2022-2023

Rapport annuel de gestion

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

Prévenir - Accompagner - Prendre soin



Québec 

Table des matières

4	Sigles et acronymes	97	6. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie
6	1. Le message des autorités		
8	2. La déclaration de fiabilité des données et contrôles afférents	101 103 104	7. Les ressources humaines 7.1 Les ressources humaines de l'établissement 7.2 La gestion et le contrôle des effectifs
9	3. La présentation de l'établissement et les faits saillants	105 107	8. Les ressources financières 8.1 L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme 8.2 L'équilibre budgétaire 8.3 Les contrats de service
10	3.1 Le Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent en bref (données au 31 mars 2023)	107 108	
11	3.2 Les rôles et les responsabilités en respect de la mission des établissements de santé et de services sociaux	109	9. Les ressources informationnelles
13	3.3 La vision et les valeurs	113	10. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant
16	3.4 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives		
36	3.5 Les faits saillants		
45	4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	117	11. La divulgation des actes répréhensibles
47	4.1 Chapitre III : Attentes spécifiques	119	12. Les organismes communautaires
50	4.2 Chapitre IV : Les engagements de l'établissement		
79	5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	127	Annexe – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration
81	5.1 L'agrément		
83	5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services		
95	5.3 Le nombre de mises sous garde selon la mission		
95	5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits		
96	5.5 L'information et la consultation de la population		

Sigles et acronymes

A

AAOR	Service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence
ACVA-TCC	Association des personnes accidentées cérébro-vasculaires, aphasiques et traumatisées craniocérébrales
AAPA	Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

B

BSL	Bas-Saint-Laurent
-----	-------------------

C

CA	Conseil d'administration
CAVAC	Centre d'aide aux victimes d'actes criminels
CECM	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire
CECO	Comité d'éthique clinique et organisationnelle
Cégep	Collège d'enseignement général et professionnel
CER	Comité d'éthique de la recherche
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
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
COSMOSS	Communauté ouverte et solidaire pour un monde outillé, scolarisé et en santé
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
CPE	Centre de la petite enfance
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CUCI	Comité des usagers du Centre intégré
CVQ	Comité de vigilance et de la qualité

D

DCaT-HB-VPI-Hib	Vaccins contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, l'hépatite B, la poliomyélite et <i>Hæmophilus influenzae</i> de type b
DI	Déficiência intellectuelle
DI-TSA-DP	Déficiência intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficiência physique
DP	Déficiência physique
DPJ-PJe	Direction de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse
DPSMD	Direction des programmes en santé mentale et dépendance
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI	Direction des soins infirmiers
DSPu	Direction de la santé publique

G

GAP	Guichet d'accès à la première ligne
GMF	Groupe de médecine familiale/groupe de médecine de famille

I

IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée de première ligne
ISO	Organisation internationale de normalisation

K

KRTB	Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata et Les Basques
------	---

L

LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
-------	---

M

MASM	Mécanismes d'accès en santé mentale
MOI	Main-d'œuvre indépendante
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux

N

NSA Niveau de soins alternatifs

P

PCI Prévention et contrôle des infections

PDG Président-directeur général ou
Présidence-direction générale

PEM Plan d'effectifs médicaux pour les médecins
spécialistes

PQPTM Programme québécois pour les troubles mentaux :
des autosoins à la psychothérapie

PREM Plan régional d'effectifs médicaux

PSOC Programme de soutien aux organismes
communautaires

R

RI Ressource intermédiaire

RI-RTF Ressource intermédiaire et ressource de type familial

RLRQ Recueil des lois et des règlements du Québec

RLS Réseau local de services

RPA Résidence privée pour aînés

RRO-Var Vaccin contre la rougeole, la rubéole, les oreillons
et la varicelle

RTF Ressource de type familial

S

SAD Soutien à domicile

SAPA Soutien à l'autonomie des personnes âgées

SCT Secrétariat du Conseil du trésor

SIAD Soins intensifs à domicile

SMAF Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

SNT Site non traditionnel

T

TSA Trouble du spectre de l'autisme



Jean-Christophe Carvalho
Président-directeur général



Louise Bolduc
Présidente du conseil
d'administration

1. Le message des autorités

Collectivement, pour une offre de service humaine, performante et innovante

C'est avec plaisir et fierté que nous vous présentons le *Rapport annuel de gestion 2022-2023* du CISSS du Bas-Saint-Laurent, fruit des efforts constants que notre équipe de près de 10 000 personnes dévouées a déployés tout au long de l'année au Bas-Saint-Laurent. Ce document vous permettra de découvrir des éléments marquants, des réussites exceptionnelles et des projets innovants qui démontrent, une fois de plus, que le CISSS du Bas-Saint-Laurent vise à se démarquer dans tout ce qu'il accomplit, pour le mieux-être de la population qu'il dessert.

Alors que la pandémie et la mise sous tension du réseau de la santé et des services sociaux sont maintenant derrière nous, l'année qui vient de s'écouler nous a permis, collectivement, de faire progresser de nombreux projets porteurs pour la région. En dépit d'un contexte exigeant, teinté par des enjeux budgétaires et de main-d'œuvre persistants, le CISSS du Bas-Saint-Laurent a su mettre en œuvre des projets stratégiques à la fois ambitieux et emballants. En voici quelques-uns :

- La gestion de proximité et la gestion matricielle;
- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des services dans les résidences privées pour aînés (RPA), les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF);
- La saine gestion du recours à la main-d'œuvre indépendante;
- L'optimisation des services de laboratoire de biologie médicale (OPTILAB);
- Le développement des services d'hémodialyse à domicile pour le Bas-Saint-Laurent et la Gaspésie;
- L'implantation du programme de formation médicale décentralisée, en collaboration avec l'Université Laval et l'Université du Québec à Rimouski;
- La mise en œuvre du plan de modernisation technologique;
- La relance du bureau de projet organisationnel;
- L'amélioration de l'accès aux services en santé mentale jeunesse et adulte;
- La consolidation des services de soutien à domicile et de soutien intensif à domicile;
- La mise en place des deux maisons des aînés et alternatives;
- L'actualisation du plan de transition local concernant le dossier santé numérique;
- Le développement des services d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) en communauté rurale.

Toutes ces actions déployées au bénéfice de notre population n'ont pas éclipsé notre ferme volonté de faire évoluer notre réseau régional pour le rendre encore plus humain et performant. C'est pourquoi nous avons entrepris, en cours d'année, de renouveler notre philosophie de gestion, davantage axée sur la compassion. Notre organisation ayant acquis une certaine maturité organisationnelle, nous avons pu approfondir nos réflexions et notre vision, parallèlement aux nombreux chantiers structurants à venir qui représentent des opportunités de repositionnement de la culture de l'établissement, à savoir le Plan santé, la gestion et les services de proximité ainsi que la situation du marché de l'emploi, qui commande de nous positionner comme un véritable employeur de choix. Nous désirons aussi nous appuyer sur les meilleures pratiques et technologies, mais également sur la pertinence, l'efficacité et la création de valeurs. C'est ainsi que nous pourrions nous dépasser au quotidien afin de composer au mieux avec les enjeux qui nous sont propres et maintenir une offre de services accessibles et de qualité sur le territoire.

Puisque nous ne saurions soutenir les quelque 200 000 Bas-Laurentiens sans notre précieuse communauté CISSS, nous désirons, en terminant, remercier chaleureusement l'ensemble du personnel, les médecins et les gestionnaires pour leur profond engagement, ainsi que les membres du conseil d'administration pour leur indéfectible engagement à la gouvernance de notre grande organisation.

Nous soulignons également le soutien précieux du comité des usagers du CISSS du Bas-Saint-Laurent, du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, du département régional de médecine générale, du conseil des infirmières et infirmiers, du comité régional des services pharmaceutiques, du conseil multidisciplinaire, du conseil des sages-femmes, des fondations, des comités des usagers continués, du comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise (CRLA) et des nombreux bénévoles, sans qui la mission de notre établissement ne pourrait s'accomplir. L'appui de nos nombreux partenaires intersectoriels, avec qui nous entretenons une étroite et essentielle collaboration, est également digne de mention.

Enfin, nous souhaitons remercier tout spécialement madame Isabelle Malo, qui a été aux commandes du CISSS du Bas-Saint-Laurent de sa création, en 2015, jusqu'à son départ pour une retraite plus que méritée en janvier 2023. Digne ambassadrice de notre réseau régional, elle a su mener notre établissement vers des succès remarquables, avec la rigueur et l'humanisme qu'on lui connaît. L'organisation lui en est grandement reconnaissante.

C'est donc avec une grande fierté que nous vous laissons à la lecture des plus récentes réalisations qui ont jalonné notre parcours et qui témoignent de notre volonté de regarder ensemble vers l'avant, en assurant la continuité de nos projets stratégiques et de nos dossiers prioritaires, dans le respect des attentes liées au Plan santé qui animera notre prochaine année.



Louise Bolduc
Présidente du conseil d'administration



Jean-Christophe Carvalho
Président-directeur général

2. La déclaration de fiabilité des données et contrôles afférents

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2022-2023 du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent :

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

Je déclare donc que, 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'elle se présentait au 31 mars 2023.



Jean-Christophe Carvalho
Président-directeur général



3

La présentation de l'établissement et les faits saillants

Hôpital régional de Rimouski

3.1 Le CISSS du Bas-Saint-Laurent en bref

(données au 31 mars 2023)



9 232 employés
(incluant Je contribue¹)

8 679 employés
(excluant Je contribue)



219
médecins spécialistes
actifs



56
pharmacies
communautaires



1
maison de naissance



42 installations² propriétaires
et **79** installations non
propriétaires dans lesquelles sont
localisés certains centres locaux de
services communautaires (CLSC),
centres de protection de l'enfance
et de la jeunesse (CPEJ) et centres
de réadaptation (CR)



109
résidences privées
pour aînés (RPA)



Budget d'exploitation
de l'établissement :
1,045 milliard de dollars
incluant les coûts liés à la
COVID-19



12
dentistes
(1 actif + 11 associés)



345
lits de courte durée
(mission centre hospitalier)



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



11
groupes de
médecine familiale (GMF),
dont 2 groupes de médecine
familiale universitaire (GMF-U) –
mission d'enseignement médical
universitaire



1
pavillon d'enseignement
de la médecine



256
médecins de famille



56
pharmaciens
(47 actifs + 9 associés)



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

1
maison des
aînés et
alternative



48
cliniques médicales



127
organismes communautaires

1. Plateforme d'embauche dans
le cadre de la pandémie de la
COVID-19

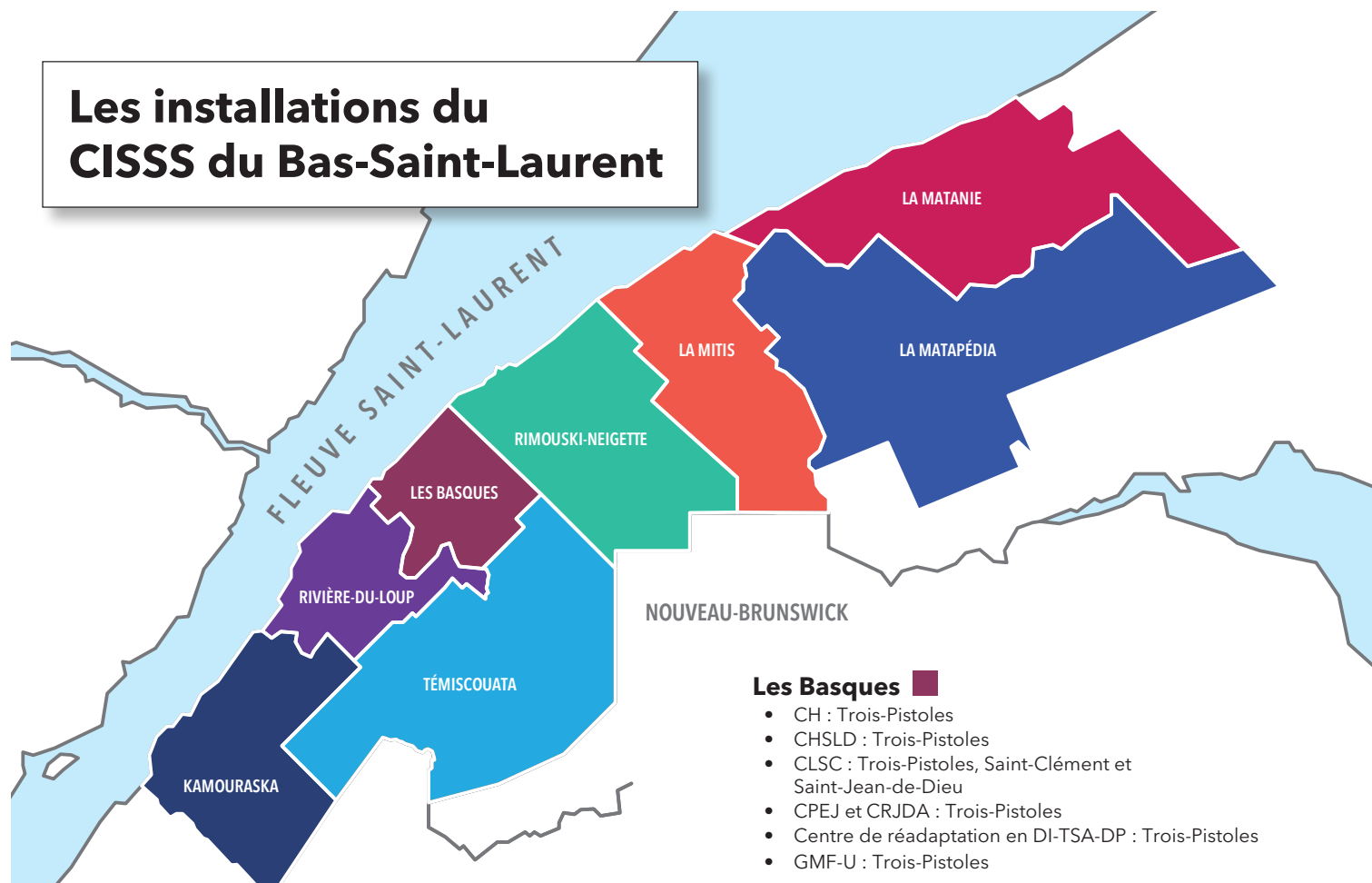
2. Lieu physique où sont offerts
les soins de santé et les services
sociaux

3.2 Les rôles et les responsabilités en respect de la mission des établissements de santé et de services sociaux

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



Les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent



Kamouraska

- CH : La Pocatière
- CLSC : La Pocatière et Saint-Pascal
- CHSLD : Saint-Pacôme et Saint-Alexandre
- CPEJ : Saint-Pascal
- Centre de réadaptation en DI-TSA-DP : Rivière-Ouelle

Rivière-du-Loup

- CH : Rivière-du-Loup
- CLSC : Rivière-du-Loup, Saint-Épiphanie, Saint-Cyprien, L'Isle-Verte et Notre-Dame-des-Sept-Douleurs
 - Aire ouverte : Rivière-du-Loup
- CHSLD : Rivière-du-Loup (2 installations) et Saint-Cyprien
 - MDAA : Rivière-du-Loup
- CPEJ et CRJDA : Rivière-du-Loup
- Centre de réadaptation en DI-TSA-DP : Rivière-du-Loup (2 installations) et Saint-Cyprien

Témiscouata

- CH : Témiscouata-sur-le-Lac
- CLSC : Témiscouata-sur-le-Lac, Dégelis, Pohénégamook, Lac-des-Aigles et Rivière-Bleue
- CHSLD : Squatec, Saint-Louis-du-Ha! Ha! et Rivière-Bleue
- CPEJ : Témiscouata-sur-le-Lac
- Centre de réadaptation en DI-TSA-DP : Témiscouata-sur-le-Lac

CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CRJDA	Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation
DI-TSA-DP	Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
MDAA	Maison des aînés et alternative
GMF-U	Groupe de médecine familiale universitaire

Les Basques

- CH : Trois-Pistoles
- CHSLD : Trois-Pistoles
- CLSC : Trois-Pistoles, Saint-Clément et Saint-Jean-de-Dieu
- CPEJ et CRJDA : Trois-Pistoles
- Centre de réadaptation en DI-TSA-DP : Trois-Pistoles
- GMF-U : Trois-Pistoles

Rimouski-Neigette

- CH : Rimouski
- CLSC : Rimouski (3 installations), Saint-Fabien, Saint-Marcellin et Saint-Narcisse
- CHSLD : Rimouski
- CPEJ et CRJDA : Rimouski
- Centre de réadaptation en DI-TSA-DP : Rimouski (2 installations)
- GMF-U : Rimouski

La Mitis

- CH : Mont-Joli
- CLSC : Mont-Joli et Les Hauteurs
- CHSLD : Mont-Joli
- CPEJ : Mont-Joli
- Centre de réadaptation en DI-TSA-DP : Mont-Joli (2 installations)
- Maison des naissances : Mont-Joli

La Matapédia

- CH : Amqui
- CLSC : Amqui, Causapscal, Sayabec et Saint-Moïse
- CHSLD : Lac-au-Saumon
- CPEJ : Amqui
- Centre de réadaptation en DI-TSA-DP : Amqui

La Matanie

- CH : Matane
- CLSC : Matane, Les Méchins et Baie-des-Sables
- CHSLD : Matane
- CPEJ et CRJDA : Matane
- Centre de réadaptation en DI-TSA-DP : Matane

* Les services sont accessibles sur l'ensemble du territoire.

3.3 La vision et les valeurs

Notre vision

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

Nos valeurs

Collaboration

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

Humanisation

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

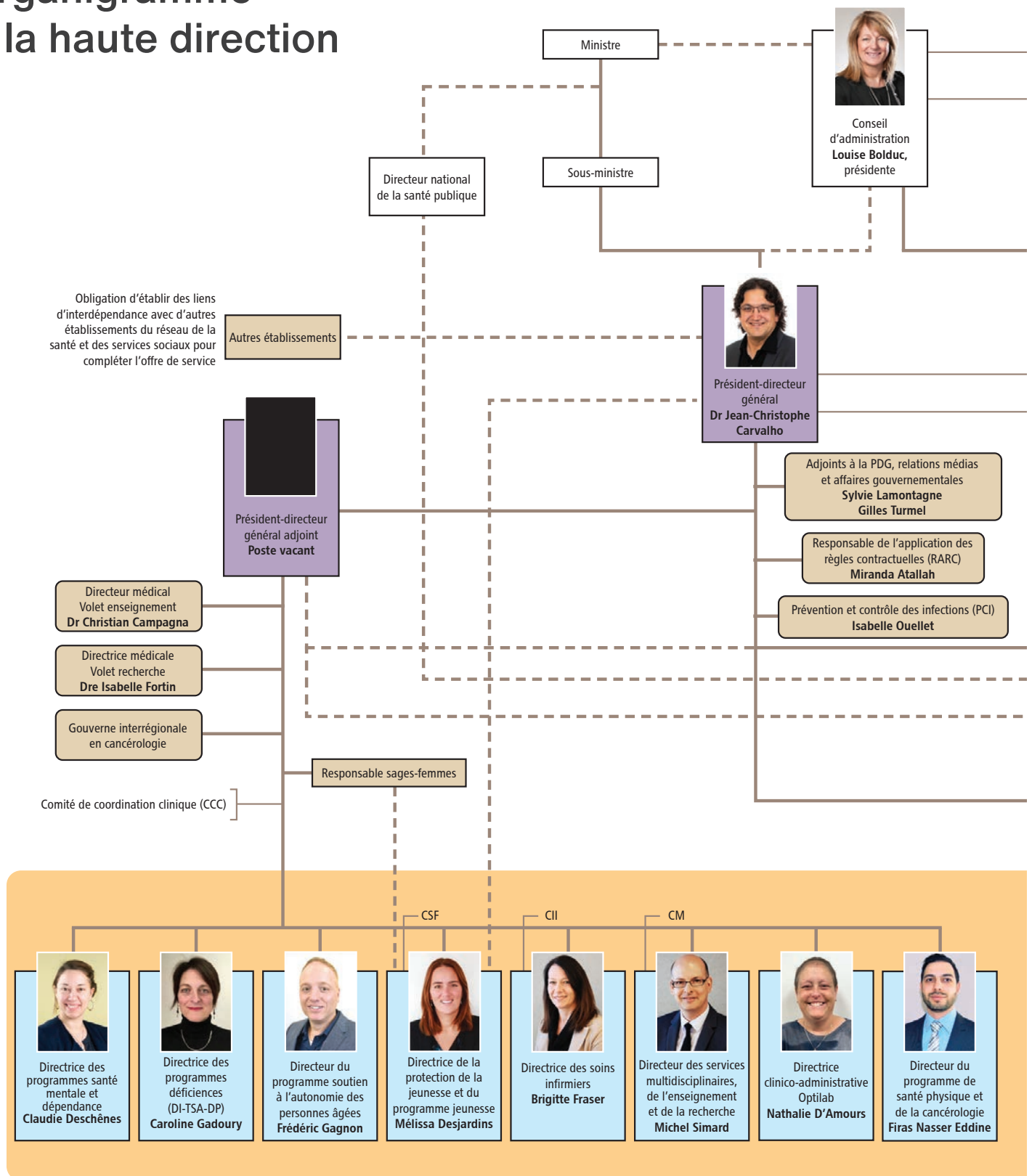
Engagement

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

Responsabilisation

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

L'organigramme de la haute direction



LÉGENDE



- Conseils professionnels au CA :
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
 - Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
 - Conseil multidisciplinaire (CM)
 - Conseil des sages-femmes (CSF)

- Comité des usagers (CUCI et CUC)
- Comité de gouvernance & d'éthique (CGE)
- Comité de vérification et des immobilisations (CVI)
- Comité de vigilance & qualité (CVQ)
- Comité d'éthique de la recherche (CER)
- Comité de révision
- Comité de développement des ressources humaines (CDRH)
- Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise (CRLA)
- Comité de développement de la mission enseignement et recherche (CDMER)



Commissaire aux plaintes
et à la qualité des services
Éric Parent

Commissaires adjoints aux plaintes
et médecins examinateurs

- Comités de la PDG :
- Département régional de médecine générale (DRMG)
 - Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

- Comité exécutif (CE)
- Comité de direction (CD)
- Comité d'arimage régional (CAR)
- Comité cogestion médico-administratif (CCGMA)
- Comité de gestion des risques (CGR)
- Comité de gouvernance des ressources informationnelles (CGRI)
- Comité d'éthique clinique et organisationnelle (CECO)
- Comité de coordination administratif (CCA)
- Comité directeur stratégique de PCI



Directeur adjoint
exécutif
Kamouraska
Pascal Lamarre



Directrice adjointe
exécutive
Témiscouata
Isabelle Tremblay



Directrice adjointe
exécutive
Rivière-du-Loup
Les Basques
Isabelle Lévesque



Directrice adjointe
exécutive
Rimouski-Neigette
La Mitis
Mélanie Potvin



Directeur adjoint
exécutif
La Matapédia
Shannon Aubut



Directeur adjoint
exécutif
La Matanie
François Dubé



Coordonnateur exécutif
Rivière-du-Loup
Les Basques
Daniel Tobien



Coordonnatrice
exécutive
Rimouski-Neigette
La Mitis
Renelle Lévesque

CMDP, DRMG, CRSP,
Table des chefs



Directeur des services
professionnels
Dr Louis Prévost



Directeur de la santé
publique
Dr Sylvain Leduc



Directeur qualité,
évaluation,
performance et
éthique clinique
Gino Beaudoin



Directrice
de la logistique
Cathy Deschênes



Directrice des
ressources
informationnelles
Cathy Gauthier



Directeur des
services techniques
Martin Legault



Directrice des
ressources humaines,
des communications et
des affaires juridiques
Annie Leclerc



Directrice des
ressources financières
Caroline Morin

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

Conseil d'administration

Composition

Membres désignés



M. François
Ste-Marie Paradis
Comité régional sur les
services pharmaceutiques
(CRSP)



Dr Marc-François Cyr
Conseil des médecins,
dentistes et pharmaciens
(CMDP)



Dr Simon Delisle
Département régional
de médecine générale
(DRMG)



Mme Stéphanie Allard
Conseil des infirmières et
infirmiers (CII)



M. René Dufour
Comité des usagers du
Centre intégré (CUCI)



Mme Karine Chouinard
Conseil multidisciplinaire
(CM)

Membres nommés



M. Jean-Christophe
Carvalho
Président-directeur
général du CISSS du
Bas-Saint-Laurent



M. Romain Lavoie
Milieu de l'enseignement
Université du Québec à
Rimouski (UQAR)

Membres indépendants



Mme Louise Bolduc
Présidente, compétence
en gouvernance ou
éthique



Mme Kathleen Bouffard
Expertise en protection
de la jeunesse



Mme Lucie Lapointe
Expertise en réadaptation



M. Camille Leblanc
Compétence en
vérification, performance
ou gestion de la qualité



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



M. Daniel Dion
Compétence en
ressources immobilières,
informationnelles et
humaines

Membre observateur (fondations)



M. Léo Caron
président de la Fondation
de la santé de La Mitis

Mandat

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

Le conseil d'administration doit en outre :

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

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent est en annexe de ce rapport.

- Aucun manquement au code d'éthique et de déontologie en 2022-2023.

Le conseil d'administration prévoit procéder à l'évaluation de son fonctionnement au printemps 2023.

Réalisations

- Tenue d'une assemblée générale annuelle le 7 décembre 2023, de neuf séances régulières et de quatre séances spéciales.
- Suivi étroit des activités des différents comités du conseil d'administration, du respect de l'entente de gestion et de la situation financière de l'établissement.
- Nomination d'un président du processus de désignation dans le cadre du renouvellement des membres désignés du conseil d'administration et suivi du processus.
- Suivi du tableau de bord de gestion portant sur les indicateurs d'accès 2022-2023.
- Modifications à l'organigramme de la haute direction, notamment par l'ajout de postes de directeurs adjoints exécutifs et de coordonnateurs exécutifs afin de renforcer la gestion de proximité.
- Nomination :
 - de l'auditeur indépendant pour l'année 2022-2023;
 - de dix cadres supérieurs;
 - d'un membre au comité de révision, à la suite d'une démission;
 - d'un médecin examinateur;
 - du directeur du GMF-U de Trois-Pistoles.
- Octroi, renouvellement et modification de privilèges de médecins et de contrats avec des sages-femmes.
- Adoption du rapport annuel de gestion 2021-2022 ainsi que du rapport annuel portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services 2021-2022.
- Répartition de l'enveloppe régionale 2022-2023 du soutien financier aux organismes communautaires et des montants de développement récurrents consentis.
- Adoption du rapport financier annuel 2021-2022 et du budget 2022-2023.
- Adoption de l'infrastructure de la recherche, nomination d'une directrice scientifique et octroi de statuts de chercheurs.
- Adoption du Plan régional d'organisation des services médicaux généraux 2022-2025.
- Approbation de plusieurs autres documents, dont :
 - la politique et règlement portant sur le calendrier de conservation;
 - les règlements de départements médicaux tels que ceux de médecine spécialisée, de psychiatrie et de médecine d'urgence;
 - la politique de signalement aux ordres professionnels;
 - le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration mis à jour;
 - le cadre de référence du Programme de soutien aux organismes communautaires.
- Demande de permis pour le projet Aire ouverte à Rivière-du-Loup.

Comité de vérification et des immobilisations (CVI)

Composition

Mme Louise Bolduc, membre d'office

M. Camille Leblanc, président du comité de vérification et des immobilisations

M. Romain Lavoie, membre du conseil d'administration

M. Gilles H. Tremblay, membre du conseil d'administration

Personnes-ressources

Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale

Mme Caroline Morin, directrice des ressources financières

Dr Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général

Réalisations

- Tenue de huit rencontres régulières et de deux rencontres spéciales.
- Recommandations aux membres du conseil d'administration pour l'adoption des dossiers suivants :
 - les états financiers 2021-2022 et le rapport financier annuel au 1^{er} janvier 2022 du Fonds de santé au travail;
 - le budget 2022-2023;
 - les rapports financiers trimestriels AS-617 2022-2023;
 - la nomination de la firme Raymond Chabot Grant Thornton comme auditeur indépendant pour l'exercice 2022-2023;
 - le rehaussement du financement récurrent du programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) pour 2022-2023;
 - les modifications au règlement de délégation de signatures;
 - le renouvellement de l'autorisation d'emprunts pour la liquidité;
 - la déclaration d'immeubles excédentaires visant certaines propriétés appartenant au CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Suivi de dossiers et échanges sur divers sujets lors de rencontres, dont :
 - la situation financière périodique;
 - les redditions de comptes mensuelles des coûts de la pandémie de la COVID-19;
 - les rapports trimestriels des contrats de 100 000 \$ et plus;
 - la présentation du rapport sur la gestion des équipements de protection individuelle pendant la pandémie de la COVID-19 par le Vérificateur général du Québec;
- le portrait personnalisé des activités contractuelles 2021-2022 du Secrétariat du Conseil du trésor;
- le plan de conservation des équipements médicaux (PCEM) et le plan de conservation des équipements non médicaux (PCENM) 2022-2025;
- le plan de conservation et fonctionnalité immobilière (PCFI) 2022-2025;
- le bilan de sécurité 2021-2022 et le suivi des 15 mesures obligatoires du Secrétariat du Conseil du trésor;
- le suivi des cibles d'optimisation par direction ainsi que des rencontres du comité stratégique d'optimisation;
- la tarification des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD);
- le plan d'action afin de répondre aux recommandations du commissaire aux plaintes concernant le stationnement;
- la présentation du mandat d'audit par l'auditeur indépendant, Raymond Chabot Grant Thornton;
- le suivi sur l'évolution du dossier de résorption de la désuétude des technologies de l'information;
- la présentation de la politique relative au processus de budgétisation;
- la présentation du processus de contrôle interne des comptes à payer.
- Suivi des travaux du comité de vérification et des immobilisations lors des séances du conseil d'administration.

Comité de gouvernance et d'éthique (CGE)

Composition

Mme Louise Bolduc, présidente
M. Camille Leblanc, vice-président
Mme Stéphanie Allard, membre du conseil d'administration
Mme Lucie Lapointe, membre du conseil d'administration
M. Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général

Réalisations

- Tenue de cinq rencontres régulières.
- Analyse des résultats du questionnaire d'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration.
- Organisation d'un lac-à-l'épaule pour les membres du conseil d'administration.
- Suivi des démarches concernant l'Agrément et les visites du Bureau de normalisation du Québec en laboratoires.
- Suivi du processus de désignation des membres du conseil d'administration.
- Révision du *Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration*.
- Révision du *Règlement sur les règles de fonctionnement du comité de gouvernance et d'éthique*.

Comité de vigilance et de la qualité (CVQ)

Composition

M. Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général
M. René Dufour, membre du conseil d'administration
M. Gilles H. Tremblay, membre du conseil d'administration, vice-président
Mme Lucie Lapointe, membre du conseil d'administration
M. Éric Parent, commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Personne-ressource

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

Réalisations

- Tenue de cinq rencontres au cours de l'année.
- Suivi des travaux du comité de vigilance et de la qualité lors des séances du conseil d'administration.
- Suivi des dossiers suivants :
 - le bilan des plaintes et des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
 - les dossiers du Protecteur du citoyen;
 - le rapport statistique en gestion des risques;
 - les recommandations faisant suite aux événements sentinelles;
 - les rapports et recommandations du coroner;
 - l'état de situation des résidences privées pour aînés (RPA) et des ressources intermédiaires (RI);
 - le rapport et les recommandations du Protecteur du citoyen;
 - la vigie en lien avec les délais de transmission des rapports de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223);
 - le retraitement des dispositifs médicaux;
 - la démarche d'Agrément, les visites et les sondages sur la satisfaction de la clientèle et sur la mobilisation du personnel;
- Échanges sur divers sujets, dont certains ayant défini des orientations, notamment :
 - la procédure portant sur la déclaration obligatoire des réactions indésirables graves à un médicament et des incidents liés aux instruments médicaux du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - les modifications apportées par la *Loi visant à renforcer la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*.

Comité de développement des ressources humaines (CDRH)

Composition

Mme Kathleen Bouffard, présidente
Mme Karine Chouinard, administratrice
M. Daniel Dion, administrateur
M. Léo Caron, administrateur
M. Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général

Personne-ressource

Mme Annie Leclerc, directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ)

Réalisations

- Tenue de quatre rencontres où divers sujets ont été traités et ont suscité des échanges ou ont défini des orientations, dont :
 - le contexte exceptionnel relatif à la pandémie de la COVID-19;
 - la stratégie du soutien pour la santé psychologique des employés;
 - le maintien de cliniques de vaccination, de vaccination mobile et la gestion des ressources humaines dans ce dossier;
 - la mise en place d'un programme d'accueil des nouveaux employés;
 - la révision du programme d'accueil des nouveaux gestionnaires;
 - la stratégie de recrutement spécifiquement consacrée aux titres d'emploi dont le recrutement pose d'importants défis;
 - le programme de bourse d'études pour les agents administratifs et pour le secteur en santé, assistance et soins infirmiers (SASI);
 - la stabilisation et le rehaussement des titres d'emploi de la catégorie 1;
 - le dépistage obligatoire et la gestion des ressources humaines dans ce dossier;
 - la gestion de la main-d'œuvre indépendante (MOI);
 - les stratégies et actions pour soutenir notre personnel en temps de pandémie.

Comité de développement de la mission de l'enseignement et de la recherche

Composition

Membres votants

Mme Louise Bolduc, présidente du CA
M. Daniel Dion, administrateur
Dr Daniel Dionne, administrateur
M. Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général

Membres permanents non-votants

Dr Christian Campagna, directeur de l'enseignement médical
M. Steve Gignac, directeur des études, Cégep de La Pocatière
Mme Annie Leclerc, directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
Mme Dominique Marquis, vice-rectrice à la formation et à la recherche, UQAR
Dr Jean-François Montreuil, vice-doyen exécutif à la Faculté de médecine de l'Université Laval
M. Michel Simard, directeur des services multidisciplinaires, de l'enseignement et de la recherche

Réalisations

- Déploiement du projet de pavillon d'enseignement de la médecine à Rimouski.
- Projet de loi no 14 concernant l'entrée en vigueur de la *Loi visant à assurer la protection des stagiaires en milieu de travail*.
- Reconnaissance du rôle de chargés d'enseignement médical.
- Mise en place de l'infrastructure de la recherche.
- Plan de travail et organigramme de la direction de l'enseignement médical.
- Démarche de désignation du statut universitaire.
- Financement de l'enseignement médical, les autres stages et la variable enseignement/recherche.
- Bilan de l'an un du projet ExploRéa.
- Tenue de trois rencontres.

Comité de révision (CR) – traitement des plaintes

Composition

Mme Lucie Lapointe, présidente
M. Gilles H. Tremblay, président
Dr Jacques Caron
Dre Andrée-Anne Bernard
Dr Richard Déry
Dre Josée Rousseau

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

Réalisations

- Réception de quatre demandes de révision. Le comité de révision a confirmé les conclusions des médecins examinateurs dans ces quatre dossiers. En date du 31 mars 2023, aucun dossier n'est en attente de révision.
- Démission d'un membre et nomination d'un nouveau membre en cours d'année.

Comité d'éthique de la recherche (CER)

Composition

Membres réguliers

M. Bruno Leclerc, éthicien,
président du CER
Me Gabrielle Rouleau, avocate,
vice-présidente du CER
Dre Andrée-Anne Bernard, radio-
oncologue
Dr Christian Muhoza Butoke,
interniste
Mme Caroline Dubé,
ergothérapeute
Mme Nancy Martin, pharmacienne
M. Jérôme Pelletier, professeur en
sciences infirmières
M. Éric Sévigny, spécialiste en
éthique (sans droit de vote)
Mme Alexandra Stankovich,
représentante de la collectivité

Membres substitués

M. Aboubacar Cissé, professeur
d'enseignement clinique en
chirurgie
Mme Anik Dumas, ergothérapeute
Mme Élisabeth Labrecque,
pharmacienne
M. Vincent Lajoie, conseiller en
éthique
Mme Suzie McKinnon, chercheuse
en établissement
Me Chantal Paquet, avocate
Mme Karina Soucy, représentante
de la collectivité

Coordination

M. Éric Sévigny

Réalisations

- Tenue de 9 rencontres régulières et 177 suivis de projets de recherche.
- Évaluation de 18 nouveaux projets de recherche, dont deux essais cliniques utilisant le service d'évaluation accélérée de CATALIS Québec et ayant été approuvés en moins de 7 semaines.
- Reconduction de sa désignation par le MSSS pour l'application de l'article 21 du *Code civil du Québec*, ce qui lui permet d'examiner et de suivre des projets de recherche susceptibles de porter atteinte à l'intégrité de participants mineurs ou majeurs inaptes.

Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise (CRLA) du Bas-Saint-Laurent

Composition

Mme Sandra de la Ronde,
présidente, La Mitis
Mme Anna Cone, vice-présidente,
Rimouski-Neigette
M. John E. Savage, La Mitis
M. Brett Mitchell, La Mitis
M. Andrew Caddell, Kamouraska

Deux postes sont vacants.

Réalisations

- Tenue de trois rencontres régulières virtuelles.
- Suivi des enjeux exprimés dans la dernière année :
 - le déploiement du Programme d'accès dans les installations de La Mitis et de Rimouski-Neigette (toujours en attente d'approbation par le ministère de la Santé et des Services sociaux);
 - l'accès aux services de santé mentale adulte et jeunesse, incluant la Protection de la jeunesse;
 - l'attention particulière sur la situation des personnes âgées vulnérables;
 - les suivis en lien avec la clinique estivale ponctuelle pour faire un meilleur arrimage avec le CISSS. Cet arrimage a été très fructueux et positif.
- Consultations et présentations :
 - la présentation de l'offre de service des soins à domicile par la Directrice adjointe du continuum de services à domicile destinés aux personnes âgées.
- Vigie dans le cadre de projets visant l'amélioration de l'accès aux services en langue anglaise :
 - la traduction de documents d'information destinés aux usagers;
 - les cours d'anglais pour le personnel et les bénévoles du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Composition

Dr François Delisle, président
Dre Maude Bernier, vice-présidente, Rimouski-Neigette
Dre Annie Charbonneau, secrétaire, Les Basques
Dre Janie Pedneault, trésorière, Témiscouata
Dr Marc-François Cyr, Rimouski-Neigette, représentant des médecins spécialistes au sein du conseil d'administration
Dr Jean-Philippe Dorval, Rimouski-Neigette
Dre Renée Gagnon, La Matanie
Dr Martin Lefebvre, Rivière-du-Loup
Dr Jean-François Landry, Rivière-du-Loup
Dre Katharina Brousseau, La Matapédia
Mme Cynthia Paradis, La Mitis
Dr Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général
Dr Louis Prévost, directeur des services professionnels (depuis octobre 2022)

Réalisations

- Tenue de 10 rencontres du comité exécutif du CMDP au cours de l'année et de 3 assemblées générales de tous les membres, dont une annuelle.
- Révision et adoption du règlement de régie interne du CMDP.
- Analyse et adoption des règlements de départements soumis ainsi que leur recommandation au CA.
- Insistance sur la participation aux formations médico-administratives.
- Organisation de formations médicales continues au CISSS du Bas-Saint-Laurent et élaboration d'un registre régional.
- Soutien aux comités découlant du CMDP et sous-comités du CMDP dans leurs réalisations et rencontres.
- Accent sur la pérennité et la participation des membres aux différents comités.
- Participation aux formations et rencontres de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ) et du Collège des médecins du Québec (CMQ).
- Soutien aux chefs de service et de département dans leur pratique médicale selon les exigences du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).
- Mise à niveau des systèmes de communication et soutien aux membres (équipes de travail).
- Suivis au CMQ de l'état des recommandations mises en place.

Aucun comité de discipline n'a été nécessaire au cours de cette année.

Le nombre de médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement est d'environ 641, dont 510 sont des membres actifs (pratique principale au sein de l'établissement).

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Composition

Membres élus

Mme Katherine St-Pierre, présidente, Rimouski-Neigette, représentante des directions de soutien

M. Pierre-Luc Déry, vice-président, Kamouraska, Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA)

Mme Jessica Roussel, La Matapédia, Direction de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse (DPJ-PJe)

Mme Marie-Josée Morin, Témiscouata, Direction des services professionnels (DSP)

Mme Sandra Côté, Rimouski-Neigette, Direction des soins infirmiers (DSI)

Mme Valérie Veilleux, Rimouski-Neigette, Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD)

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

Membres cooptés

Mme Stéphanie Allard, Les Basques, infirmière praticienne spécialisée

Mme Amélie Julien, Rimouski-Neigette, conseillère en soins infirmiers

Mme Deyna L'Heureux, Rimouski-Neigette, adjointe à la Direction des soins infirmiers (DSI)

Membres d'observation

Mme Marie-Noël Fortin et Mme Guyane Dupont, Ordre régional des infirmières et infirmiers du Bas-Saint-Laurent/Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (ORIIBSLGIM)

Poste vacant

Membres nommés d'office

M. Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général

Mme Brigitte Fraser, directrice des soins infirmiers

Mme Vanessa Chamberland Fournier, Rimouski-Neigette, représentante du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

Poste vacant, membre représentant du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

Invités permanents

Mme Sylvie Gauthier, Rimouski-Neigette, représentante des centres de formation professionnelle

Mme Manon Daigle, Rimouski-Neigette, représentante de l'université

Mme Cindy Poitras, Matane, représentante des cégeps

Réalisations

- Tenue de cinq séances régulières et de l'assemblée générale annuelle le 12 mai 2022.
- Avis et recommandations sur :
 - l'évaluation et l'intervention lors de difficultés liées à l'alimentation auprès de la clientèle adulte;
 - l'intégration de l'infirmière auxiliaire aux soins de santé courants;
 - le protocole d'intervention à la suite d'une chute d'un usager;
 - le protocole infirmier Évaluer et prendre en charge des événements cardio-respiratoires chez les nouveau-nés et les bébés âgés de 2 mois et moins;
 - la politique sur le signalement auprès des ordres professionnels;
 - l'examen clinique physique et mental / plan de mise à jour des formations;
 - le déploiement de la Règle de soins nationale / Activités de soins confiées à des aides-soignants;
 - le projet de régulation des ambulances;
 - la Règle de soins infirmiers / Prescription infirmière;
 - le protocole Évaluation d'une usagère lors d'une maturation du col utérin avec sonde;
 - la Règle de soins infirmiers / Éléments de surveillance et interventions cliniques en postobstruction des voies respiratoires;
 - l'actualisation en soins infirmiers (infirmières et infirmiers désirant retrouver leur permis en vue de la pleine occupation de leur champ de pratique).

Conseil multidisciplinaire (CM)

Composition

Mme Annick Bélanger, intervenante en soins spirituels, services multidisciplinaires, Rimouski
Mme Julie Lavoie, nutritionniste, services multidisciplinaires, Rimouski
Mme Linda Cloutier, ergothérapeute, programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), Rivière-du-Loup,
Mme Catherine Plourde, travailleuse sociale, spécialise en activités cliniques, programme jeunesse, Rimouski
M. Jérémie Hébert, éducateur spécialisé en jeunesse, programme jeunesse, Matane
Mme Josiane Rioux, travailleuse sociale, programme santé mentale et dépendance, Les Basques
Mme Isabelle LaBarre, spécialiste en activité clinique, programme santé mentale et dépendance, Rimouski
Mme Judith Dion, coordonnatrice administrative pour le Programme québécois de dépistage du cancer du sein, santé publique, Rimouski
Mme Lise-Andrée Denis, psychoéducatrice, programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP), Rivière-du-Loup
Mme Karine Chouinard, travailleuse sociale, programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP), Kamouraska
M. Vincent Couture, travailleur social, protection de la jeunesse, Rivière-du-Loup
Mme Catherine Côté, agente de planification, de programmation et de recherche (APPR) – volet amélioration continue, Rimouski
M. Michel Simard, directeur des services multidisciplinaires, de l'enseignement et de la recherche
M. Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général
Poste vacant, direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

Réalisations

- Sujets ayant fait l'objet d'un avis et/ou de recommandations émis par le CM :
 - politique de signalement aux ordres professionnels;
 - programme de développement des ressources humaines :
 - en favoriser la promotion et soutenir le développement de la pratique professionnelle et le maintien des compétences dans l'établissement;
 - procédure sur le codéveloppement professionnel comme mesure de soutien clinique.
- Demande de consultation sur les sujets suivants :
 - procédure de garde en inhalothérapie à l'Hôpital d'Amqui;
 - politique concernant les examens de biologie médicale délocalisée.
- Pour ces demandes de consultation, les membres du CECM n'ayant pas l'expertise nécessaire pour émettre un avis éclairé et étant dans l'impossibilité de pouvoir mettre en place un comité de programme, l'exécutif n'a pu y donner suite.
- Mobilisation des membres du CM sur les enjeux suivants :
 - participation à la rédaction de *l'Info / Pratiques Professionnelles* sur les travaux du comité de pairs en lien avec le projet de l'accessibilité universelle et sur le parrainage en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) auprès des éducateurs spécialisés.
- Soutien aux comités de pairs :
 - présentation des travaux sur l'accessibilité universelle.

Collaboration

Rencontres et échanges avec différentes directions sur les sujets suivants :

- trajectoire pour les situations complexes et multiproblématiques pour la clientèle jeunesse comprenant les jeunes et leur famille;
- guide sur les bonnes pratiques en aide médicale à mourir pour les intervenants psychosociaux et les intervenants en soins spirituels;
- offre de service en éthique;
- offre de service concernant les aides techniques et les services d'orthèses;
- bilan de déploiement de l'offre de service en ergothérapie;
- rencontre de travail entre le comité du développement et du maintien des compétences du CECM et la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques;
- offre de service pour le soutien psychologique auprès des gestionnaires et des employés;
- financement axé sur le patient;
- projet pilote en CHSLD – Le parrainage.

Perspectives d'action pour la prochaine année

- Poursuivre les actions de mobilisation auprès des membres du conseil multidisciplinaire dans le but d'encourager la mise à contribution de l'expertise et du vécu clinique des techniciens et professionnels pour améliorer la qualité, l'organisation et la dispensation des soins et services dans l'établissement.
- Poursuivre le mandat en lien avec le développement de la pratique professionnelle et le maintien des compétences.
- Développer les activités des comités de pairs en soutenant leur déploiement dans le CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Poursuivre des échanges constructifs avec les directions et formuler des avis ou des recommandations concernant les soins et services aux usagers afin de demeurer un véhicule d'expression privilégié par le CECM.

Conseil des sages-femmes (CSF)

Composition

M. Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général du CISSS du Bas-Saint-Laurent
M. Kevin Coulombe, directeur adjoint du programme jeunesse par intérim
Mme Mélissa Desjardins, directrice de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse, représentante désignée par la Présidence-direction générale (depuis décembre 2021)
Mme Karine Dubon, présidente
Mme Karen Dufour, coordonnatrice à la santé des femmes, des enfants et des adolescents (SFEA) et à la réadaptation physique
Mme Élisabeth Lamarre, membre
Mme Chantal Lavallée, secrétaire
Mme Angélique L'Hérault-Blanchet, vice-présidente

Réalisations

- Tenue d'une assemblée générale annuelle le 8 juin 2022.
- Tenue de quatre réunions du comité exécutif.
- Réalisation du mandat du comité de la qualité de l'acte (sous-comité du CSF) par :
 - l'évaluation annuelle de chacun des membres quant au respect des exigences de la tenue des dossiers;
 - la réalisation de révisions par les pairs quant au volet de la qualité de l'acte. Elles ont porté sur :
 - les enjeux de la tenue des dossiers lors d'un suivi conjoint avec une clinique externe au CISSS du Bas-Saint-Laurent. Les recommandations ont permis :
 - de revisiter la procédure pour les suivis conjoints afin d'assurer une tenue des dossiers sécuritaire;
 - d'identifier des manquements majeurs qui seront traités avec une sage-femme plus spécifiquement;
 - les meilleures pratiques en cas d'indice de masse corporelle (IMC) élevé et de prématurité.
- Création d'un sous-comité pour la révision des ententes de collaboration entre les médecins et les sages-femmes.
- Création d'un sous-comité dont le mandat était de rédiger une procédure d'attribution des contrats en collaboration avec les ressources humaines.
- Avancement du projet de mise à niveau de la salle d'eau de la Maison de naissance Colette-Julien.
- Demande d'appui à la direction de l'établissement pour un projet de lieu de naissance hors centre hospitalier pour le KRTB : réponse favorable. L'étude de faisabilité est en cours.
- Contribution des sages-femmes à diverses activités dans les communautés :
 - la participation aux haltes-bébés de La Mitis toutes les deux semaines;
 - la présentation d'ateliers mensuels à la Maison des familles du Témiscouata dans le cadre du programme de périnatalité sociale;
 - la participation à la formation des stagiaires avec le Cégep de Rivière-du-Loup dans le cadre du cours *Stage en soins préhospitaliers, secteur périnatalité*.

Comité des usagers du Centre intégré (CUCI)

Composition

M. René Dufour, président,
Kamouraska
Mme Marielle Raymond, vice-
présidente, Rivière-du-Loup
Mme Lise Deschênes, secrétaire-
trésorière, La Mitis
M. Bertrand Martel, La Matapédia
Mme Julette Rioux, Les Basques
Mme Manon Pedneault, Rimouski-
Neigette, Direction du programme
de déficience intellectuelle,
trouble du spectre de l'autisme et
déficience physique
Mme Danielle Bouchard,
Témiscouata
Mme Denyse Landry, Rimouski-
Neigette
M. Réginald Michaud, La Matanie
Vacant, centre de protection de
l'enfance et de la jeunesse

Réalisations

- Tenue de huit rencontres régulières et virtuelles des membres et de quatre rencontres statutaires avec la présidente-directrice générale et le nouveau président-directeur général de l'établissement.
- Information ou consultation des membres sur les sujets suivants :
 - le suivi accordé aux recommandations déposées au conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - le sondage spécial d'Agrément Canada sur l'expérience usager;
 - le mandat du commissaire aux plaintes et à la qualité des services et ses procédures et le rôle du CUCI lors d'une plainte;
 - le rapport annuel des réponses au sondage général de satisfaction des usagers et des statistiques sur les suivis réalisés auprès des gestionnaires;
 - la présentation par Zoom de la Série Savoir : *La sécurité des usagers lors de leur hospitalisation : une innovation au sein du CISSS de la Gaspésie*.
 - la rencontre de travail avec les gestionnaires du CISSS du Bas-Saint-Laurent sur les centres de jour;
 - le fonctionnement du système ambulancier des services préhospitaliers d'urgence du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - le soutien au projet *Trousse à outils pratiques et méthode de mise en œuvre d'un partenariat avec les personnes proche aidantes (PPA)*.
- Envoi d'informations de façon régulière aux comités des usagers relativement aux mesures sanitaires en vigueur et aux directives ministérielles, notamment sur les assemblées générales annuelles des comités et sur leurs surplus budgétaires.
- Participation du président aux rencontres virtuelles de mise à jour sur la COVID-19 avec la direction du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Collaboration à une réflexion sur les sorties d'hôpital des personnes âgées ou vulnérables (facteurs de risque, mesures de protection/prévention envisageables) et sur les centres de jour.
- Participation de membres du CUCI à divers comités dont le conseil d'administration, le comité de vigilance et de la qualité, le comité de gestion des risques, le comité d'éthique clinique et organisationnelle, le comité-conseil sur les soins et les services à la jeunesse et aux familles, le comité directeur stratégique de prévention et contrôle des infections, etc.
- Participation des membres du CUCI à diverses activités (congrès du regroupement provincial des comités des usagers (RPCU), lac-à-l'épaulé, formations).
- Tournée des comités locaux avec le président du CUCI et l'agente d'information du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Département régional de médecine générale (DRMG)

Composition

Dr Olivier Groulx, Rimouski-Neigette
Dr Guido Côté, Témiscouata
Dre Myriam Croteau, Rimouski-Neigette
Dre Isabelle Descoteaux, La Mitis
Dr Jean-François Hérard, Rivière-du-Loup
Dre Dominique Lepage, Kamouraska
Dr Éric Lavoie, chef du DRMG, Les Basques
Dr Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général
Dr Maxime Dionne, Rivière-du-Loup
Dr Pierre-Luc Sylvain, La Matanie
Dre Catherine Poirier, La Matapédia

Réalisations

- La poursuite des activités du Guichet d'accès à la première ligne (GAP). La majorité des groupes de médecine de famille (GMF) et certaines cliniques privées du Bas-Saint-Laurent contribuent à l'offre de service populationnelle et dégagent des plages de rendez-vous pour accueillir la clientèle orpheline.
- L'inscription collective a permis d'inscrire plus de 9 000 usagers dans les huit RLS du Bas-Saint-Laurent. Ces usagers sont majoritairement vulnérables lorsqu'un besoin médical est décelé à la suite d'un appel au GAP. Cette inscription collective permet aux patients d'être attribués à un seul groupe de médecins et d'assurer un meilleur suivi.
- L'offre d'un service aux patients orphelins pour un bilan de santé, un dépistage ou un suivi de maladies chroniques grâce au GAP depuis janvier 2023. Ces services transitoires offerts aux usagers permettent, à ceux qui le souhaitent, d'obtenir un suivi ou un soutien pour changer leurs habitudes de vie.
- La révision du plan régional d'organisation des services (PROS 2022-2025) permet d'identifier les priorités d'actions pour les prochaines années en fonction des différentes réalités de l'ensemble des huit réseaux locaux de services (RLS).
- La mobilisation de tous les GMF afin d'offrir des plages d'accès pédiatrique aux usagers qui appellent au 811 pendant la période de haute circulation virale.
- Le maintien des tables locales médicales dans l'ensemble des RLS afin d'assurer les activités d'organisation et de coordination des services de première ligne. Ces tables de cogestion permettent aux effectifs du RLS de mieux s'approprier les orientations des services de santé et de suggérer des solutions adaptées aux réalités locales.
- La mise sur pied d'une table de concertation régionale en soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) afin de faire face aux enjeux en soins de longue durée et en soins à domicile. Des travaux sont en cours pour fluidifier les trajectoires de la patientèle et les communications aux points de transition entre les GMF/cliniques et le soutien à domicile (SAD).
- La poursuite d'une mobilisation importante du comité de direction du département régional de médecine générale (DRMG) et de ses membres pendant toute l'année en raison du contexte de la pandémie. Le comité de direction du DRMG a soutenu la communauté médicale afin qu'elle puisse s'adapter aux multiples changements exigés par la pandémie.

Répartition de la croissance en omnipratique au Bas-Saint-Laurent Plan régional d'effectifs médicaux (PREM 2023)

Réseaux locaux de services	Arrivées prévues de nouveaux médecins
Kamouraska	1
Témiscouata	1
Rivière-du-Loup	2
Les Basques	1
Rimouski-Neigette	3
La Mitis	1
La Matapédia	1
La Matanie	2
Total	12

- Au PREM 2023, 12 nouveaux postes étaient accordés et ils ont tous été pourvus.
- Au 31 mars 2023, 266 omnipraticiens étaient installés au Bas-Saint-Laurent.
- Au total, il y a eu, depuis le 1^{er} avril 2022, 19 arrivées et 15 départs.

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Composition

Pharmaciens élus

Mme Cynthia Paradis, présidente, La Mitis
M. Mathieu Boucher Simard, vice-président, Rivière-du-Loup
M. Gabriel Nadeau, Rivière-du-Loup

Pharmaciens cooptés

Mme Fleur-Ange Denis, secrétaire, Rivière-du-Loup
M. François Ste-Marie Paradis, Rimouski-Neigette
Mme Gabrielle Ouellet, Témiscouata
Mme Amélie Boudreau, Rivière-du-Loup

Membres d'office

Dr Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général
M. François Paradis, chef du département de pharmacie

Réalisations

- Tenue de cinq rencontres régulières et d'une rencontre extraordinaire où les sujets suivants ont été abordés :
 - la situation de la COVID-19 et la vaccination contre la COVID-19;
 - la contribution au Guichet d'accès à la première ligne (GAP);
 - les services pharmaceutiques pour les patients ambulatoires hors des heures standards (incluant les soirs, les jours fériés et le temps des Fêtes 2022-2023);
 - la progression du programme de formation Techniques de pharmacie au Cégep de Rivière-du-Loup;
 - les ordonnances collectives à abolir;
 - les moyens de distribuer l'information aux pharmaciens communautaires;
 - la priorisation des communications envoyées par les pharmaciens communautaires aux médecins;
 - la nomination d'un représentant du comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) au conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - la création d'une ordonnance collective pour le traitement des conjonctivites à utiliser par les pharmaciens communautaires;
 - la contribution des pharmaciens communautaires pour l'administration du traitement du trouble lié à l'utilisation des opioïdes;
 - la transmission de différents documents aux pharmaciens communautaires et d'établissement.
- Présence d'un membre du CRSP aux comités suivants : comité de soins de fin de vie, comité de gestion des risques (CGR), comité consultatif du département régional de médecine générale (DRMG), dossier santé Québec (DSQ), conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent, tables de concertation en soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAD-SIAD-RI-RPA) et rencontre des présidents des CRSP du Québec.
- Recrutement et présence de pharmaciens aux tables médicales locales.
- Mise en place de tables locales de pharmaciens pour les régions de Rimouski-Neigette-La Mitis et de Rivière-du-Loup-Les Basques.
- Réalisation de démarches pour la mise en place d'une table locale de pharmaciens pour le Kamouraska.
- Réflexion pour le déploiement dans les autres réseaux locaux de services (RLS) (La Matanie, La Matapédia et Témiscouata).
- Présentation du rapport annuel 2021-2022 aux membres du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent par la présidente du CRSP.

Comité de gestion des risques (CGR)

Composition

Dre Maude Bernier, représentante du comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens par intérim

Mme Judith Dion, représentante du conseil multidisciplinaire

Mme Mylène Guénard, chef de service en prévention et contrôle des infections

Mme Myriam Lezou, adjointe au directeur du programme de santé physique et de la cancérologie

Mme Isabelle Ouellet, directrice adjointe des soins infirmiers

Mme Marielle Raymond, représentante du comité des usagers du Centre intégré

Mme Valérie Veilleux, représentante du conseil des infirmières et infirmiers

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

M. Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général

M. Martin Legault, directeur des services techniques

M. François Paradis, chef du département de pharmacie

M. Éric St-Jean, directeur adjoint des programmes de santé mentale et dépendance et représentant des programmes et des services sociaux

M. Michel Simard, directeur des services multidisciplinaires, de l'enseignement et de la recherche

Réalisations

Les réalisations et les actions en lien avec le comité de gestion des risques sont présentées à la section « Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité ».

Comité d'éthique clinique et organisationnelle (CECO)

Composition

Mme Louise Boucher, représentante du programme santé mentale et dépendance, vice-présidente du comité

Mme Marie-Josée Boucher, juriste

Mme Johannie Boutot, représentante du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées

Mme Marie-Hélène Cormier, représentante du programme santé physique

Mme Marie-Josée Gagnon, conseillère cadre en gestion des risques et éthique clinique à la direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique – secteur ouest
Mme Anne Groleau, membre de la communauté

Mme Denyse Landry, représentante du comité des usagers du Centre intégré

Mme Josianne Loignon, conseillère cadre en gestion des risques et éthique clinique à la direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique – secteur centre

Mme Renée Michaud, représentante du programme de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

Mme Karen Smith, représentante de la gouverne, présidente du comité

Mme Catherine Turgeon-Pelchat, représentante de la santé publique

M. Mathieu Bernier, conseiller cadre en gestion des risques et éthique clinique à la direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique – secteur est

M. Vincent Couture, représentant de la protection de la jeunesse

M. Bruno Leclerc, spécialiste en éthique

M. Richard Robichaud, représentant du programme jeunesse

Réalisations

- Tenue des six rencontres au cours de l'année en mode virtuel étant donné le contexte pandémique. Les principaux sujets traités lors des rencontres du comité sont :
 - la sexualité en milieu d'hébergement;
 - la présence d'animaux de compagnie en milieu d'hébergement;
 - la signature du testament en milieu de soins;
 - la collaboration des proches en contexte d'hébergement;
 - l'utilisation des dispositifs de surveillance audio et par caméra dans les milieux de soins et de vie;
 - l'autonomie décisionnelle des personnes âgées et leur sécurité.
- Réception de 47 demandes par les conseillers-cadres en gestion des risques et éthique clinique traitées par ceux-ci ou par le comité d'éthique clinique et organisationnelle (CECO). Trois de ces demandes sont encore en cours au 31 mars 2023.
- Participation d'une conseillère-cadre en gestion des risques et éthique clinique aux rencontres de partage du Pôle en éthique clinique, professionnelle et organisationnelle de l'Institut d'éthique appliqué de l'Université Laval.

3.5 Les faits saillants

Les nouveaux enjeux, les priorités et les principales réalisations



Des honneurs provinciaux pour le CISSS du Bas-Saint-Laurent

L'établissement a été honoré à deux reprises en mai 2022 lors du gala des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux qui se tenait à Québec. Le travail des équipes a été souligné dans la catégorie Accessibilité aux soins et aux services avec le projet Accès réseau pertinence, une solution qui vise à répondre aux besoins de la clientèle sans médecin de famille, incluant le déploiement d'une centrale téléphonique appelée Guichet d'accès à la première ligne, dont le but est de trier et d'orienter les

demandes. Cette solution novatrice permet d'améliorer la pertinence des consultations, le soutien à la pratique et l'efficacité des ressources en appui aux groupes de médecine familiale.

Le CISSS s'est aussi distingué en remportant un prix dans la catégorie Prévention et contrôle des infections – Soutien aux milieux de vie. Soucieux d'assumer pleinement sa responsabilité populationnelle et d'assurer une présence et un soutien tangible aux milieux de vie de son territoire,

l'établissement a mis en place, dès avril 2020, un réseau de 15 agents pour intervenir dans les ressources intermédiaires, résidences privées pour aînés et ressources de type familial du territoire. Le réseau d'agents a permis d'assurer une vigie rehaussée de la COVID-19 et de maintenir le développement de la compétence en prévention et contrôle des infections dans ces milieux de vie, de réaliser des visites mensuelles et de soutenir l'implantation et le déploiement des actions préventives dans la lutte contre la COVID-19.

La collaboration interprofessionnelle au cœur d'un projet pilote

Un projet pilote visant à améliorer l'accès aux soins de santé en milieu rural en mettant l'accent sur la collaboration interprofessionnelle a été présenté en juin 2022. Des infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IP SPL) peuvent ainsi participer à la prise en charge de territoires

ruraux de la région en s'associant avec les équipes de trois groupes de médecine familiale, soit les GMF du Fleuve et du Boisé Langevin de Rimouski et le GMF-U de Trois-Pistoles. Elles répondent directement aux besoins de première ligne comme le suivi de patients orphelins et inscrits, la

participation au guichet d'accès à la première ligne (GAP) ainsi que les soins à domicile et de proximité. Ce projet pilote fait l'objet d'un suivi par des chercheurs de l'Université du Québec à Rimouski afin de mesurer les impacts de la collaboration interprofessionnelle sur l'accès aux soins de qualité.

Le grand départ de l'Aventure médecine à Rimouski

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a accueilli, en août 2022, la première cohorte de 18 étudiantes et étudiants du programme de doctorat en médecine de l'Université Laval à Rimouski. La mise en place de ce programme d'enseignement de la médecine a nécessité la construction d'un nouveau pavillon adjacent à l'Hôpital régional de Rimouski au coût de 27 M\$, rendu possible grâce au soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le pavillon d'enseignement de la médecine de Rimouski permettra à des étudiants au doctorat en médecine



de l'Université Laval de réaliser leur préexternat dans la région et d'y poursuivre également leur formation, tout en profitant d'une

excellente exposition clinique et d'une intégration à la communauté étudiante de l'Université du Québec à Rimouski.



Inauguration de la Maison des aînés et alternative de Rivière-du-Loup

Le premier ministre du Québec, accompagné de la ministre déléguée à la Santé et aux Aînés, a procédé, le 3 mars 2023, à l'inauguration de la première Maison des aînés et alternative au Bas-Saint-Laurent. Cette Maison des aînés et alternative met 120 places d'hébergement à la disposition de la population du territoire de Rivière-du-Loup, dont 96 places pour aînés et 24 places pour adultes ayant des besoins spécifiques. Ce site offrira aux résidents un milieu de vie à dimension humaine, constitué de dix unités climatisées de 12 chambres individuelles.

Rapport du directeur de la santé publique sur les maladies à déclaration obligatoire

C'est en octobre 2022 que le directeur de la santé publique du CISSS du Bas-Saint-Laurent a présenté son rapport sur les maladies à déclaration obligatoire (MADO) couvrant la période de 2010 à 2021. Ce rapport témoigne d'une partie incontournable du travail effectué en protection de la santé par la Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent, qui consiste en la compilation continue de données de qualité et la prise en charge des cas déclarés par nos professionnels de la santé.

Près de 95 % des quelque 8000 MADO déclarées entre 2010 et 2021 étaient des maladies infectieuses. Excluant la COVID-19, la majorité était liée à des infections transmises sexuellement et par le sang, ce qui témoigne de la nécessité d'intensifier les efforts de prévention et de dépistage. La COVID-19 s'est démarquée par sa fréquence, ses impacts sur la santé et l'intensité du travail qu'elle a nécessité sur le terrain par le



2022 RAPPORT
du directeur de la santé publique
sur les maladies à déclaration obligatoire (MADO)
au Bas-Saint-Laurent

réseau de la santé et des services sociaux. Quant aux maladies d'origine chimique rapportées depuis 2010, elles comptaient pour près de 5 % de l'ensemble des MADO déclarées et étaient principalement liées au monoxyde de carbone. L'utilisation des appareils de chauffage au bois en hiver en est la principale cause.

ExploRÉA : Pour la relève en réadaptation en région

Au cours de l'an un du projet ExploRÉA, projet visant la formation et l'attraction de la relève professionnelle en réadaptation en région, les stages offerts par notre établissement ont plus que doublé en comparaison aux trois années précédentes. Ce sont 35 de nos professionnels qui ont offert 50 % de tous les stages réalisés en cours d'année dans l'ensemble des CISSS de l'Est-du-Québec.



Bilan annuel de la directrice de la protection de la jeunesse

Le bilan 2021-2022 de la Direction de la protection de la jeunesse régionale indique que 2564 signalements ont été traités, soit 7 situations d'enfant quotidiennement, une diminution de 11,4 % des signalements comparativement à l'exercice précédent. Au total, 884 signalements ont été retenus, une baisse de 12,4 % comparativement à l'exercice 2020-2021. Quant au taux de rétention des signalements, il s'est établi à 34,5 %, 0,4 % de moins qu'en 2020-2021.

Mise sur pied du Service de développement durable

Depuis le printemps, le CISSS a une nouvelle ressource professionnelle qui se consacre entièrement au développement durable, et ce, pour une durée de trois ans, marquant ainsi le déploiement d'un Service de développement durable au CISSS du Bas-Saint-Laurent. Ce service permet d'offrir des conseils en matière environnementale, de coordonner des projets, de sensibiliser les différents acteurs du CISSS du Bas-Saint-Laurent, de collaborer avec les partenaires régionaux et d'orienter la haute direction sur les nouvelles pratiques à adopter.

D'ailleurs, en vue d'élaborer son plan d'action en développement durable, le Service du développement durable a fait appel à Synergie Santé Environnement (SSE) afin de l'accompagner pour établir un portrait détaillé de la gestion des matières résiduelles dans nos installations. Une tournée des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), des centres jeunesse (CJ), des centres de réadaptation (CR), des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres hospitaliers et de certains plateaux de travail a eu lieu en janvier et février 2022.



^ De gauche à droite : Nathalie Robitaille, Hélène Akpo-Allavo et Alice Bernadet, conseillères de SSE, le Dr Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général, Mélanie Potvin, directrice adjointe exécutive, Rimouski-Neigette-La Mitis et Marie Duchesne, conseillère en développement durable et aux établissements de la Direction des services techniques.

Lancement d'une première Aire ouverte au Bas-Saint-Laurent

À Rivière-du-Loup, en octobre, avait lieu le lancement d'Aire ouverte, une ressource destinée aux 12 à 25 ans visant à leur faciliter l'accès au réseau de la santé et des services sociaux. Résultat de la concertation de plusieurs partenaires du milieu communautaire, scolaire, municipal et de la santé, Aire ouverte offre différents services adaptés à la réalité des adolescents et des jeunes adultes, touchant notamment la santé mentale et physique. Sur place, des conseils pour les études, le travail, le logement ou des renseignements sur l'aide financière et juridique sont également offerts.

Un projet en faveur de la relève en réadaptation en région

C'est en juin 2022 que le projet de stages en réadaptation en région ExplorÉA a été lancé. Visant à offrir une immersion à la pratique en réadaptation dans les régions de l'Est-du-Québec et à former un plus grand nombre d'étudiantes et d'étudiants aux réalités régionales, ce projet touche les programmes suivants : audiologie, ergothérapie, orthophonie et physiothérapie.

Nouvelle unité de stabilisation mixte jeunesse au Kamouraska

Une toute nouvelle unité de stabilisation mixte jeunesse a ouvert ses portes en février 2023 à La Pocatière. Cette unité, pouvant accueillir quatre usagers, permet d'actualiser la réadaptation intensive et adaptée à la clientèle jeunesse (6-18 ans) ayant une DI-TSA ou une DP pouvant être en besoin

de protection. L'augmentation du nombre d'enfants présentant un profil clinique complexe, associée au débordement du parc d'hébergement, a mené l'organisation à déposer au Ministère ce projet qui a été retenu dans le cadre d'un appel de projet novateur en hébergement jeunesse.



Cohorte de Matane



Cohorte de Rimouski

36 infirmières et infirmiers d'Afrique en formation aux Cégeps de Rimouski et de Matane

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a accueilli 36 infirmières et infirmiers diplômés en provenance de plusieurs pays d'Afrique, dont l'Algérie, le Maroc, la Tunisie et le Cameroun. Cette relève a été sélectionnée dans le cadre d'une mission internationale menée par l'organisme Recrutement Santé Québec pour le compte du CISSS du Bas-Saint-Laurent. Vingt infirmières et infirmiers sont arrivés

à Rimouski à la fin septembre, alors que 16 autres se sont dirigés à Matane vers la fin octobre. Ils ont depuis entamé une attestation d'études collégiales intensive d'une année afin de se qualifier à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Les Cégeps de Rimouski et de Matane sont des partenaires de premier plan dans cette importante

opération de recrutement, ainsi qu'Accueil et immigration Bas-Saint-Laurent et le Service d'accueil des nouveaux arrivants de La Matanie, qui ont facilité l'arrivée de ces personnes en sol bas-laurentien. Au terme de leur formation, ces infirmières et infirmiers obtiendront une garantie d'emploi de trois ans au CISSS du Bas-Saint-Laurent.

LE RÉSEAU D'ÉCLAIREURS

Déploiement d'un réseau d'éclaireurs

Depuis novembre 2022, un réseau d'éclaireurs visant à répondre de façon concertée aux besoins qui ont émergé de la crise sanitaire a été déployé dans la région. Initié par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ce réseau a pour objectif d'augmenter la capacité d'adaptation et la résilience des personnes en contexte de pandémie et de post-pandémie, et ce, en collaboration avec plusieurs partenaires et organismes répartis dans les huit MRC du territoire.

Favoriser la gestion de proximité

Processus amorcé à la fin de l'année 2022, le CISSS du Bas-Saint-Laurent a complété la nomination de six directeurs adjoints exécutifs et de deux coordonnateurs exécutifs, suivant la volonté gouvernementale et de la haute direction de l'établissement de mettre en place une gestion de proximité, en étroite collaboration avec les directeurs hiérarchiques actuels.

Dans le cadre de leurs mandats, ces directeurs et coordonnateurs assurent notamment une vigie et une vision globale des services de proximité au sein de leur territoire, tout en favorisant une meilleure coordination locale des soins de santé et de services sociaux, et ce, dans le respect des trajectoires de soins et services en vigueur. Ces gestionnaires de proximité relèvent directement de la présidence-direction générale.

Lancement d'une campagne de sensibilisation contre les violences faites aux femmes

Le 1^{er} décembre 2022, le CISSS et les membres de la Table de concertation en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle de l'est du territoire ont uni leurs voix pour sensibiliser la population au phénomène des violences faites aux femmes.

Une campagne d'information, publiée notamment sur le site Internet et les réseaux sociaux du CISSS du Bas-Saint-Laurent et dans différents lieux publics, a contribué à mettre en lumière différents mythes concernant la violence conjugale.

Un fonds de recherche est lancé

C'est avec fierté que le CISSS a annoncé, en février 2023, le lancement de son tout premier fonds de recherche doté d'une enveloppe de 462 000 \$ pour les trois prochaines années, et ce, grâce à l'engagement essentiel de quatre fondations de la région. Ainsi, la Fondation du Centre hospitalier régional de Rimouski injecte 345 000 \$ dans ce nouveau fonds, la Fondation de l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima y contribue pour 75 000 \$, la Fondation de la santé de la Mitis s'engage pour un montant de 30 000 \$, alors que la Fondation Action-santé de la Matapédia participe à la hauteur de 12 000 \$.

Ce nouveau fonds financera différents projets déployés sous deux axes de recherche : l'axe santé et services sociaux dans les communautés rurales et éloignées ainsi que l'axe recherche clinique et sciences biomédicales. La mise en place de ces axes poursuit deux grands objectifs fondamentaux, soit permettre la convergence des expertises cliniques et scientifiques et l'intégration de la recherche aux missions de soins et services, en plus d'assurer le rayonnement de l'expertise en rendant disponibles des ressources spécialisées dans la recherche de financement.

Bonification des heures d'ouverture de l'unité d'hémodialyse satellite à Rivière-du-Loup

Le service d'hémodialyse du Centre hospitalier régional du Grand-Portage a vu ses activités s'étendre à six jours semaine en octobre 2022. Cette bonification du service a contribué à améliorer l'accès à la dialyse, qui a pu passer de 18 à 32 places par semaine pour des usagers de l'ouest du Bas-Saint-Laurent. Le Centre hospitalier régional du Grand-Portage compte huit chaises servant à la dialyse.

Mieux accompagner les futures mamans dès le début de leur grossesse

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a présenté, le 19 octobre 2022, le service « Ma grossesse » à l'intention des futures mamans. Grâce à un formulaire électronique accessible à Quebec.ca/magrossesse, les futures mères sont incitées à déclarer leur grossesse le plus tôt possible afin obtenir l'accompagnement et les services nécessaires adaptés à leurs besoins, tant au plan médical que psychosocial.

Sur les quelque 1 600 grossesses qui sont enregistrées chaque année au Bas-Saint-Laurent, 12 % ne font pas l'objet d'un suivi médical dès le départ. Ma grossesse permettra d'offrir et d'amorcer rapidement les services de périnatalité, d'éliminer ou de réduire les conséquences des facteurs de risque pouvant influencer négativement le déroulement ou l'issue de la grossesse.



Clinique spécialisée en COVID longue et maladie de Lyme

Au début de l'année 2022, le CISSS du Bas-Saint-Laurent a accueilli une nouvelle clinique spécialisée en COVID longue et en maladie de Lyme dans le cadre d'un projet pilote d'une durée de trois ans. L'équipe de cette clinique, composée de professionnels et d'un médecin spécialiste, se penche sur la santé physique, la santé mentale, la réadaptation et le soutien social des patients et a pour rôle l'évaluation, le diagnostic, l'intervention précoce et l'élaboration de plans de prise en charge.

Déploiement du dossier patient électronique (DPÉ) et du projet de numérisation

Le DPÉ et le projet de numérisation ont été mis en opération au début 2023 au Kamouraska et à Rivière-du-Loup. À terme, le DPÉ contiendra les données cliniques de l'utilisateur provenant des systèmes de numérisation, de gestion de formulaires et de dictée/transcription ainsi que des laboratoires et de l'imagerie médicale. Cet important projet est réalisé conjointement avec le déploiement des chaînes de numérisation des dossiers

cliniques des usagers. Les mises en opération se feront graduellement dans les autres MRC au cours de l'année.

Comme tout projet de cette envergure, cette implantation est accompagnée d'une importante gestion de changement et de défis technologiques qui ont nécessité un repositionnement stratégique au fil des mois pour soutenir au mieux les équipes concernées au courant du déploiement.

Tragédie d'Amqui : résilience et mobilisation

Suivant cette tragédie survenue en mars, il importe de souligner la résilience de cette population durement éprouvée ainsi que l'engagement exceptionnel de tous nos employés et médecins. Leur professionnalisme et leur dévouement ont contribué à soutenir une communauté sous le choc. L'offre de soutien

psychosocial s'est rapidement mise en place, autant pour les familles et les proches des victimes, que pour la population en général et nos propres collègues. Les équipes du CISSS du Bas-Saint-Laurent ont encore une fois démontré leur capacité à se mobiliser et leur résilience.



Une réponse psychosociale « prépremière ligne »

Afin de répondre de façon plus optimale aux nombreuses demandes de soutien psychosocial, un nouveau service « prépremière ligne » a été ajouté à l'Accueil-Analyse-Orientation-Référence (AAOR). L'expertise et la contribution des équipes de l'AAOR régional et du 811-2 ont pu être mises à profit, devenant ainsi l'assise centrale de ce service qui permet de répondre, par une intervention de 1 à 3 rencontres, aux usagers de tous âges et de tous programmes-services.

Promotion du commissariat aux plaintes et à la qualité des services

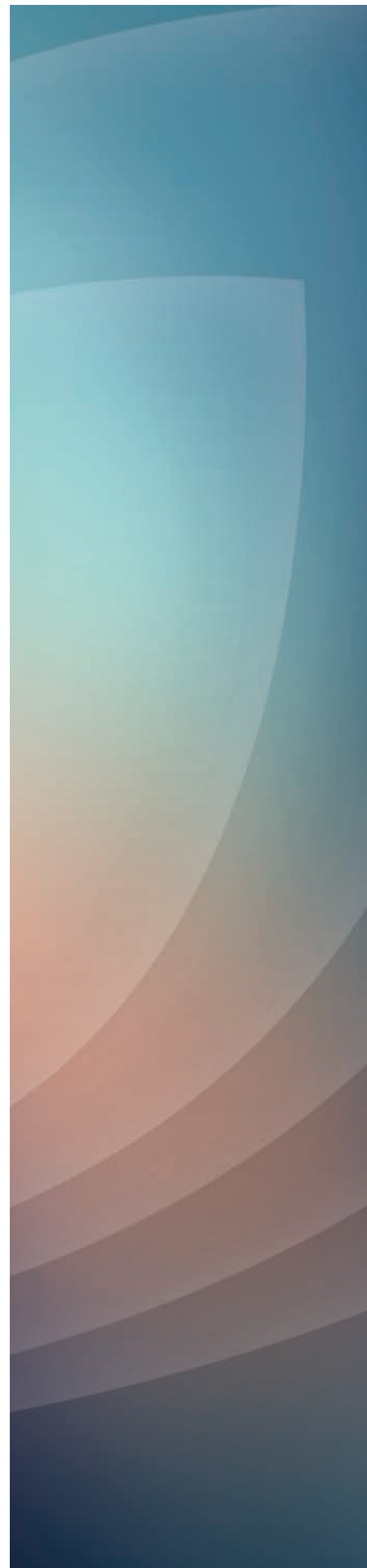
De par ses valeurs d'humanisation, de collaboration, d'engagement et de responsabilisation, le CISSS du Bas-Saint-Laurent place l'utilisateur au cœur de sa mission en vue de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population. Dans cet esprit, chaque membre du personnel, médecin, gestionnaire, administrateur, stagiaire et bénévole contribue à incarner ces valeurs. En respect de la

Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), une démarche innovante de promotion du commissariat aux plaintes et à la qualité des services a vu le jour dans l'établissement. L'objectif est de développer les connaissances de la communauté CISSS au sujet des droits de l'utilisateur, tout en consolidant la collaboration dans l'amélioration continue de la qualité des services offerts.

Les impacts de la pandémie au regard de la COVID-19 sur ses activités

La dernière année a vu la situation s'améliorer dans les hôpitaux du Bas-Saint-Laurent qui ont été durement frappés par la sixième vague de la COVID-19. Ainsi, en mai 2022, le réseau de la santé a pu s'affairer à déployer un plan de rattrapage des chirurgies.

En dépit d'une grande pression sur les équipes, il est à noter que le CISSS a réalisé moins de délestage que dans les vagues précédentes, le volume chirurgical n'ayant pas diminué sous la barre des 64 % au plus fort de cette sixième vague. L'établissement a pu bénéficier de plus de souplesse dans la gestion des grilles opératoires et faire en sorte que les gens en attente d'une chirurgie puissent être inscrits au programme, puis opérés. Ce faisant, les personnes en attente d'une opération non urgente depuis plus d'un an ont été priorisées et les chirurgies urgentes ont été maintenues. Le rattrapage a notamment touché un nombre important de chirurgies bariatriques, de cataractes et de hanches.





4

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

4

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

4.1 Chapitre III : Attentes spécifiques

Tableau : Résultats des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité

N ^o	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
1.1	Adapter les processus de collecte de données sur les décès	- Délaisser le bulletin de décès en version papier et sa transmission par courrier postal; - Utiliser le formulaire informatisé et le transmettre électroniquement.	R
1.2	Promouvoir l'inscription à l'avis de grossesse informatisé	- Participer à l'effort provincial pour implanter l'avis de grossesse dans notre région; - Faire la promotion de l'avis de grossesse au sein de nos réseaux territoriaux de services (RTS) de santé et de services sociaux; - Utiliser les outils de communication développés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour en faire la promotion.	R
1.3	Augmenter la couverture vaccinale des programmes offerts en milieu scolaire (primaire, secondaire)	- Assurer la mise en œuvre des programmes de vaccination dans les milieux scolaires du territoire, incluant le rattrapage de la vaccination des élèves non vaccinés depuis 2019-2020; - Assurer la disponibilité de la main-d'œuvre formée et qualifiée pour réaliser cette vaccination.	R
1.4	Consolider les effectifs au sein des directions de santé publique et les services de santé publique à mettre en œuvre pour faire face à la pandémie de la COVID-19	- Consolider l'embauche des effectifs afin d'assurer le déploiement d'interventions liées à la pandémie de la COVID-19; - Assurer un suivi auprès du MSSS sur les ressources humaines et les dépenses.	R
2.1	Implantation des sites Aire ouverte offrant des services adaptés à la réalité des jeunes de 12 à 25 ans	Démontrer le niveau d'avancement par rapport à l'année précédente, quant : - au déploiement du site Aire ouverte; - à l'embauche de l'équipe spécialisée; - à l'adaptation de l'offre de service afin qu'elle soit ajustée à la réalité des jeunes de 12 à 25 ans.	R
2.2	Implanter le Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) dans l'ensemble de la trajectoire de services en santé mentale adulte et jeunesse	Démontrer le niveau d'avancement quant aux résultats : - de la révision du processus lié à l'accessibilité et aux mécanismes d'accès; - du nombre d'utilisateurs en attente et des délais d'attente; - du déploiement du PQPTM; - l'offre de service ajustée aux étapes 1 et 2 du modèle de soins par étape.	R

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
2.3	Soutenir le réseau d'éclaireurs et d'équipes relais en santé psychosociale et mentale	Faire un état de situation du déploiement du réseau d'éclaireurs.	R
2.4	Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité	Rédiger un plan d'amélioration des services de proximité : - en présentant les actions prioritaires visant à améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité; - en tenant compte du principe directeur, de l'approche et des orientations du cadre de référence <i>Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité</i>.	Cette attente a été annulée par le MSSS
2.5	Améliorer l'accès aux services spécifiques et spécialisés en santé mentale	Démontrer le niveau d'avancement quant aux résultats : - de la révision des processus; - de l'implantation de la gouvernance des mécanismes d'accès en santé mentale (MASM) et des grandes fonctions des guichets.	R
3.1	Soutenir la fluidité pour la sortie des usagers en niveau de soins alternatifs (NSA) dans les centres hospitaliers (CH) du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)	Optimiser et diminuer les délais dans les processus pour augmenter la fluidité de la trajectoire de sortie des usagers. Les résultats attendus sont : - de diminuer le nombre d'usagers NSA hors délais dans les CH selon les délais prescrits; - de diminuer le nombre d'usagers hospitalisés qui ne nécessitent pas le niveau de services donnés dans l'unité de soins où ils se trouvent, faute de capacité pour les relocaliser dans la communauté.	NR
3.2	Adopter, déployer et mettre à jour la <i>Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité</i> , et veiller à la planification et au déploiement de la formation en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées	- Rendre accessible la politique de lutte contre la maltraitance sur le site Internet de l'établissement; - Désigner une personne responsable de sa mise en œuvre; - Déployer les formations en maltraitance selon les cibles établies par le MSSS.	R R NR
3.3	Implanter et suivre la phase trois des travaux ministériels sur les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM)	- Consolider les acquis à partir des groupes de médecine de famille (GMF) et des services de proximité; - Mettre en place un plan d'action biennal; - Utiliser des moyens facilitateurs proposés par le MSSS sur la base des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles.	R

N ^o	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
3.4	Accroître les services offerts aux proches aidants (10 M\$) et implanter une coordination en proche aidance (3 M\$)	Remplir une reddition de comptes concernant : • Les types de services octroyés; • Les centres d'activités; • Les programmes-services visés; • Les sommes investies; • La titularisation du poste (titre d'emploi et direction d'attache).	R
3.5	Consolider l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA)	Afin de consolider les leviers organisationnels nécessaires pour que l'AAPA devienne partie intégrante de notre culture, l'établissement doit : • avoir les structures et les processus pour permettre l'application des interventions ayant le plus d'impact clinique positif pour les aînés; • offrir la formation du MSSS qui s'adresse au personnel de soutien et aux bénévoles; • encourager la contribution des personnes proches aidantes; • réaliser des audits de pratique périodiques dans les urgences et les unités d'hospitalisation.	NR
4.1	Contribuer au déploiement provincial de la télésanté	Démontrer la contribution au déploiement de la télésanté 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 2019-2023; • que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour.	R
5.1	Mettre en place les mesures visant le renforcement et la coordination des services de proximité pour les jeunes en difficulté et leur famille afin de répondre aux besoins de ces derniers, en temps opportun	Poursuivre la mise en œuvre des actions afin que les jeunes en difficulté et leur famille puissent avoir accès à des services de qualité en matière de prévention et d'intervention de proximité : • documenter les effets observés en vue d'assurer la continuité d'un suivi conjoint à tous les enfants qui reçoivent des services de première ligne et qui sont évalués par la Protection de la jeunesse. • assurer une réponse dans un délai maximal de 30 jours; • mettre en place des stratégies en vue d'assurer une trajectoire de services plus fluide entre le milieu scolaire et les services de proximité.	R NR R
6.1	Alléger et accélérer les processus d'autorisation pour les projets de recherche	• Élaborer et implanter un plan d'action visant à optimiser le processus d'autorisation des activités de recherche. Ce plan doit répondre aux attentes ministérielles des années subséquentes et vise la réduction des délais moyens d'autorisation des activités de recherche.	R

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
7.1	Déployer le plan décentralisé de modernisation technologique	Rendre compte de l'état d'avancement de l'implantation du plan de modernisation technologique décentralisée ainsi que de l'utilisation des sommes octroyées pour sa réalisation, et ce, pour l'ensemble des indicateurs identifiés.	R

R : réalisé

NR : non réalisé

4.2 Chapitre IV : Les engagements et les établissements

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Santé publique				
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec lesquelles les CISSS/CIUSSS collaborent pour la planification globale et concertée et la mise en œuvre d'actions en promotion de la santé et en prévention en contexte scolaire	71,6 %	54 %	98,5 %	54 %
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	94,7 %	94,4 %	90,9 %	94,4 %
Plan stratégique 1.01.28-PS Proportion des enfants âgés d'un an au 31 mars qui ont reçu dans les délais prescrits leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle	82,7 %	90 %	80,9 %	90 %
1.01.29-EG2 Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	1 788	1 611	2 078	1 611

1.01.30-EG2 Proportion des enfants âgés de 18 mois au 31 mars qui ont reçu dans les délais prescrits leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle	79 %	90 %	76,7 %	90 %
1.01.32-EG2 Proportion des élèves de 4 ^e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec	91,6 %	90%	90,7 %	90 %
Plan stratégique 1.01.34-PS Pourcentage des résultats de dépistage de la COVID-19 transmis en moins de 24 heures entre le prélèvement et l'émission du résultat par les laboratoires du réseau	85,17 %	85 %	96,14 %	90 %
Plan stratégique 1.01.36-PS Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge	88,99 %	80 %	88,32 %	80 %
1.01.13.01-EG2 - Pourcentage d'écoles publiques avec lesquelles les CISSS/CIUSSS collaborent pour la planification globale et concertée et la mise en œuvre d'actions en promotion de la santé et en prévention en contexte scolaire L'engagement de 54 % est largement dépassé au 31 mars 2023. Nous constatons une augmentation du résultat obtenu pour cet indicateur passant de 71,6 % en 2021-2022 à 98,5 % en 2022-2023. Notre région se démarque positivement lorsque nous comparons notre résultat au 31 mars 2023 à celui pour l'ensemble du Québec qui atteint seulement 72 %. Le contexte et les facteurs qui expliquent le résultat : Cette année, les 8 répondants locaux de l'approche École en santé ont travaillé de pair avec les 4 agents de relations humaines (ARH) en santé mentale positive pour mettre en place des actions en promotion et prévention dans les écoles. En soutien aux répondants locaux d'École en santé, au moins 6 agents de planification, de programmation et de recherche (APPR) contribuent également au déploiement de la démarche (École en santé, santé mentale positive, mode de vie physiquement actif (MVPA), alimentation, développement optimal des enfants, prévention des dépendances);				

- Dans les dernières années, les gouvernances locales établies ont porté fruit et ont facilité les démarches de planification et de mise en œuvre des actions en promotion et prévention. Chaque territoire s'est donné un mode de fonctionnement propre pour identifier les actions à mettre en place. Par exemple, selon les milieux, des plans d'action ont été élaborés par le centre de services scolaires (CSS) ou par l'école. Tous ces éléments ont facilité l'atteinte de la cible de l'approche École en santé.

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

L'engagement de 94,4 % n'est pas atteint au 31 mars 2023. Nous constatons une diminution de notre résultat de 3,8 % pour cet indicateur passant de 94,7 % en 2021-2022 à 90,9 % en 2022-2023. Toutefois, le taux obtenu est similaire à celui pour l'ensemble du Québec qui est de 90,7 %.

Malgré la responsabilité qui incombe à la Direction de la santé publique (DSPu), la vaccination du RRO-Var est un service imparti à la Direction de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse (DPJ-PJe). Les éléments énumérés ci-dessous proviennent donc de ces deux directions impliquées.

Aucun facteur à lui seul ne peut expliquer la non-atteinte des cibles, il s'agit plutôt du cumul des effets de multiples facteurs :

- L'introduction de l'ABCdaire 18 mois+ (programme Agir tôt), qui demande des plages de rendez-vous plus longues, limite la disponibilité pour respecter les délais pour les autres rendez-vous de vaccination;
- Le roulement fréquent du personnel clinique et administratif qui ne maîtrise pas tout à fait l'importance de vacciner dans les délais lorsque la notion de respect du calendrier vaccinal n'est pas complètement intégrée;
- Lors de besoins ponctuels (principalement en vaccination bébé), les horaires des infirmières retraitées, venant contribuer à l'offre de service en vaccination, ne concordent pas toujours selon le calendrier de vaccination (ex. : le délai est le jeudi et le rendez-vous pour la vaccination est le vendredi);
- Les intervenants constatent des annulations de rendez-vous plus fréquemment depuis la surveillance accrue des symptômes des enfants en contexte de pandémie. Comme les délais de calendrier sont stricts, il devient alors complexe dans ces situations de replanifier le rendez-vous dans les délais du calendrier vaccinal;
- Une rupture dans la circulation des avis de naissance entre les services sages-femmes et les services de vaccination infantile a été constaté;
- Une proportion de parents ne croit pas à la vertu de l'acte vaccinal et ne consent pas à ce que leur enfant reçoive des produits immunisants. De manière globale, un désintérêt de la clientèle pour la vaccination est noté par les intervenants, sans avoir été mesuré.

Plusieurs mesures sont en place pour améliorer la situation :

- Des interventions au sein des équipes locales jeunesse ont été réalisées dans le cadre des rencontres régulières par les gestionnaires. L'objectif était de mettre à contribution les agentes administratives pour le déplacement des rendez-vous à l'intérieur du délai de 14 jours (ex. : validation spécifique des raisons de refus et identification d'actions adaptées);

- Les échanges entre la DSPu, la DPJ-PJe et la Direction adjointe des opérations de vaccination, dépistage et autres activités cliniques concernant les actions de vigilance à adopter en vue d'atteindre la cible pour la prochaine année financière;
- Le pourcentage d'atteinte des cibles diminue avec l'âge requis (2 mois et 14 jours – 12 mois et 14 jours – 18 mois et 14 jours). Nous avons plus de latitude dans la planification des rendez-vous pour le vaccin de 2 mois et 14 jours et celui de 18 mois et 14 jours (variation de 14 jours avant ou après l'âge fixé, ce qui donne 28 jours de marge de manœuvre). Une meilleure planification des rendez-vous pour ces groupes d'âge permettra de laisser plus de disponibilités pour le vaccin de 12 mois et 14 jours pour lequel le délai pour procéder à la vaccination est beaucoup plus court;
- La diffusion des données des indicateurs auprès des équipes par l'entremise d'un nouveau canal de communication Teams pour joindre les vaccinateurs afin qu'ils soient au fait de l'état de situation;
- La diffusion des données périodiques auprès des gestionnaires responsables de la vaccination à la DPJ-PJe. Différents outils sont alors utilisés : tableau de bord de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI), courriel, rencontres, plateforme de collaboration. Les outils de suivi pourront évoluer, notamment des rapports provenant de l'application d'intelligence d'affaires Power BI, selon leur niveau d'utilisation;
- La préparation de capsules vidéo destinées aux parents hésitants qui seront diffusées par différents médiums de communication en 2023-2024 (ex. : site Web du CISSS du Bas-Saint-Laurent, Facebook, envoi aux services de garde, etc.);
- La poursuite des travaux sur l'offre de service de base en vaccination mis sur pause en raison de la COVID-19 en collaboration avec la DPJ-PJe et la DOVD;
- La mise en place d'une nouvelle direction adjointe responsable et imputable des services offerts en vaccination (DOVD – Direction des opérations de vaccination, dépistage et autres activités cliniques).

**Prendre note que le contexte et les éléments explicatifs sont identiques pour les indicateurs suivants : 1.01.28-PS et 1.01.30-EG2*

Plan stratégique

1.01.28-PS - Proportion des enfants âgés d'un an au 31 mars qui ont reçu dans les délais prescrits leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle

L'engagement de 90 % n'est pas atteint au 31 mars 2023. Nous constatons une légère diminution du résultat obtenu de 1,8 % pour cet indicateur passant de 82,7 % en 2021-2022 à 80,9 % en 2022-2023.

Bien que nous n'atteignons pas la cible et que notre résultat ait diminué, celui-ci est supérieur au taux pour l'ensemble du Québec qui est de 74,5 % et pour lequel on note également une diminution par rapport à l'année précédente.

**Prendre note que le contexte et les éléments explicatifs sont identiques à ceux décrits pour l'indicateur précédent : 1.01.27-EG2*

1.01.29-EG2 - Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans

L'engagement de 1 611 activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les jeunes de 15 à 24 ans est dépassé au 31 mars 2023. On note une augmentation de 290 activités de dépistage pour cet indicateur passant de 1 788 en 2021-2022 à 2 078 en 2022-2023.

Les facteurs qui expliquent le résultat :

- Les activités de dépistage mises en place depuis quelques années fonctionnent bien;
- Un suivi régulier et constant est fait auprès des équipes afin de faire les ajustements nécessaires (ex. : formation, saisie des données statistiques, rencontres cliniques, etc.);
- La fin de la pandémie a permis la reprise des activités régulières de dépistage.

1.01.30-EG2 - Proportion des enfants âgés de 18 mois au 31 mars qui ont reçu dans les délais prescrits leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle

L'engagement de 90 % n'est pas atteint au 31 mars 2023. Nous observons une légère diminution du résultat obtenu de 2,3 % pour cet indicateur passant de 79 % en 2021-2022 à 76,7 % en 2022-2023.

Nous constatons également une diminution du taux pour l'ensemble du Québec, puisque celui-ci est passé de 71,9 % en 2021-2022 à 67,5 % en 2022-2023. Notre résultat se démarque positivement en le comparant avec le résultat pour l'ensemble du Québec avec un taux supérieur de 9,2 %.

**Prendre note que le contexte et les éléments explicatifs sont identiques à ceux décrits pour l'indicateur précédent : 1.01.27-EG2*

1.01.32-EG2 - Proportion des élèves de 4^e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec

L'engagement de 90 % est atteint au 31 mars 2023. Nous observons une légère diminution du résultat obtenu de 0,9 % pour cet indicateur passant de 91,6 % en 2021-2022 à 90,7 % en 2022-2023. Notre résultat se rapproche de celui pour l'ensemble du Québec qui se situe à 91,7 %.

Les éléments qui ont contribué à l'atteinte de l'engagement :

- Excellente collaboration entre les établissements scolaires et le CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Bonne planification du calendrier de vaccination par les infirmières travaillant en milieu scolaire.

Plan stratégique

1.01.34-PS - Pourcentage des résultats de dépistage de la COVID-19 transmis en moins de 24 heures entre le prélèvement et l'émission du résultat par les laboratoires du réseau

L'engagement de 90 % de l'établissement, correspondant également à la cible nationale 2022-2023, a été atteint au 31 mars 2023. Nous constatons une amélioration du résultat obtenu pour cet indicateur passant de 85,17 % en 2021-2022 à 96,14 % en 2022-2023. Nous remarquons également cette tendance au niveau national, soit un résultat pour l'ensemble du Québec semblable au nôtre avec un taux de 95,38 %.

Les diverses plateformes technologiques déployées localement pour les dépistages de la COVID-19 par PCR (*polymerase chain reaction*) sont adaptées selon la volumétrie d'analyses et permettent d'obtenir un délai de résultat optimal dans les laboratoires des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent et du CISSS de la Gaspésie. De plus, la disponibilité de cette technologie PCR dans certaines cliniques de dépistage (CDD) a permis de diminuer les délais de réponse pour certains types de clients symptomatiques, dont nos travailleurs de la santé.

Outre les périodes d'avril et de décembre 2022, nous avons observé une nette diminution des demandes d'analyse ayant un impact favorable sur le délai de réponse considérant notre capacité d'analyse. Nous avons également été en mesure de minimiser l'impact de l'émergence des autres virus respiratoires en utilisant de nouvelles trousse de réactifs combinant plusieurs virus sur les mêmes plateformes technologiques. Les fournisseurs de réactifs ont également fait des ajustements à leur production en augmentant l'inventaire disponible. Ceci a eu une incidence directe sur la disponibilité locale des analyses de l'ensemble des plateformes et a évité le transfert d'échantillons entre les laboratoires.

Plan stratégique

1.01.36-PS - Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge

L'engagement de 80 % est atteint au 31 mars 2023. Nous observons une légère diminution du résultat de cet indicateur de 0,67 % passant de 88,99 % en 2021-2022 à 88,32 % en 2022-2023. Notons toutefois que notre résultat est similaire à celui pour l'ensemble du Québec qui est de 88,39 %.

Voici les facteurs qui expliquent le résultat obtenu :

- L'organisation de services en place favorise l'accessibilité;
- L'ajustement des plages horaires selon la demande;
- Les unités mobiles pour rejoindre les personnes plus vulnérables;
- Les cliniques de vaccination auprès des travailleurs de la santé;
- Des activités de promotion réalisées auprès de la population et des travailleurs de la santé.

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
1.01.26-EG2 Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	68 %	80 %	66 %	80 %

Commentaires

Le taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains ciblé à 80 % n'est toujours pas atteint en 2022-2023 alors que les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent affichent un taux global de 66 %, soit une diminution de 2 % comparativement à la dernière année financière.

Bien que nous ayons démontré une amélioration notable depuis l'implantation de l'EGI (2017-2018 = 36 %), nous constatons une stagnation des taux dans les 4 dernières années, variant entre 65 % et 70 % de taux de conformité.

Il faut aussi spécifier que ce taux global regroupe 6 hôpitaux et 3 centres d'hébergement ayant au moins 100 lits. De ces 9 installations, 7 dépassent le taux global de conformité de 60 %. Les taux observés des hôpitaux varient entre 57 % (Hôpital de Matane) et 81 % (Hôpital Notre-Dame-de-Fatima). Ceux des centres d'hébergement varient entre 54 % (CHSLD de Rimouski) et 64 % (CHSLD de La Mitis).

De plus, la conformité demeure plus élevée au moment 4 (moment après un contact avec un usager ou son environnement) qui est de 72,6 %, comparativement au moment 1 (moment avant un contact avec un usager ou son environnement) qui est de 56,6 %. Nous constatons aussi une diminution depuis l'an passé où le moment 1 était de 59,6 % (-3,3 %) et le moment 4 était de 74,6 % (-2%).

Pour l'ensemble des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent auditées en 2022-2023, les taux de conformité sont de :

- 67,4 % pour les infirmières et infirmières auxiliaires : diminution de 3,9 %;
- 70,6 % pour les médecins : diminution de 5 %;
- 61,6 % pour les préposés aux bénéficiaires : augmentation de 1,4 %.

Notons aussi que du démarchage auprès d'autres établissements du Québec nous a permis de constater des écarts entre les méthodologies d'audits d'hygiène des mains, ce qui peut nuancer nos résultats au regard des taux de ces derniers. Au Bas-Saint-Laurent, les audits transmis pour les unités ciblées à l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) sont réalisés exclusivement par les conseillères en prévention et contrôle des infections (PCI) de façon standardisée et très rigoureuse, ce qui reflète plus exactement la réalité terrain.

Malgré tous les efforts déployés avant et pendant la pandémie, nous constatons toujours des écarts entre la cible et les taux réels. Plusieurs actions mises en place sont très favorables à la poursuite de la promotion de l'importance et à la priorisation organisationnelle de cette pratique exemplaire :

- Diverses campagnes de sensibilisation;
- Renouvellement dans les moyens de diffusion des données auprès des équipes et des collaborateurs (incluant le bulletin *Flash PCI*);
- Présentation d'affiches pour informer les usagers des taux de conformité à l'hygiène des mains sur les unités de soins;
- Discussions lors des caucus opérationnels;
- Formation;
- Remise de certificats d'excellence pour les unités qui se démarquent;
- Déploiement de divers outils de suivi pour les directions cliniques, comme un tableau de bord élaboré dans Power BI, une application Microsoft d'intelligence d'affaires, qui permet la création de rapports;
- Présentation officielle en séance publique du conseil d'administration (CA) et en comité de vigilance et de qualité.

Dans les prochains mois, nous miserons sur la poursuite du déploiement (amorcé en 2022) et de l'intégration du coffre à outils destiné aux gestionnaires afin que ceux-ci réalisent leurs propres audits et développent une approche d'amélioration continue de la pratique exemplaire de l'hygiène des mains avec leur équipe. De plus, le lancement d'une campagne de sensibilisation auprès des usagers pour améliorer la pratique exemplaire d'hygiène des mains est prévu l'automne prochain.

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)				
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	87,8 %	90 %	85,9 %	90 %
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	93,5%	90 %	97,9 %	90 %
Plan stratégique 1.03.20-PS Nombre de maisons de répit pour soutenir les proches aidants	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
1.03.13-EG2 - Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14 L'engagement de 90 % n'est pas atteint au 31 mars 2023. Nous constatons une légère diminution de notre résultat de 1,9 %, passant de 87,8 % en 2021-2022 à 85,9 % en 2022-2023. Notre région se démarque positivement lorsque nous comparons notre résultat au 31 mars 2023 à celui pour l'ensemble du Québec qui atteint un taux de 78 %. L'un des facteurs principaux expliquant cette situation est le nombre de places en ressources non institutionnelles (RNI). Plusieurs appels d'offres ont dû être relancés ou n'ont pas trouvé preneur lors des affichages successifs. Certains réseaux locaux de services (RLS) sont plus critiques, notamment à Matane où il y a toujours une proposition d'ajout de 9 places en ressources intermédiaires (RI) qui n'a pas trouvé preneur. Mentionnons également les nombreuses fermetures de résidences privées pour aînés (RPA) au cours des 2 dernières années, amenant inévitablement une pression concomitante sur le parc de lits d'hébergement disponible. Les mesures mises en place pour favoriser une amélioration : • Adjudication de 24 places dans Rimouski-Neigette/La Mitis et de 15 places dans Les Basques, ce qui devrait aider dans un horizon de 8 à 18 mois; • Poursuite du processus rigoureux d'analyse des dossiers par les mécanismes d'accès à l'hébergement; • Analyse du parc d'hébergement non institutionnel en cours; • Appel d'offres en cours pour une unité de convalescence permettant d'assurer une évaluation rigoureuse des usagers de niveau de soins alternatifs (NSA) avant l'orientation en milieu d'hébergement;				

- Mise en œuvre du projet visant à rendre temporairement des lits disponibles à l'Hôpital de Matane pour accueillir des usagers RI en partenariat avec un promoteur RI d'ici à ce qu'un bâtiment externe soit disponible;
- Ouverture d'un site non traditionnel (SNT) pour les usagers en NSA à Rimouski pour éviter de déplacer précocement en CHSLD des usagers et maintien du SNT NSA à Rivière-du-Loup.

1.03.16-EG2 - Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention

L'engagement de 90 % est dépassé au 31 mars 2023. Nous constatons une augmentation de notre résultat de 4,4 % passant de 93,5 % en 2021-2022 à 97,9 % en 2022-2023. Notre région se démarque également lorsque nous comparons notre résultat au 31 mars 2023 à celui pour l'ensemble du Québec qui atteint un taux de 88,9 %.

Une planification rigoureuse des réévaluations est réalisée, notamment avec les rencontres interdisciplinaires en présence des résidents et des membres de familles.

Plan stratégique

1.03.20-PS - Nombre de maisons de répit pour soutenir les proches aidants

Cet indicateur n'était pas applicable au CISSS du Bas-Saint-Laurent en 2022-2023.

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Soutien à domicile (SAD)				
Plan stratégique 1.03.05.05-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile	976 151	796 068	1 008 314	827 911
Plan stratégique 1.03.05.06-PS Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	14 924	14 809	15 349	14 894
Plan stratégique 1.03.05.05-PS - Nombre total d'heures de service de soutien à domicile L'engagement de 827 911 heures est largement dépassé au 31 mars 2023. Nous constatons une augmentation du nombre total d'heures de service de soutien à domicile passant de 976 151 heures en 2021-2022 à 1 008 314 heures en 2022-2023. Le résultat de cet indicateur démontre l'intensité des services rendus. Encore une fois, l'équipe du soutien à domicile (SAD) a adapté son offre de service pour répondre à la population vivant avec une perte d'autonomie en bonifiant les heures de services rendus.				

Plan stratégique**1.03.05.06-PS - Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile**

L'engagement est atteint au 31 mars 2023. Nous remarquons une augmentation du nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile passant de 14 924 personnes en 2021-2022 à 15 349 personnes en 2022-2023.

Les facteurs qui expliquent le résultat :

- Une analyse rigoureuse des demandes reçues afin d'y répondre promptement;
- Les liens faits avec les partenaires pour faire connaître les services du SAD.

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Déficiences				
Plan stratégique 1.47-PS 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	704	625	685	633

Commentaires

L'engagement est atteint au 31 mars 2023. Bien que nous observions une diminution de 19 places en services résidentiels au cours de la dernière année, passant de 704 places en 2021-2022 à 685 places en 2022-2023, ce résultat démontre que nous avons largement dépassé notre engagement annuel fixé à 633 places.

Considérant que la population bas-laurentienne représente environ 2,3 % de la population du Québec, le nombre de places au Bas-Saint-Laurent en service résidentiel pour les personnes vivant avec une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) est plus élevé que la moyenne québécoise puisque notre résultat représente 4,2 % de ces places au Québec.

Ce taux plus élevé de places en DI-TSA-DP au Bas-Saint-Laurent s'explique, entre autres, par les besoins en lien avec le vieillissement de la population plus significatif dans notre région comparativement à l'ensemble du Québec. Au Bas-Saint-Laurent, 28,44 % de la population est âgée de 65 ans et plus alors que ce taux est de 20,82 % au Québec.

Les facteurs expliquant l'écart sont :

- L'ouverture d'une unité de stabilisation mixte jeunesse qui a bonifié de 4 places les services résidentiels pour les personnes vivant avec une DP, une DI ou un TSA. S'ajoutent à ceci 3 nouvelles places par l'ouverture d'une unité transitoire jeunesse ainsi qu'une augmentation de

8 usagers en ressources non institutionnelles (RNI) selon l'article 108 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS);

- La variation du résultat s'explique également par l'ajout en 2022-2023 de la comptabilisation dans cet indicateur de 6 places en centre jeunesse.

De plus, on remarque une diminution de 35 places en ressources intermédiaires (RI) et de 15 places en ressources de type familial (RTF). Il s'agit du cumul des ouvertures et fermetures de places au cours de l'année. Finalement, une diminution de 5 places en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) a également marqué l'année 2022-2023.

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Jeunes en difficulté				
Plan stratégique 1.06.04-PS Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	13,93 jours	15 jours	20,32 jours	15 jours
Plan stratégique 1.06.20-PS Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt	193	91	469	137
Plan stratégique 1.06.04-PS - Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse L'engagement de 15 jours n'est pas atteint au 31 mars 2022. Nous observons une augmentation du délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse de 6,39 jours, passant de 13,93 jours en 2021-2022 à 20,32 jours en 2022-2023. Malgré cette hausse, notre région se démarque au niveau national en ayant un délai moyen d'attente parmi les plus bas observés. La cible pour l'ensemble du Québec était de 21,40 jours et le résultat obtenu par les établissements le dépasse largement avec un résultat de 44,50 jours. La hausse des signalements retenus au printemps 2022 a créé des délais d'attente importants, car il y a eu un nombre record d'évaluations en liste d'attente. Ainsi, nous avons eu plusieurs périodes consécutives de plus de 30 jours en moyenne pour prendre en charge les situations. Tout comme partout au Québec, nous connaissons une pénurie de main-d'œuvre et il est difficile de combler les absences non planifiées. De plus, deux postes n'ont pas été pourvus à la suite d'un affichage dans ce secteur au cours de la dernière année. Toutefois, nous observons que notre taux de rétention de signalements a diminué. Nous avons retenu 27,8 % des signalements reçus contrairement à 31,5 % l'année précédente. Diverses stratégies et actions sont actuellement mises en place afin d'améliorer la situation, notamment : • L'augmentation de 12 % de notre vérification complémentaire effectuée sur le terrain lors de la réception d'un signalement;				

- La diversification des titres d'emploi;
- Le soutien des divers intervenants provenant d'autres services permet de diminuer la liste d'attente (application des mesures, soutien du Projet intégration jeunesse (PIJ), intervenante adoption).

Plan stratégique

1.06.20-PS - Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt

L'engagement est largement dépassé au 31 mars 2023. Nous observons un résultat de 469 enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme numérique Agir tôt en 2022-2023, soit une augmentation de 276 enfants. Ce résultat est tout de même impressionnant considérant que seules 2 personnes effectuent cette tâche tout en assumant d'autres responsabilités.

Les résultats obtenus au Bas-Saint-Laurent démontrent la tendance observée dans l'ensemble du Québec. En effet, la majorité des établissements ont dépassé leur cible. Néanmoins, nous pouvons être fiers du résultat obtenu au Bas-Saint-Laurent, car notre établissement figure parmi les plus performants quant au nombre de dépistages effectués par rapport au nombre d'enfants de 0-5 ans dans un territoire donné.

Le dépistage Agir tôt est une activité relativement récente à l'échelle provinciale. En effet, ce service est en place depuis octobre 2021. Nous pouvons expliquer l'atteinte de la cible par plusieurs facteurs :

- D'abord, le CISSS du Bas-Saint-Laurent facilite l'accès aux différents services pour les familles par sa « porte unique » qu'est le service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR). Les arrimages avec l'équipe du dépistage Agir tôt sont simplifiés et personnalisés. Les parents sont orientés simplement vers ce service lorsque celui-ci correspond aux critères d'admission;
- Aussi, nous observons un nombre grandissant d'enfants de 0-5 ans qui présentent des besoins, et ce, particulièrement dans la sphère de la communication et du langage. Le nombre de demandes est en augmentation;
- Nous avons déployé en mai 2022 le service de Surveillance Agir tôt dans les cliniques de vaccination. Dans le cadre de la rencontre de vaccination de 18 mois, l'infirmière procède à la passation de l'outil ABCdaire 18 mois+. Cela lui permet d'observer l'enfant, d'identifier les facteurs de risque, d'objectiver l'atteinte des jalons développementaux et d'entendre les préoccupations parentales. Si l'enfant présente des besoins, il est dirigé vers le service de dépistage Agir tôt pour une analyse plus approfondie. Depuis la mise en place de ce service, c'est plus de 40 enfants qui ont été référés vers le dépistage Agir tôt à la suite d'un ABCdaire 18 mois+. Une autre façon efficace d'identifier les enfants qui ont des besoins et ainsi leur donner accès le plus tôt possible aux services requis.

Malgré le succès de ce nouveau service, on doit souligner que celui-ci produit un impact défavorable sur les indicateurs en vaccination. Le prolongement du temps de rendez-vous afin de remplir l'outil ABCdaire 18+ réduit le nombre de places disponibles en vaccination. Toutefois, des mesures ont été mises en place afin réduire les effets négatifs du prolongement de la durée des rendez-vous.

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Dépendances				
Plan stratégique 1.07.07-PS Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	1 944	1 935	2 042	1 975
Commentaires L'engagement de 1 975 est atteint au 31 mars 2023. Nous remarquons que le nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance a augmenté de 98 personnes comparativement à l'année dernière, passant de 1 944 personnes en 2021-2022 à 2 042 personnes en 2022-2023. Nous poursuivrons la prise en charge de la clientèle en dépendance au moment opportun pour nous assurer de répondre à notre engagement et aux besoins de la clientèle visée.				
INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Santé mentale				
Plan stratégique 1.08.16-PS Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	956	549	990	473
Commentaires L'engagement de 473 personnes n'est pas atteint au 31 mars 2023. Nous remarquons une augmentation de 34 personnes en attente d'un service en santé mentale passant de 956 personnes en 2021-2022 à 990 personnes en 2022-2023. Santé mentale adulte Nous observons que l'augmentation du nombre de personnes en attente chez la clientèle adulte passe de 615 personnes en 2021-2022 à 657 personnes en 2022-2023. Pour les services s'adressant spécifiquement aux adultes, il y a eu une augmentation de 683 nouvelles demandes comparativement à 2021-2022. Afin de répondre à l'augmentation des nouvelles demandes de service, nous avons adapté au guichet d'accès en santé mentale la réponse aux besoins des usagers pour leur offrir directement des services à court terme. Nous avons créé depuis septembre 2022 un nouveau service directement à l'AAOR (accueil, analyse, orientation et référence). Nous offrons de l'intervention psychosociale directe à toute clientèle dont les problématiques peuvent être répondues en 1 à 3 rencontres. L'AAOR est la porte d'entrée des demandes de service provenant de la population pour tous les programmes au CISSS du Bas-Saint-Laurent.				

De plus, les données démontrent que la hiérarchisation des services fait son œuvre et que la première ligne est utilisée à sa pleine valeur. Pour ce qui est de la deuxième ligne, un ralentissement peut se percevoir étant donné les difficultés de prise en charge médicale (effectifs réduits des psychiatres dans l'ouest du territoire). Cependant, l'arrivée prochaine d'un médecin dépanneur devrait permettre une accélération de certaines prises en charge.

Santé mentale jeunesse

Pour le secteur jeunesse, le nombre de jeunes en attente a quant à lui légèrement diminué, passant de 341 personnes pour l'année 2021-2022 à 333 personnes pour l'année 2022-2023, et ce, malgré une augmentation de près de 22 % des demandes en santé mentale pour cette clientèle. En effet, en 2022-2023, le mécanisme d'accès en santé mentale jeunesse a reçu 887 demandes de services comparativement à 726 demandes pour l'année financière précédente.

Tout comme ailleurs au Québec, on observe une augmentation des demandes. À cela s'ajoutent des défis de main-d'œuvre qui rendent la dispensation de l'ensemble des requis de service difficile.

Les travaux visant à améliorer l'accessibilité des services en santé mentale jeunesse se sont poursuivis de façon soutenue tout au long de l'année. Nous avons particulièrement misé sur les interventions de premières intentions, sur l'intervention de groupe et sur l'intervention de courte durée. Ces actions ont permis de contenir l'augmentation du nombre de jeunes en attente d'un service en santé mentale malgré l'augmentation significative des demandes de services. De plus, on procède à une évaluation rigoureuse des besoins du jeune et du requis de services. L'orientation vers le bon niveau de services au sein du continuum en santé mentale a permis aux équipes d'offrir une gamme de services diversifiés. Ainsi, on tente d'inverser la tendance de la référence systématique aux services spécialisés. Lorsque ces interventions n'ont pas permis de répondre aux besoins du jeune ou lorsqu'il est jugé approprié sur le plan clinique d'offrir des services spécialisés, l'équipe de pédopsychiatrie peut être mise à contribution.

Enfin, nos efforts pour la mise en œuvre de l'organisation de soins et services par étape se poursuivent en lien avec le Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM). Au cours de l'année 2022-2023, plus de 85 intervenants du programme jeunesse ont été formés. De plus, les actions visant à améliorer l'accès, notamment en santé mentale jeunesse et dans les interventions de premières intentions, sont à consolider.

Il est également important de poursuivre nos collaborations avec la Direction de la santé publique (DSPu) visant à consolider la promotion de la santé mentale positive et la prévention en contexte scolaire.

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Santé physique – Urgence				
Plan stratégique 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	7,43 heures	7,4 heures	8,22 heures	6,6 heures

Plan stratégique 1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	114 minutes	86 minutes	127 minutes	86 minutes
---	-------------	------------	-------------	------------

Plan stratégique

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

L'engagement de 6,6 heures n'est pas atteint au 31 mars 2023. Comme déjà mentionné par le passé, nous en profitons pour souligner qu'une durée moyenne de séjour (DMS) sur civière à l'urgence de moins de 7 heures nous apparaît non seulement comme non pertinente, mais qu'un délai trop court peut même affecter à notre avis la qualité des soins et services. Ceci étant dit, nous constatons une augmentation de la durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence, passant de 7,43 heures en 2021-2022 à 8,22 heures en 2022-2023.

En comparant notre résultat de 8,22 heures à la moyenne provinciale de 18,09 heures, notre établissement se classe également parmi les meilleurs établissements au Québec (2^e position) ayant une durée moyenne sur civière inférieure à la donnée du Québec de 9,87 heures.

Les facteurs qui expliquent le résultat :

- Augmentation de la durée moyenne de séjour des usagers en attente de lits;
- Réduction de nombre de lits hospitaliers due au manque de ressources humaines;
- Augmentation du nombre de visites à l'urgence.

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

- Élaboration et implantation du plan de débordement;
- Transfert d'usagers vers des établissements ou installations périphériques en cas de débordement;
- Analyse des facteurs qui influencent la fluidité hospitalière;
- Ajout d'une travailleuse sociale dans l'urgence pour les réorientations en soutien à domicile et en santé mentale;
- Transfert de la gestion des lits aux directeurs adjoints exécutifs de chacun des territoires de RLS afin de permettre une approche matricielle entre ces directeurs et les différents programmes cliniques.

Plan stratégique

1.09.16-PS - Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire

L'engagement de 86 minutes n'est pas atteint au 31 mars 2023. Nous observons une augmentation de 13 minutes du délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire, passant de 114 minutes en 2021-2022 à 127 minutes en 2022-2023.

Malgré une augmentation de notre délai moyen de prise en charge médicale, nous nous classons parmi les meilleurs résultats au niveau des établissements du Québec avec un délai de 70 minutes en dessous du résultat provincial qui s'établit à 197 minutes. Notons également que l'engagement fixé au CISSS du Bas-Saint-Laurent était inférieur à la cible nationale fixée à 90 minutes, ce qui ne nous apparaît pas pertinent d'un point de vue clinique.

Les facteurs expliquant l'écart sont :

- Augmentation du nombre de visites à l'urgence;
- Augmentation du taux d'occupation des civières;
- Grand nombre de médecins dépanneurs.

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

- Mise en place d'une nouvelle structure de fluidité hospitalière;
- Vigie en continu des indicateurs influençant le temps d'attente à l'urgence.

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Santé physique				
1.09.50-EG2 Proportion d'usagers qui débutent un traitement de dialyse en mode autonome	45,8 %	30 %	16 %	30 %

Commentaires

L'engagement de 30 % n'est pas atteint au 31 mars 2023. Nous constatons une diminution importante de notre résultat de 29,8 % passant de 45,8 % en 2021-2022 à 16 % en 2022-2023. Le taux pour notre région est également inférieur à celui pour l'ensemble du Québec qui atteint 27 % au 31 mars 2023.

Mises en traitement des 3 dernières années :

- En 2022-2023 : 25 usagers, dont 4 en mode autonome;
- En 2021-2022 : 24 usagers, dont 11 en mode autonome;
- En 2020-2021 : 32 usagers, dont 13 en mode autonome.

Cet indicateur ne mesure en fait qu'un petit nombre d'usagers. Dès qu'un usager reçoit son traitement sous hémodialyse hospitalière, nous constatons une diminution considérable du pourcentage. En 2022-2023, seulement 25 personnes ont débuté un traitement de dialyse, dont 4 en mode autonome.

Les facteurs expliquant notre résultat :

- Nonaccès à l'hémodialyse à domicile. Ce mode de traitement aurait été le choix d'un usager, mais celui-ci a dû être placé sous hémodialyse hospitalière;
- Pour des raisons cliniques, un usager qui souhaitait recevoir la dialyse péritonéale a dû commencer ses traitements sous hémodialyse hospitalière;
- À noter que si les deux usagers mentionnés ci-dessus avaient eu accès à leur choix, nous aurions atteint un résultat de 24 % en mode autonome, donc près du taux pour l'ensemble du Québec;
- De plus, trois usagers ont été greffés avant d'entreprendre des traitements de suppléance rénale. Ces situations influencent considérablement notre résultat. Hypothétiquement, si ces trois

usagers avaient débuté de la dialyse péritonéale en plus des 4 usagers en 2022-2023, notre résultat aurait atteint 28 % en mode autonome.

Mesure mise en place pour favoriser une amélioration :

- La relance du projet d'hémodialyse à domicile.

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Santé physique - Chirurgie				
1.09.32.00-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	144	100	49	35
Plan stratégique 1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	704	540	467	580

1.09.32.00-EG2 - Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies

L'engagement de 35 demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies n'est pas atteint au 31 mars 2023. Nous constatons toutefois une amélioration importante de notre résultat passant de 144 demandes en attente au 31 mars 2022 à 49 demandes au 31 mars 2023.

Les facteurs qui expliquent le résultat :

- La non-disponibilité des lits influence la capacité à procéder à des chirurgies exigeant une hospitalisation;
- Le changement de la gestion des listes d'attente est difficile à implanter et demande une période d'adaptation pour les équipes médicales.

Les mesures mises en place pour favoriser une amélioration :

- Adoption d'une règle de 40 % de chirurgies hors délais par priorité opératoire;
- Suivi régulier des listes d'attente en comité régional des blocs opératoires;
- Suivi individuel avec les listes hors délais.

Plan stratégique

1.09.32.10-PS - Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois

L'engagement fixé à 580 est atteint au 31 mars 2023. Nous observons une diminution de 237 demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois, passant de 704 en 2021-2022 à

467 en 2022-2023. La situation pour l'ensemble du Québec est toutefois bien différente, puisque la cible nationale était fixée à 25 000 demandes de chirurgies en attente et que le résultat est de 49 041 demandes.

Les éléments qui ont contribué à l'amélioration du résultat sont les mêmes mesures que celles identifiées pour l'indicateur précédent 1.09.32.00-EG2 :

- Mise en place d'une règle de 40 % de chirurgies hors délais par priorité opératoire;
- Suivi régulier des listes d'attente en comité régional des blocs opératoires;
- Suivi individuel avec les listes hors délais.

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Santé physique - Cancérologie				
Plan stratégique 1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours	63 %	75 %	60,5 %	75 %
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours	92,6 %	100 %	90,9 %	100 %
Plan stratégique 1.09.33.01-PS - Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours L'engagement de 75 % n'est pas atteint au 31 mars 2022. Nous constatons une légère diminution de 2,5 % du pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours, passant de 63 % en 2021-2022 à 60,5 % en 2022-2023. La cible fixée pour l'ensemble du Québec était légèrement supérieure à notre engagement, soit 77 %. En comparant notre résultat avec celui du Québec (53,6 %), l'établissement demeure en bonne position ayant un pourcentage supérieur au résultat national de 6,9 %. Les facteurs expliquant l'écart sont : • Enjeu de capacité en chirurgie urologique; • Couverture médicale en angiographie; • Choix de l'usager d'être opéré par le chirurgien vu en consultation bien que ceci signifie d'être hors délai selon les disponibilités des programmes opératoires. Plusieurs mesures ont été adoptées afin d'améliorer la situation : • Mise en place de comité d'arrimage entre l'urologie et l'imagerie médicale; • Révision des processus préopératoire, peropératoire et postopératoire;				

- Délocalisation de certaines chirurgies du bloc opératoire général vers des blocs opératoires spécialisés;
- Maintien de l'offre à l'usager d'être opéré par un autre chirurgien du même groupe pour tenter d'éviter les hors délais.

1.09.33.02-EG2 - Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours

L'engagement de 100 % n'est pas atteint au 31 mars 2023. Nous constatons une légère diminution de notre résultat de 1,7 % passant de 92,6 % en 2021-2022 à 90,9 % en 2022-2023.

Nous observons également une diminution du résultat pour l'ensemble du Québec de 3,2 % entre 2021-2022 et 2022-2023. Toutefois, notre taux au 31 mars 2023 est supérieur à celui du Québec qui s'établit à 87 %.

**Prendre note que les facteurs explicatifs et les mesures mises en œuvre pour améliorer la situation sont identiques à ceux décrits pour l'indicateur précédent : 1.09.33.01-PS*

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Santé physique - Services de première ligne				
Plan stratégique 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	88,6 %	90 %	87,21 %	89 %
Plan stratégique 1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	158 420	159 645	155 138	158 454
Plan stratégique 1.09.51-PS Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne	33	34	37	33
Plan stratégique 1.09.27-PS - Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille L'engagement de 89 % n'est pas atteint au 31 mars 2023. Nous notons que le pourcentage des personnes au Bas-Saint-Laurent inscrites auprès d'un médecin de famille a légèrement diminué au cours de la dernière année, passant de 88,6 % en 2021-2022 à 87,21 % en 2022-2023. Notre région se démarque positivement lorsque nous comparons notre résultat à celui pour l'ensemble du Québec				

qui atteint seulement 75,41 %. Notre engagement était également supérieur au taux établi pour le Québec à 85 %.

Les facteurs qui expliquent le résultat :

- L'arrivée de nouveaux médecins n'a pas permis de conserver un taux stable d'inscription à un médecin de famille. Plusieurs médecins ont quitté l'organisation. Ceux-ci avaient un nombre élevé de patients à leur charge qui n'ont pu être entièrement réattribués en totalité aux nouveaux médecins;
- L'arrivée des patients associés en GMF diminue la pression sur les inscriptions puisque 95 % des usagers du Bas-Saint-Laurent ont maintenant accès à un GMF s'ils en ont besoin;
- La nécessité de rendre des plages disponibles pour le bon fonctionnement du Guichet d'accès à la première ligne (GAP) permet aussi d'améliorer l'offre populationnelle sans avoir à rehausser le nombre d'inscriptions.

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

- La structure de gouvernance de l'accès médical de première ligne a été fragilisée par certains postes laissés vacants. Un poste de directeur adjoint clinico-administratif à la Direction des services professionnels a été créé afin de mieux soutenir ce volet. Une priorisation des mandats a été faite de manière à maintenir les dossiers ayant une incidence sur la mobilisation médicale, l'inscription de la clientèle et la réponse aux besoins de santé des usagers comme le projet des Services transitoires détaillés ci-dessous;
- Les « Services transitoires » ont été créés dans la dernière année dans le but d'offrir un nouveau service aux patients orphelins (sans médecin de famille). Deux infirmières et un réseau de médecins répondants, pour chaque RLS, permettent de faire des activités de dépistage et de suivi en maladies chroniques pour les clientèles qui en ont besoin. En outre, les services courants du GAP continuent leurs activités normales afin de répondre aux besoins de santé ponctuels des patients orphelins, soit en leur offrant une consultation avec un médecin de famille sur rendez-vous, soit en les orientant vers une ressource appropriée;
- L'entente entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), visant à accroître l'accès à l'offre de service en première ligne, a introduit le nouveau concept d'« inscriptions collectives » ou de « patients associés » en juin 2022. Des usagers inscrits au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) sont attribués à un groupe de médecins de manière collective. Lorsqu'un de ces usagers dits « associés » a un besoin de santé ponctuel, il peut obtenir un rendez-vous médical avec un médecin faisant partie de ce groupe en communiquant avec le GAP. À ce jour, les différents groupes de médecins du Bas-Saint-Laurent se sont engagés à associer 9 367 usagers.

Plan stratégique

1.09.27.01-PS - Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF

L'engagement de 158 454 n'est pas atteint au 31 mars 2023. Nous constatons que le nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille dans un groupe de médecine de famille (GMF) au Bas-Saint-Laurent a diminué de 3 282 personnes, passant de 158 420 personnes en 2021-2022 à 155 138 personnes en 2022-2023.

**Prendre note que les mêmes commentaires justificatifs de l'indicateur précédent 1.09.27-PS s'appliquent à celui-ci.*

Plan stratégique

1.09.51-PS - Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne

L'engagement est dépassé au 31 mars 2023. Toutes les cliniques médicales associées aux groupes de médecine de famille (GMF) étaient déjà branchées à une solution informatique favorisant une prise de rendez-vous en première ligne, et ce, à la fin de l'année financière 2021-2022. Quatre cliniques privées se sont branchées à une solution informatique (orchestrateur) au cours de l'année 2022-2023, passant ainsi de 33 à 37 cliniques branchées à une solution informatique.

Le contexte et les facteurs qui expliquent le résultat :

- L'utilisation de solutions informatiques telle qu'un orchestrateur pour fixer les rendez-vous médicaux en première ligne est maintenant une pratique bien ancrée et fonctionnelle pour les cliniques;
- Les collaborateurs externes aux cliniques médicales peuvent facilement fixer les rendez-vous médicaux selon des plages préétablies.

D'ailleurs, la nouvelle entente visant à accroître l'accès à l'offre de service en première ligne incluait l'utilisation de l'orchestrateur comme prérogative pour son fonctionnement.

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Santé physique – Imagerie médicale				
1.09.34.00-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	76,5 %	95 %	80,7 %	95 %
1.09.34.08-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomodensito-métries	93,1 %	95 %	84,5 %	95 %
1.09.34.09-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les résonances magnétiques	69,7 %	90 %	82,9 %	90 %

1.09.34.00-EG2 - Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les modalités d'imagerie médicale ciblées

L'engagement de 95 % n'est pas atteint au 31 mars 2023. Nous constatons toutefois une augmentation de notre résultat de 4,2 % passant de 76,5 % en 2021-2022 à 80,7 % en 2022-2023.

Bien que notre engagement ne soit pas atteint, notre résultat de 25,5 % dépasse largement celui pour l'ensemble du Québec qui s'établit à 80,7 % au 31 mars 2023.

Le contexte et les facteurs qui expliquent le résultat :

- La pénurie de main-d'œuvre, particulièrement en imagerie par résonance magnétique (IRM), en médecine nucléaire et en échographie;
- Le manque de couverture médicale en présence;
- L'augmentation du nombre de requêtes :

Installation	Augmentation	Pourcentage d'augmentation
Rimouski	4 188	3,3 %
Rivière-du-Loup	8 400	11,2 %
Matane	471	1,5 %
Amqui	1 235	5,1 %
Kamouraska	1 553	7,4 %
Témiscouata	1 828	8,6 %
Les Basques	751	11,2 %
La Mitis	1 093	13,1 %
Total BSL	19 519	6,2 %

- Notre position comme établissement suprarégional qui amène une volumétrie considérable, soit 758 examens électifs IRM en provenance de la Gaspésie.

Les mesures mises en place pour favoriser une amélioration :

- Le recrutement de radiologistes, de technologues et de personnel administratif;
- La promotion d'une deuxième offre sur le territoire;
- Notre représentation au comité pertinence;
- L'ajout de critères de priorisation sur le formulaire de requête de référence à la tomographie par émission de positrons (TEP);
- Les discussions sur les possibilités d'augmenter la couverture médicale en présence;
- L'arrimage avec le CISSS de la Gaspésie pour revoir la distribution des examens réalisés (IRM mammaire et biopsie transthoracique);
- La consolidation du parc d'équipements et l'acquisition d'équipements en échographie dans plusieurs installations.

1.09.34.08-EG2 - Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomodensitométries

L'engagement fixé à 95 % n'est pas atteint au 31 mars 2023. Nous constatons une diminution importante de notre résultat de 8,6 % passant de 93,1 % en 2021-2022 à 84,5 % en 2022-2023.

Bien que notre engagement ne soit également pas atteint pour cet indicateur, notre résultat dépasse celui pour l'ensemble du Québec de 20,8 % qui s'établit à 63,7 % au 31 mars 2023.

Les facteurs qui expliquent le résultat :

- Une augmentation globale de la volumétrie, soit 2 442 requêtes de plus qu'en 2021-2022 :

Installation	Urgent 1 à 3 jours		Semi-urgent 4 à 28 jours		Stat 0 à 24 heures	
	2021-2022	2022-2023	2021-2022	2022-2023	2021-2022	2022-2023
Rimouski	7 301	9 314	557	159	240	273
Rivière-du-Loup	5 527	6 383	225	160	43	46
Écart avec l'année 2021-2022	Hausse de 2 869 requêtes		Diminution de 463 requêtes		Hausse de 36 requêtes	

- Le volume de biopsies transthoraciques en provenance des trajectoires oncologiques de la Gaspésie influence la capacité à réaliser la volumétrie habituelle de tomodensitométrie (TDM).

Installation	Bas-Saint-Laurent		Gaspésie	
	2021-2022	2022-2023	2021-2022	2022-2023
Rimouski	106	110	51	68
Rivière-du-Loup	31	43	0	0

Les mesures mises en place pour favoriser une amélioration :

- Une deuxième offre vers l'installation de Matane pour les usagers de Rimouski;
- L'augmentation à 2 technologues, à 5 soirs par semaine, afin de diminuer la liste d'attente de Rimouski;
- L'ouverture de plages supplémentaires dans les installations de Matane et d'Amqui afin de soutenir la volumétrie;
- L'utilisation des TDM présents dans les autres secteurs (radio-oncologie et médecine nucléaire) afin d'augmenter la capacité;
- Suivi étroit des listes d'attente de Rivière-du-Loup avec les agentes administratives aux 2 semaines;
- Ajustement des horaires avec l'ajout d'examens pour rétablir l'accès à l'installation de Rivière-du-Loup.

1.09.34.09-EG2 - Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les résonances magnétiques

L'engagement de 90 % n'est pas atteint au 31 mars 2023. Nous constatons une amélioration importante de notre résultat de 13,2 % passant de 69,7 % en 2021-2022 à 82,9 % en 2022-2023.

Tout comme les deux autres indicateurs en imagerie médicale, notre établissement se démarque positivement lorsque nous comparons notre résultat avec celui de l'ensemble du Québec. Le taux au niveau national s'établit à 55,2 %, soit un écart de 27,7 % avec notre résultat au 31 mars 2023.

Le contexte et les facteurs qui expliquent le résultat :

- Le manque d'offre de service en imagerie sous échographie pour les troubles musculosquelettiques qui amène une pression;
- Le manque d'expertise médicale pour la lecture de certains examens spécialisés;
- L'ajout d'imagerie par résonance magnétique (IRM) mammaire dans l'offre de service;
- Notre position comme établissement suprarégional qui amène une volumétrie considérable, soit 758 examens électifs IRM en provenance de la Gaspésie;
- Le manque de main-d'œuvre spécialisée qui a eu un impact sur notre capacité à offrir le service.

Les mesures mises en place pour favoriser une amélioration :

- Pour faire suite à l'analyse du financement axé sur le patient (FAP), nous avons procédé au rehaussement des heures manquantes de technologues et d'agentes afin de stabiliser les équipes;
- Une épuration régulière des listes d'attente est effectuée;
- Les protocoles sont optimisés;
- Une entente 108 a été réalisée pour les IRM mammaires au printemps 2022. Environ 47 examens avaient été réalisés de la liste du Centre hospitalier régional du Grand-Portage (CHRGp).

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Santé physique - Services spécialisés				
Plan stratégique 1.09.49-PS Pourcentage de patients référés par un médecin de famille qui ont reçu des services spécialisés dans les délais associés à leur condition clinique (priorités A, B, C, D, E)	51,2 %	80 %	48,9 %	85 %

Commentaires

L'engagement de 85 % n'est pas atteint au 31 mars 2023. Nous constatons une diminution du résultat de cet indicateur passant de 51,2 % en 2021-2022 à 48,9 % en 2022-2023.

Notre région a un taux de nouvelles requêtes qui dépasse nettement le pourcentage de population qu'elle représente. Selon les données disponibles dans un tableau de bord de la Direction générale de la planification stratégique et de la performance du MSSS en date du 25 avril 2023, notre région aurait accumulé 33 141 demandes entrantes à la fin de l'année financière 2022-2023, ce qui représente 3,6 % des 922 783 demandes pour l'ensemble du Québec. Si l'on tient compte du fait que la population du Bas-Saint-Laurent représente environ 2,3 % de la population du Québec, on devrait plutôt s'attendre à 21 224 demandes entrantes, soit 11 917 demandes de moins. Il est aussi à noter que cette tendance s'est accentuée par rapport à l'année précédente. En 2021-2022, les demandes entrantes de notre région représentaient 3,2 % des demandes totales du Québec, soit 8 273 demandes excédentaires en comparaison du poids démographique relatif du Bas-Saint-Laurent.

Une des explications fournies antérieurement pour expliquer cet écart réside dans le nombre de références en provenance de la Gaspésie alors que toutes les spécialités de notre région n'ont pas un plan d'effectifs médicaux (PEM) permettant de compenser les demandes de la clientèle gaspésienne. Il existe probablement d'autres facteurs intrinsèques à notre région qui peuvent expliquer cette pression accrue sur la demande de services spécialisés, mais nous n'avons pas suffisamment de données pour le moment afin de la documenter davantage.

L'impact réel de cette surabondance de demandes entrantes est difficile à quantifier et à isoler. En valeur absolue, les résultats démontrent une augmentation du nombre total de consultations réalisées en 2022-2023 (plus de 4 160). À productivité égale, cet excédent affecte négativement le pourcentage de consultations réalisées hors délai, principalement parce que les équipes spécialisées n'ont pas la capacité de les réaliser, et secondairement, lors d'efforts de rattrapage.

Plusieurs facteurs mieux documentés et identifiés antérieurement expliquent notre résultat :

- Les limites de notre système informatique pour la gestion des rendez-vous (MediVisit) ne permettent pas de comptabiliser ou d'appliquer automatiquement les modalités de l'accès établies par la circulaire du MSSS, dont le report/refus, la non-disponibilité ou l'absence sans préavis. Ceci biaise donc toujours les résultats de façon négative et nuit à la saine gestion des listes d'attente;
- Certaines spécialités sont toujours en pénurie d'effectifs, ce qui a affecté particulièrement leurs résultats;
- Dans le Bas-Saint-Laurent, la très grande majorité des médecins spécialistes ont des privilèges hospitaliers et participent à la reprise postpandémique des activités chirurgicales ou endoscopiques, celles requérant un plateau technique ainsi que des suivis actifs réduisant leur disponibilité pour la prise en charge de nouvelles consultations, sans la possibilité d'une compensation par des médecins exerçant hors établissement.

Des mesures ont été mises en œuvre ou des démarches sont en cours afin d'améliorer la situation. Nous poursuivons plusieurs mesures qui ont été mises en place l'an dernier et qui ont permis d'augmenter la productivité des équipes ainsi que la pertinence des demandes de consultation, à commencer par l'amélioration de la situation de nos effectifs médicaux :

- En oto-rhino-laryngologie (ORL), un nouveau candidat s'est joint à l'équipe en fin d'année, mais la situation reste fragile, avec 3 chirurgiens installés sur un PEM de 5. Nous anticipons l'arrivée d'un candidat parrainé au cours de l'année et nous poursuivons activement les efforts de recrutement d'un autre candidat;

- L'ajout net d'un neurologue et d'un gériatre à la fin de l'année précédente viendra assurément améliorer l'offre de service;
- En dermatologie, le dernier poste au PEM de 4 a été pourvu. Les effets positifs se sont déjà fait sentir dans les dernières périodes de 2022-2023, avec un effet durable anticipé pour la prochaine année. Nous explorons aussi diverses solutions avec l'équipe pour favoriser l'équité intrarégionale et une meilleure productivité, notamment en favorisant la télédermatologie;
- L'arrivée au cours de l'année prochaine d'une microbiologiste-infectiologue permettra d'augmenter la productivité en dynamisant l'équipe en place;
- En psychiatrie, le recrutement dans le secteur ouest de la région a été intensifié;
- Des pourparlers avec le CISSS de la Gaspésie pour une entente de service sur PEM réseau dans certaines spécialités sont en cours. Ceci devrait aider à la productivité médicale pour la prochaine année;
- Il est à espérer que le plan de transition numérique permette de rehausser ou de changer le logiciel de gestion des rendez-vous et ainsi de mieux gérer l'absentéisme, les refus et les non-disponibilités. Une anticipation de près de 10 % de l'indicateur simplement avec ce rehaussement est prévue;
- Les différents chefs de départements et de services médicaux collaborent pour explorer la mise sur pied de diverses mesures et bonnes pratiques permettant d'améliorer la pertinence des consultations;
- Finalement, principalement en orthopédie et en physiothérapie, une baisse des listes d'attente et une amélioration de la pertinence des demandes de consultation en cours d'année sont prévues avec la mise sur pied d'un projet de clinique musculosquelettique financé selon une initiative de l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM) et exploitant l'expertise d'une équipe professionnelle interdisciplinaire.

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Ressources humaines				
Plan stratégique 3.06.00-PS Taux de recours à la main- d'œuvre indépendante	3,62 %	1,91 %	4,9 %	0,76 %
Plan stratégique 3.05.03-PS Ratio de présence au travail	91,12 %	91,99 %	90,53 %	91,99 %
3.01.02-EG2 Pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones »	56 %	50 %	99 %	100 %

Plan stratégique

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

L'engagement de 0,76 % n'est pas atteint au 31 mars 2023. Nous observons un taux de recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) de 4,9 % en 2022-2023, soit une hausse de 1,28 % en comparaison au résultat obtenu en 2021-2022.

Toutefois, en contrepartie, nous constatons que le ratio d'heures travaillées en temps supplémentaire est moindre que l'an passé, passant de 5,66 % à 5,34 %, ce qui représente une diminution de 77 900 heures travaillées en temps supplémentaire.

En comparant nos données avec celles pour l'ensemble du Québec, nous constatons que notre cible de MOI (0,76 %) était plus basse que celle du Québec (1,67 %). En ce qui concerne les résultats, l'inverse se produit, car notre établissement présente un taux de MOI supérieur à celui obtenu pour l'ensemble du Québec, qui, lui, se situe à 3,78 %.

Le contexte et les facteurs qui expliquent le résultat :

- Depuis septembre 2019, les investissements se poursuivent et la dernière année ne fait pas exception. Cette année, ce sont 426 nouveaux postes qui ont été créés, incluant les 332 postes reliés à l'ouverture des maisons des aînés et alternatives (MDAA). Ce nombre représente 44,6 % des 956 nouveaux postes créés en investissement depuis le 1^{er} avril 2019, soit un pourcentage record. Puisqu'il est difficile de pourvoir autant de postes et que l'offre de service doit être maintenue, le recours à la main-d'œuvre indépendante est à la hausse;
- Cette année, le nombre de 1 333 embauches et réembauches est moindre que l'an précédent, et nous affichons un bilan presque nul d'embauches nettes considérant que nous avons eu 1 297 départs au cours de l'année.

Plusieurs mesures sont mises en place pour améliorer la situation. Les actions en cours et à venir pour réduire la MOI sont les suivantes :

- Comité de travail sur la MOI et comité optimisation;
- Projet « Expérience employé » visant à améliorer l'accueil et la rétention;
- Réalisation de 3 projets pilotes d'autogestion des horaires avec les employés de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ). Le déploiement général est prévu par MRC à partir de septembre 2023;
- Réorganisation à la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) avec la création d'un poste de chef de service au recrutement externe et international;
- Poursuite du projet de recrutement international des infirmières et infirmiers diplômés hors Canada (IDHC) avec 2 cégeps pour un total de 36 étudiants devant terminer leur formation à la fin de l'automne 2023;
- Affichage de 88 postes (pour un total de 86,2 équivalents temps complet (ETC)) d'agentes administratives pour soutenir les professionnels de la santé;
- Mandat confié à Recrutement Santé Québec (RSQ) pour 325 nouvelles ressources;
- « Surdotation » (engagement de personnel en surplus) dans plusieurs services pour favoriser les remplacements sans avoir recours à la MOI.

Plan stratégique

3.05.03-PS - Ratio de présence au travail

L'engagement de 91,99 % est presque atteint au 31 mars 2023. Nous notons une petite diminution de 0,59 % du ratio de présence au travail, passant de 91,12 % en 2021-2022 à 90,53 % en 2022-2023.

Notre résultat est toutefois un peu plus élevé que celui pour l'ensemble du Québec qui atteint pour sa part 90,19 %. De plus, notre cible de présence au travail était également supérieure à celle du Québec fixée à 89,38 %.

Le contexte et les facteurs qui expliquent le résultat :

- Puisque nous procédons à l'affectation temporaire des employés lors de l'assurance salaire, nous contribuons à améliorer le taux de présence au travail. De plus, les efforts déployés en ce qui concerne les indicateurs relatifs aux heures supplémentaires et à l'assurance salaire ont aussi un impact positif;
- Malgré le contexte qui a ajouté une pression additionnelle sur le personnel du réseau et affecté le ratio de présence au travail, nous avons maintenu un ensemble de services de prévention, de gestion et de soutien pour les retours au travail afin de garder le cap sur la présence au travail. Ces efforts nous ont permis de maintenir un excellent taux de présence au travail;
- La poursuite du projet « Expérience employé » devrait elle aussi contribuer à améliorer notre résultat au cours des prochaines années.

Mesures mises en place pour améliorer la situation :

- Les investissements du MSSS en prévention dans le cadre du budget *Prendre soin* soutiennent les efforts des directions cliniques et administratives dans l'implantation du *Plan national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023*;
- Par ailleurs, compte tenu de la pandémie, ce plan national a été prolongé au-delà de 2023, ce qui nous permettra de poursuivre l'implantation et de pouvoir en mesurer davantage les bienfaits.

3.01.02-EG2 - Pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones »

L'engagement de 100 % est presque atteint au 31 mars 2023. Nous constatons une progression importante de notre résultat de 43 % passant de 56 % en 2021-2022 à 99 % en 2022-2023.

Notre établissement se démarque positivement lorsque nous comparons notre résultat au 31 mars avec celui de l'ensemble du Québec qui atteint seulement 86,9 %.

Les facteurs expliquant notre résultat :

- La mise en place d'un comité stratégique;
- L'implication de l'ensemble des gestionnaires afin de s'assurer que tout leur personnel suive la formation;
- La production hebdomadaire de tableaux de bord :
 - Tableau statistique pour suivre l'évolution de cet indicateur;
 - Liste du personnel formé et non formé par direction et gestionnaire.

Afin d'atteindre la cible, la Direction des ressources humaines, des affaires juridiques et des communications (DRHCAJ) est à mettre en place les mécanismes nécessaires.

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Ressources technologiques				
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	96,4 %	95 %	95 %	95 %
Commentaires L'engagement de 95 % est atteint au 31 mars 2023. Nous constatons une légère diminution de notre résultat de 1,4 % passant de 96,4 % en 2021-2022 à 95 % en 2022-2023. Notre établissement se démarque positivement lorsque nous comparons notre résultat avec celui de l'ensemble du Québec. Le taux au niveau national s'établit à 82,3 %, soit un écart 12,7 % avec notre résultat au 31 mars 2023. Les facteurs qui expliquent le résultat : • La rigueur dans le soutien des pilotes locaux; • La disponibilité des pilotes locaux pour s'assurer du maintien du taux de l'indicateur régional; • La mise en œuvre de solutions pour mettre en avant-plan l'atteinte de l'objectif.				

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 %



5

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



5

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

5.1 L'agrément

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a maintenu son statut « agréé » pour l'année 2022-2023. La pandémie de la COVID-19 est venue bousculer les échéanciers de certaines étapes dans le processus d'Agrément Canada, mais celui-ci a repris son cours malgré tout.

Sondages d'Agrément Canada

En avril 2022, les membres du personnel ainsi que les médecins ont été invités à répondre à trois sondages dans le cadre de la démarche d'Agrément Canada. Voici le nombre de participants ayant répondu aux différents sondages :

- sondage mobilisation : plus de 1 500 répondants;
- sondage canadien sur la culture de sécurité : 621 répondants;
- sondage Pulse (spécifiquement pour les médecins et dentistes) : 45 répondants.

Du 1^{er} mai au 30 juin 2022, en partenariat avec Agrément Canada, le déploiement provincial du sondage sur l'expérience de l'utilisateur a eu lieu. Un total de 467 usagers ont répondu à ce sondage.

Visite d'Agrément Canada : santé physique, services généraux et télésanté

- La visite d'Agrément Canada dans les secteurs de la télésanté, de la santé physique (bloc opératoire, unité d'hospitalisation, urgence, soins intensifs, etc.) et des services généraux (services psychosociaux, soins courants, Info-Santé, Info-Social, etc.) avait lieu dans la semaine du 11 au 16 septembre 2022. À la suite de cette visite, un rapport d'Agrément Canada a été produit. Le processus rigoureux établi par Agrément Canada a permis d'évaluer 1 732 critères, notre plus imposante visite jusqu'à maintenant avec 10 visiteurs. Nous avons accueilli avec grande fierté un score total de 92,15 %.
- Les travaux d'amélioration sont en cours pour atteindre la conformité complète dans tous les secteurs. Pour faire suite à la visite, 109 suivis de preuves sont exigés d'ici le mois d'août 2023.

Visite d'Agrément Canada : déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme ainsi que soutien à l'autonomie des personnes âgées

- La dernière visite du premier cycle d'accréditation de cinq ans s'est tenue dans la semaine du 26 au 31 mars 2023. Les huit visiteurs d'Agrément Canada ont évalué les secteurs des programmes de déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme ainsi que ceux du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (soutien à domicile, centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), soins palliatifs). Le rapport sera envoyé dans les 30 jours suivant la visite.
- Pour les secteurs des programmes de déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, le processus a permis d'évaluer 428 critères. La conformité aux 405 critères pour un score total de 94,6 % est accueillie avec une grande fierté.
- Pour le programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (soutien à domicile, centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), soins palliatifs), le processus a permis d'évaluer 462 critères. La conformité aux 426 critères pour un score total de 92,2 % a été accueillie avec une grande fierté.
- Les travaux d'amélioration sont en cours pour atteindre la conformité complète dans tous les secteurs. Des mesures à prendre sont exigées afin d'apporter des améliorations et, par le fait même, de conserver le statut d'organisme agréé (27 suivis de preuve pour la DPDI-TSA-DP et 46 pour la DPSAPA).

Accréditation des laboratoires

- Les neuf laboratoires de biologie médicale du Bas-Saint-Laurent se sont vu reconnaître le statut de laboratoires médicaux accrédités le 1^{er} mai 2022.
- Le premier cycle d'accréditation se poursuivra en 2023 avec la visite de réévaluation pour le maintien de l'accréditation.

5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services

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

- La diffusion et l'accès aux statistiques en tout temps dans un fichier Excel mis à jour périodiquement permettant l'analyse statistique personnalisée pour l'ensemble des directions concernées.
- La formation des gestionnaires nouvellement nommés ainsi que de ceux effectuant des remplacements.
- La formation des employés et des gestionnaires sur la déclaration et l'utilisation du rapport de déclaration des incidents et des accidents (formation disponible sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA)).
- Le déploiement d'une formation en gestion des risques adaptée aux réalités propres à certaines directions cliniques, dont la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA) et la Direction des services professionnels (DSP).

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

Types d'incidents	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage (par rapport à l'ensemble des événements)
Erreurs de médicaments	531	28,4 %	3,5 %
Retraitement des dispositifs médicaux	268	14,3 %	1,7 %
Traitement - Intervention	261	13,9 %	1,7 %

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

Types d'accidents	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des accidents	Pourcentage (par rapport à l'ensemble des événements)
Chutes	6 286	46,7 %	41,3 %
Erreurs de médicaments	3 103	23,1 %	20,3 %
Blessure d'origine inconnue	799	5,9 %	5,2 %

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

Pour les chutes et les événements liés à la médication, des interventions auprès des directions cliniques concernées ont été mises en place afin de valider le besoin de soutien dans l'application des processus et le respect des programmes existants dans l'établissement. Pour les événements « Autres », des interventions sont en cours afin de recatégoriser les événements qui correspondent à d'autres types d'événements. Pour les événements associés au retraitement des dispositifs médicaux (RDM), la mise en place d'une structure sur la qualité sur les activités RDM est en cours à la suite d'un événement sentinelle.

Comité de gestion des risques

Quatre rencontres virtuelles prévues à l'agenda ont été tenues au cours de l'année.

Les principaux sujets traités sont les suivants :

- L'analyse des statistiques :
 - le bilan des incidents et des accidents;
 - le suivi des recommandations des événements sentinelles;
- Le bilan des activités en gestion des risques 2021-2022;
- La révision de lignes directrices sur la déclaration des incidents et des accidents survenus dans le cadre de la prestation des soins et des services aux usagers;
- Le registre national des incidents-accidents de 2020-2021;
- La procédure sur la déclaration obligatoire des réactions indésirables graves à un médicament et des incidents liés aux instruments médicaux au CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Le comité des médicaments dangereux;
- La présence d'animaux dans les milieux de soins.

Le comité de gestion des risques a émis une recommandation au comité de direction soit de « mettre en place des moyens concrets afin de prioriser le déploiement de la formation sur l'évaluation et la prévention du risque suicidaire au personnel et aux médecins concernés, et ce, dans tous les RLS du Bas-Saint-Laurent. »

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

- 2021-2022 : 15 159
- 2022-2023 : 15 319
- Variation : +1 %

Les principaux risques d'incident et d'accident identifiés

Les principaux risques d'incidents et d'accidents identifiés ou établis au cours de la dernière année :

- Chutes et médicaments.

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

- procédé à l'enquête et l'analyse 98 événements sentinelles, dont 36 % ont nécessité des recommandations.
 - soumis 128 recommandations au comité de gestion des risques.

Suivi des indicateurs du comité

Indicateurs de suivi	Résultats départ 2015-2016	Résultats 2018-2019	Résultats 2019-2020	Résultats 2020-2021	Résultats 2021-2022	Résultats 2022-2023 ¹
Nombre d'accidents/année ayant contribué au décès	22	26	25	29	19	13
Nombre d'événements sentinelles avec recommandations à la suite d'un décès	10	12	11	9	4	2
Nombre d'accidents/année à conséquence grave	82	75	82	68	71	73
Nombre de chutes par année	5 469	5 609	5 747	5 640	5 364	6 287
Nombre d'erreurs de médicaments	5 188	4 732	4 562	4 296	3 850	3 634

Les actions entreprises et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (PCI)

- Les activités de la gouvernance PCI :
 - trois rencontres du comité directeur stratégique de PCI;
 - une rencontre de la table clinique de PCI;
 - une rencontre des comités locaux de PCI dans chacun des *réseaux* locaux de services (RLS).
- La réalisation du bilan du plan d'action régional en PCI 2015-2020 et le lancement des travaux pour l'élaboration du plan d'action en PCI 2024-2028.
- Le déploiement de stratégies de soutien et d'accompagnement aux différentes directions (coffre à outils, diffusion des données, formation sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA), participation aux caucus opérationnels, mise à jour d'outils cliniques, participation à différents comités cliniques, etc.).
- Le développement de stratégies de communication pour soutenir les bonnes pratiques de PCI, notamment l'application de l'hygiène des mains (*Flash PCI*, participation aux caucus opérationnels, etc.).
- La remise de certificats d'excellence de l'hygiène des mains lors de la journée mondiale d'hygiène des mains aux unités de soins suivantes :
 - l'unité multiclientèle de l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima à La Pocatière (87 %);
 - l'unité des soins critiques (urgence et soins intensifs) de l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima de à La Pocatière (84 %);
 - le 5^e étage C à l'Hôpital régional de Rimouski (81 %);
 - l'unité des soins intensifs coronariens de l'Hôpital régional de Rimouski (84 %).
- La poursuite des activités de prévention et de soutien aux milieux non institutionnels du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) par les agents en PCI et conseillères en PCI :
 - 22 formations *Champion PCI* données;
 - 144 audits réalisés.

¹ L'extraction des données a été effectuée le 20 juin 2023.

- Le suivi des vigies et des éclosions de COVID-19 et autres pathogènes dans les milieux de soins et de vie dans la communauté :
 - COVID-19 :
 - ▶ 254 vigies;
 - ▶ 400 éclosions.
 - Pathogènes autres que COVID-19 : influenza, syndrome d'allure grippale (SAG), *Clostridium difficile*, virus respiratoire syncytial (VRS), gastroentérite, etc. :
 - ▶ 42 vigies;
 - ▶ 54 éclosions.
- Le suivi du dossier en lien avec les zones grises. Il existe plusieurs surfaces pour lesquelles la responsabilité de nettoyage et de désinfection n'est pas attribuée. Ces surfaces sont désignées comme étant des « zones grises ». Toutes les surfaces, le mobilier, les appareils et les autres matériaux susceptibles d'être en contact direct ou indirect avec les usagers peuvent être des sources de contamination.
 - Aucune action n'a été entreprise en lien avec les zones grises.

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

Le registre régional électronique de compilation des mesures de contrôle qui a été entériné et déployé permet aux directions de faire leur compilation et de suivre leurs propres données pour l'ensemble de leurs secteurs d'activité.

Direction des soins infirmiers (DSI)

Sur l'ensemble des unités de soins de la DSI pour l'année 2022-2023, 277 mesures de contrôle ont été appliquées au total, soit 257 contentions (une augmentation de 72 comparativement à l'année 2021-2022) et 20 mesures d'isolement (une diminution de 9 comparativement à l'année 2021-2022).

Direction du programme de santé physique et de la cancérologie (DPSPC)

Pour le secteur de l'urgence de la Direction du programme de santé physique et de la cancérologie, pour l'année 2022-2023, un total de 380 mesures de contrôle ont été appliquées dont 379 contentions et 1 isolement. Aucune donnée pour 2021-2022.

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

Le registre de mesure de contrôle est rempli progressivement depuis mai 2022 à la période 6, en expérimentant l'outil avec les résidences à assistance continue (RAC) de La Mitis et la Clinique multiproblématique. C'est à partir de la période 9 que l'intégration de tous nos milieux au registre de mesure de contrôle s'est faite. Les milieux visés par le registre sont les suivants :

- RAC Ross
- RAC Jumelé 1
- RAC Jumelé 2
- RAC transitoire
- RAC Fusiliers
- Clinique multiproblématique TC-TGC
- Hébergement Collin
- Unité Le Phare

Avant mai 2022, chaque milieu de service tenait une « compilation maison » des mesures de contrôle. La venue du registre facilite la vision globale de la situation et est une avancée en soi. Le présent registre montre l'utilisation des mesures de contrôle pour 16 usagers répartis dans les 8 différents milieux identifiés ci-dessus et la stabilité dans le temps de ce nombre d'usagers. Depuis 2022, à la période 9, le nombre de contentions varie de 13 à 38 par période pour les 16 usagers. Quant à l'isolement, le nombre total par période varie de 12 à 32, et ce, depuis la période 9 de l'année 2022. Une variation est observée d'un mois à l'autre, ce qui est en cohérence avec les épisodes de troubles graves de comportement qui peuvent fluctuer selon un ensemble de facteurs environnementaux et de facteurs personnels.

Direction de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse (DPJ-PJe)

Pour la DPJ-PJe, pour l'année 2022-2023, 859 mesures de contrôle ont été appliquées, soit 174 isolements (30 jeunes différents ont fait l'objet d'un isolement) et 685 contentions (49 jeunes différents ont fait l'objet d'une contention). Un total de 157 jeunes ont été hébergés durant la période. Pour 2021-2022, 906 mesures de contrôle ont été appliquées, soit 200 isolements (29 jeunes différents ont fait l'objet d'un isolement) et 706 contentions (45 jeunes différents ont fait l'objet d'une contention). Un total de 149 jeunes ont été hébergés durant la période. En 2022-2023, il y a eu 47 mesures de contrôle de moins qu'en 2021-2022, une baisse de 5,5 % par rapport à l'année précédente. Toutes les unités sans distinction sont touchées :

- L'Ancrage
- L'Anse
- La Passerelle (foyer de groupe)
- La Villa Dion (foyer de groupe)
- Le Moussaillon
- Le Quai
- Le Traversier
- Maison la Grand-Voile (foyer de groupe)

Il est important de noter qu'une baisse importante du recours aux mesures de contrôle a été constatée en 2022-2023 par rapport à 2021-2022 chez les 5-12 ans passant de 562 mesures de contrôle en 2021-2022 à 414 en 2022-2023.

Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD)

Pour les unités de psychiatrie de la Direction des programmes santé mentale et dépendance, pour l'année 2022-2023, le nombre de mesures de contrôle appliquées est de 255 soit 126 contentions et 129 isolements. Le nombre de contentions utilisées représente tous les types de contentions confondues. Pour l'année 2021-2022, 160 mesures de contrôle ont été appliquées soit 108 contentions et 52 isolements.

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

Dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), le registre régional de compilation des mesures de contrôle a été implanté en projet pilote en mai 2022. Il est déployé dans tous les CHSLD depuis décembre 2022 de façon progressive sur chaque étage. Les données pour l'année 2022-2023 ne sont donc pas complètes. À compter de la période 10, le registre dénombre un total de 188 mesures de contrôle, soit 176 contentions et 12 isolements. Toutefois, ces données ne sont pas exhaustives. Tous les gestionnaires cliniques ont été invités à faire un rappel des meilleures pratiques auprès de leurs équipes en lien avec les mesures de contrôle. Des travaux sont en cours pour déployer des outils d'information destinés aux familles.

Dans les ressources non institutionnelles (résidences privées pour aînés et ressources intermédiaires), les mesures de contrôle ne sont pas utilisées.

Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité à la suite des recommandations formulées par les instances suivantes

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services ainsi que les membres de son équipe s'assurent de l'amélioration des soins et services à l'aide d'un tableau des suivis présenté régulièrement au comité de vigilance et de la qualité (CVQ) ainsi qu'au comité de direction. Ce tableau permet de suivre le nombre, la nature et la fluctuation des dossiers reliés aux insatisfactions tout comme ceux reliés à la qualité des soins et services dans l'ensemble des missions y incluant les partenaires de première ligne et les organismes communautaires. Le commissaire demeure attentif et à l'écoute de l'ensemble des besoins des usagers et partage certains enjeux spécifiques à l'établissement et au CVQ, et ce, en toute indépendance. Le comité de vigilance et de la qualité s'est assuré qu'un suivi quant aux recommandations et aux engagements de l'établissement a été apporté.

Afin d'améliorer l'efficacité de son service, le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services a effectué des ajustements dans l'organisation du travail de son service, dont :

- la création d'une trajectoire pour les insatisfactions touchant les partenaires communautaires;
- la création d'une formation en ligne pour les nouveaux gestionnaires;
- l'introduction d'un outil de signalement des situations de maltraitance;
- la standardisation des outils de rédaction dans le cadre des plaintes médicales;
- la participation à un lac-à-l'épaule afin de consolider ses connaissances, de revoir son fonctionnement pour l'uniformiser et réitérer les valeurs collectives du service.

Exemples des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Types de dossier	Motifs	Recommandations	Mesures mises en place
Intervention du commissaire	Soins et services dispensés <i>Ressource privée pour aînés (RPA)</i>	Faire une rencontre de concertation avec les responsables de la résidence pour s'assurer que les services achetés sont rendus et de qualité.	Une rencontre a été introduite afin d'améliorer les arrimages cliniques et de s'assurer que les services sont rendus et de qualité.
Plainte	Soins et services dispensés Coordination entre les services <i>Centre hospitalier et hébergement</i>	Effectuer un rappel à l'ensemble des responsables des résidences d'hébergement privées pour aînés sur la nécessité de transmettre les informations cliniques lors d'un transfert à l'urgence, et ce, particulièrement pour les usagers ayant un problème cognitif.	Une communication indiquant les obligations des ressources d'hébergement lors d'un transfert à l'urgence a été adressée à l'ensemble des responsables des résidences d'hébergement privées pour aînés.
Intervention	Maltraitance <i>Ressource de type familial (RTF)</i>	Respecter la politique de lutte contre la maltraitance et développer des pratiques favorisant la bientraitance au sein de la ressource.	Une formation sur la maltraitance/bientraitance a été offerte par le CISSS du Bas-Saint-Laurent. Une lettre indiquant les comportements attendus a été acheminée à tous les responsables de ressources de type familial.
Plainte	Soins et services dispensés <i>Jeunesse</i>	S'assurer que l'ordonnance du tribunal est respectée et mettre en place les moyens nécessaires pour en assurer le contrôle.	Le gestionnaire a effectué un rappel à l'intervenante et il s'est assuré que l'ordonnance était respectée par la suite.
Plainte	Participation de l'utilisateur ou de son représentant <i>CLSC</i>	S'assurer que l'intervenante sociale révise régulièrement le plan d'intervention avec l'utilisateur et qu'elle le lui remette.	Le plan a été revu et remis à l'utilisateur. La réévaluation a été réalisée.
Intervention	Soins et services dispensés <i>Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)</i>	Offrir une formation aux employés sur les troubles de comportement associés à la démence et s'assurer que, dorénavant, ils interviennent adéquatement lors d'épisodes d'agressivité de l'usagère.	Une formation a été offerte aux employés du CHSLD et une vigie par la responsable est effectuée régulièrement.

Protecteur du citoyen

Liste de quelques recommandations du Protecteur du citoyen adressées à l'établissement et résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

Le Protecteur du citoyen a demandé, en deuxième instance, 21 dossiers pour lesquels 1 dossier a nécessité 2 recommandations qui sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Au 31 mars 2023, 12 des 21 dossiers étaient fermés et 9 étaient toujours actifs, donc en attente des conclusions du Protecteur du citoyen.

	Lieu	Recommandations du Protecteur du citoyen	Réalisation par l'établissement avec acceptation du Protecteur du citoyen
1	Centre hospitalier	R-1 : Rappeler aux préposés aux bénéficiaires que le non-respect d'une diète prescrite doit être signalé au personnel infirmier.	Un rappel aux préposés a été effectué par la gestionnaire de l'unité de soins.
		R-2 : Rappeler à l'ensemble du personnel concerné l'obligation de remplir le formulaire AH-223 le plus tôt possible après avoir constaté l'événement et de toujours joindre ce document au dossier de l'utilisateur concerné.	Une note de service a été acheminée à l'ensemble du personnel concerné lui rappelant les obligations légales ainsi que les pratiques attendues.

Coroner

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent n'a reçu aucun rapport d'investigation ou d'enquête du Bureau du coroner en chef en 2022-2023 dans lequel des recommandations auraient été émises pour notre établissement.

Toutefois, en date du 1^{er} avril 2022, nous avons toujours un rapport d'enquête du coroner qui demeurerait en cours de traitement. Un plan d'action avait été mis en place en janvier 2020, mais, considérant le contexte de la pandémie de COVID-19, nous avons été dans l'obligation de reporter certains échéanciers. Au 31 mars 2023, nous confirmons que l'ensemble des actions planifiées pour répondre aux recommandations du coroner a été réalisé. Il faut souligner que l'événement est survenu dans une autre région et que les recommandations s'adressaient à plusieurs instances.

Liste des recommandations du coroner, adressées au MSSS et aux CISSS et aux CIUSSS, ainsi que le résumé des principales mesures mises en place pour donner suite à ces recommandations

Dossiers qui ont été complétés en 2022-2023

Recommandations	Mesures mises en place
Afin de donner les services requis aux détenus ayant des problèmes de santé physique, mentale et de dépendance dont ils souffrent et d'assurer une transition optimale à leur sortie d'un établissement de détention, il est recommandé au ministère de la Sécurité publique et au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de concert avec les CISSS et les CIUSSS, de : • parachever l'intégration des soins de première ligne en santé mentale, physique et de dépendance; • mettre en place des stratégies pour assurer un continuum de soins de santé physique, mentale et de dépendance ainsi qu'une offre d'hébergement.	• Rédaction et suivi d'un plan d'action. • Ajout des informations en lien avec la santé mentale et la dépendance dans la cueillette de données en soins infirmiers. • Signature par le détenu du formulaire de consentement à la divulgation de l'information permettant l'échange d'informations entre les intervenants de notre établissement et ceux du centre de détention. • Inscription des milieux d'hébergement disponibles au Bas-Saint-Laurent dans le bottin regroupant l'ensemble des services offerts aux détenus et transmission aux infirmières travaillant en milieu carcéral et à l'équipe du centre de détention qui préparent les détenus à leur réintégration sociale. • Déploiement de la télécommunication (télésanté). • Révision de l'organisation de services multisectoriels pour la clientèle ayant commis une infraction criminelle et présentant une problématique de santé mentale. • Mise sur pied d'un comité d'arrimage impliquant la Direction des programmes santé mentale et dépendance, la Direction des soins infirmiers, le centre de détention et le médecin, au besoin. Ce comité permet de : ➤ prioriser les cas plus problématiques; ➤ discuter de la collecte de données; ➤ réviser les besoins et les services requis en cours d'incarcération; ➤ planifier les services requis lors de la sortie de prison.

Notre établissement a reçu le *Deuxième rapport annuel du Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale – Agir ensemble pour sauver des vies*, publié par le Bureau du coroner en novembre 2022. Notre établissement a pris connaissance de l'ensemble du rapport et des recommandations émises par le comité.

Plusieurs recommandations de ce rapport s'adressent directement au MSSS et concerneront notre établissement dans un avenir rapproché. Afin que nos démarches soient concordantes avec les orientations préconisées, nous attendons les directives du MSSS et nous mettrons en place un plan d'action afin d'assurer le suivi des recommandations. En ce qui concerne plus spécifiquement la recommandation n° 21, celle-ci s'adressait à plusieurs instances, dont les CISSS et les CIUSSS.

Recommandations no 21	Mesures mises en place
Nous recommandons au Barreau du Québec, à la Chambre des notaires, à l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec, à l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, à l'Ordre des psychologues du Québec, à l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec ainsi qu'aux CIUSSS et CISSS qui emploient des personnes agissant comme médiatrices et médiateurs familiaux de : former leurs membres et employés sollicités pour cette fonction tant en matière familiale, en matière de droit de la jeunesse qu'en matière de droit criminel, sur la problématique de l'exposition des enfants à la violence conjugale, la <i>Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse</i> et d'autres dispositions législatives faisant de l'exposition à la violence conjugale un motif de compromission distinct, la <i>Loi portant sur la réforme du droit de la famille en matière de filiation et modifiant le Code civil en matière de droits de la personnalité et d'état civil</i>, et les éléments représentant un risque d'homicide, tel que les différends concernant la garde des enfants.	- Cette recommandation ne s'applique pas à notre établissement puisque nous n'avons pas sous notre gouverne de médiatrices ou de médiateurs familiaux. - L'entrée en vigueur des nouveaux amendements de la <i>Loi sur la protection de la jeunesse</i> (LPJ) en avril 2023, notamment en ce qui concerne la violence conjugale comme motif de compromission, va nécessiter toutefois la formation de l'ensemble du personnel en protection de la jeunesse.

Autres instances (ordres professionnels, enquêtes administratives, inspections, etc.)

Les principales recommandations et le résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)

Principales recommandations en lien avec les risques observés	Mesures mises en place par l'employeur
Limitier l'exposition aux produits chimiques en laboratoire	L'élaboration d'un plan d'action pour améliorer le système de ventilation.
Limitier l'exposition à des matières corrosives causant des dommages graves et irréversibles	La mise à disposition de douches d'urgence dans les milieux concernés.
Rendre sécuritaires les équipements et les appareils	L'installation de capteurs de poussière, d'arrêts d'urgence et de protecteurs. L'application des méthodes de cadenassage lorsqu'elle est requise.
Empêcher la survenue de chutes lors du travail en hauteur	L'utilisation des équipements certifiés et adaptés à la tâche.
Éviter les risques d'incendie	Le dégagement des gicleurs.

Principales recommandations en lien avec les risques observés	Mesures mises en place par l'employeur
Diminuer les efforts excessifs et les postures contraignantes	L'information pour outiller les travailleurs sur les bonnes méthodes et techniques de travail ainsi que sur l'utilisation des équipements appropriés (principes de déplacement sécuritaire des personnes).
Respecter les Tolérances zéro de la CNESST	L'application des directives de la CNESST.
Éviter les expositions aux produits dangereux	Le respect de la réglementation et la formation du personnel sur les produits dangereux.
Éviter les agressions de la clientèle envers le personnel	L'information pour outiller les travailleurs sur les bonnes méthodes et techniques de travail afin de prévenir les agressions. La formation du personnel pour intervenir lors d'un code blanc.

À la suite de ces inspections préventives, 24 avis de correction ont été émis par la CNESST. Étant donné que les délais de réalisation ont été respectés, aucune infraction n'a été décernée.

Autorité des marchés publics (AMP)

Principales recommandations en lien avec les risques observés	Mesures mises en place par l'employeur
Recourir aux services d'un spécialiste du cadre normatif indépendant pour appuyer l'organisme dans la mise à jour de sa documentation interne	Le mandat a été donné à la firme Morency Avocats de mettre à jour la documentation interne en lien avec la gestion contractuelle : • Politique d'approvisionnement • Règlement de délégation de signature • Lignes internes de conduite Les travaux sont en cours et devraient se finaliser à l'automne.
Recourir aux services d'un spécialiste du cadre normatif indépendant afin de réviser les activités relatives au processus d'attribution menées par les intervenants travaillant en gestion contractuelle et de rendre ces activités conformes au cadre normatif	Idem

Principales recommandations en lien avec les risques observés	Mesures mises en place par l'employeur
Recourir aux services d'un spécialiste du cadre normatif indépendant pour établir un plan de formation sur les exigences de la <i>Loi sur les contrats des organismes publics</i> (LCOP) destiné au personnel qui travaille en gestion contractuelle au sein du CISSS du Bas-Saint-Laurent, incluant la personne assumant le rôle de responsable de l'application des règles contractuelles	• Formation des intervenants en gestion contractuelle sur la LCOP - Extranet des marchés publics • Formation des intervenants en gestion contractuelle - reddition de comptes sur le Système électronique d'appel d'offres (SEAO) du gouvernement du Québec • Formation des intervenants en gestion contractuelle - reddition de comptes extranet des marchés publics • Réalisation des formations par Morency Avocats ➤ Responsable de l'application des règles contractuelles (RARC) ➤ Agents d'approvisionnement ➤ Techniciens en administration ➤ Acheteurs (et agentes administratives (au besoin) ➤ Gestionnaires et infirmière clinicienne responsable • Réalisation des formations et de l'accompagnement par l'Unité permanente anticorruption (UPAC) ➤ Séance de sensibilisation aux directeurs ➤ Séance de sensibilisation et mises en situation aux gestionnaires de proximité (directeurs adjoints exécutifs, coordonnateurs exécutifs) ➤ Séance de sensibilisation aux intervenants en gestion contractuelle ➤ Présentation du cadre de gestion encadrant les risques de collusion et de corruption et accompagnement personnalisé pour l'actualisation du cadre de gestion encadrant les risques de collusion et de corruption à la RARC et la conseillère-cadre en soutien à la RARC

5.3 Le nombre de mises sous garde selon la mission

Tableau des mises sous garde du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

	Mission CH	Total Établissement Bas-Saint-Laurent
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	331	331
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	197
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	143	143
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du <i>Code civil</i> présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	90
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du <i>Code civil</i> et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	74	74

5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits

Le site Web de l'établissement contient toutes les informations sur les droits des usagers et le régime d'examen des plaintes (à l'adresse cisss-bsl.gouv.qc.ca dans le menu Notre CISSS > Qualité des soins et des services). On retrouve à cet endroit le rapport annuel complet portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services du CISSS du Bas-Saint-Laurent ainsi que les documents et les informations qui suivent :

- Formulaire de déclaration d'une plainte (aussi disponible en version anglaise)
- Formulaire de déclaration d'une situation de maltraitance
- Qui peut porter plainte?
- À qui s'adresser pour porter plainte?
- Vous avez besoin d'aide pour déposer votre plainte?
- Règlement sur la procédure d'examen des plaintes
- Capsules vidéo informatives
- Dépliant d'information (aussi disponible en version anglaise)
- Lutte contre la maltraitance : signaler une situation

5.5 L'information et la consultation de la population

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a toujours à cœur de bien informer la population de la région sur les sujets et les enjeux de santé et de services sociaux qui la concerne. Au cours de la dernière année, des représentants de l'organisation et la Présidence-direction générale ont notamment participé à des tables régionales de concertation ainsi qu'à des échanges avec les élus, diverses associations et des groupes de citoyens afin de présenter son offre de service et les modalités pour y avoir accès.

Par ailleurs, le CISSS du Bas-Saint-Laurent a continué de maintenir un lien étroit avec la population en diffusant de nombreuses informations sur ses différentes plateformes électroniques. À titre d'exemples, quelque 900 publications ont été effectuées sur les médias sociaux, à savoir des communiqués de presse, des nouvelles et des situations problématiques, des avertissements en fonction de situations particulières, des informations relatives à la santé (accès première ligne – GAP/GAMF, 811, maladies respiratoires, gastroentérite, COVID-19, vaccination, influenza, etc.), le recrutement et la reconnaissance du personnel. Près de 150 campagnes publicitaires ont été relayées par l'organisation et 1 000 conversations par messagerie portant sur l'accès aux soins et services, les mesures sanitaires, etc. été assurées. Au total, les diverses publications du CISSS du Bas-Saint-Laurent ont obtenu près de 3,4 millions de vues sur Facebook, Instagram, Twitter, YouTube et LinkedIn.

Sur le plan des relations avec les médias, l'établissement a reçu 875 demandes médiatiques, publié 80 communiqués de presse et tenu 18 conférences de presse.

Voici un aperçu des initiatives mises en place par l'ensemble des directions du CISSS du Bas-Saint-Laurent au cours des derniers mois :

- La tenue de rencontres avec le comité aviseur de la Direction des programmes santé mentale et dépendance composé d'usagers partenaires et de proches d'usagers;
- La reprise des activités de concertation avec les partenaires des différents territoires de MRC en lien avec les dossiers suivants : santé mentale, dépendance, itinérance, violence conjugale, agression sexuelle, santé et bien-être des hommes;
- La diffusion du bulletin *Info-Partenaires jeunesse* visant à partager des nouvelles de la Direction de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse et à informer sur ses services;
- La présentation du bilan annuel des directeurs de la protection de la jeunesse à la population;
- La participation à plusieurs comités de partenaires jeunesse et comités de suivi d'ententes (MSSS-MEQ, entente multisectorielle, CAVAC, COSMOSS, travail de rue, supervision de droits d'accès, CPE, etc.);
- La présentation du fonctionnement de la centrale de signalement en protection de la jeunesse à plusieurs partenaires;
- La mise en place du comité jeunesse, très actif dans la gouvernance du projet Aire ouverte, composé de huit jeunes âgés de 17 à 24 ans;
- La participation d'un usager partenaire en situation de déficience physique dans plusieurs comités du projet de maisons des aînés et maisons alternatives (MDA-MA);
- La participation de membres de nos équipes en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP) dans plusieurs comités dans la communauté (transport adapté, MSSS-MEQ, CPE, etc.);
- La participation d'un usager partenaire au comité du plan d'action pour les personnes handicapées du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- La participation de la Direction des programmes DI-TSA-DP, de manière statutaire, aux comités des usagers en DI-TSA-DP pour informer, consulter et échanger sur divers enjeux vécus par les usagers et leurs familles, les projets en cours et l'atteinte des résultats;
- La tenue de rencontres périodiques avec les regroupements des organismes communautaires touchant la clientèle en DI-TSA-DP;
- Le lancement d'une campagne de sensibilisation contre les violences faites aux femmes.



6

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

6

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

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

Voici les principales actions réalisées en cours d'année, de même que des données statistiques qui témoignent des services offerts à la population :

- Transfert du programme de soins palliatifs et de fin de vie de la Direction des soins infirmiers (DSI) vers la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA) en décembre 2022;
- Relance des comités locaux de soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) et révision de la composition des groupes interdisciplinaires de soutien (GIS);
- Soutien-conseil aux équipes cliniques lors de situations complexes en soins palliatifs;
- Rencontres en continu avec les répondants locaux pour l'appropriation de leur rôle et l'uniformisation du processus (cinq rencontres à ce jour);
- Implantation de l'outil d'évaluation des processus d'aide médicale à mourir pour les intervenants sociaux;
- Implantation d'un guichet unique pour déposer une demande d'aide médicale à mourir par réseau local de services (RLS), dont le projet pilote est à Rivière-du-Loup;
- Révision du protocole d'entente avec la maison de soins palliatifs (MSP), ajout du service d'aide médicale à mourir à prévoir avec la Maison Marie-Élisabeth;
- Visite d'agrément du programme de soins palliatifs : résultat de 94 %.

Tableau : L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie (1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023)

Activités	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs dans une des missions du CISSS du Bas-Saint-Laurent*	1 007
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives administrées	12
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	275
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	228
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	47
	• La personne a cessé de répondre aux critères : 9 • La personne a cessé de répondre aux critères au cours du processus : 1 • La personne a changé d'avis : 14 • La personne est décédée avant l'administration : 23	

* Soins palliatifs et de fin de vie reçus dans une des missions du CISSS du Bas-Saint-Laurent : soins à domicile – centre hospitalier – centre d'hébergement et de soins de longue durée – maison de soins palliatifs.



7

**Les ressources
humaines**

7

Les ressources humaines

7. Les ressources humaines

7.1 Les ressources humaines de l'établissement

Répartition de l'effectif en 2022 par catégorie de personnel
CISSS du Bas-Saint-Laurent (1104-5119)

	Nombre d'emploi au 31 mars 2022			Nombre d'ETC en 2021-2022		
	2022	2022 COVID	2022 Total	2022	2022 COVID	2022 Total
1 – Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	2 030	148	2 178	1 745	88	1 833
2 – Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	2 286	285	2 571	1 854	167	2 020
3 – Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 251	204	1 455	1 129	126	1 256
4 – Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 148	73	2 221	1 860	48	1 908
5 – Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales*	64	-	64	55	-	55
6 – Personnel d'encadrement	271	1	272	268	1	269
8 – Personnel embauché temporairement par arrêté ministériel	-	13	13	-	12	12
Total	8 050	724	8 774	6 911	443	7 354

* Soit les pharmaciens, les biochimistes cliniques, les physiciens médicaux, les sages-femmes et les étudiants.

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'équivalent 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.

MSSS-DGGM - 2023-04-19

Source : Banque de données R25

7.2 La gestion et le contrôle des effectifs

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

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Comparaison sur 364 jours pour 2021-2022		
	2022-03-27 au 2023-03-25		
	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
Personnel d'encadrement	492 296	5 743	498 039
Personnel professionnel	1 859 371	23 594	1 882 965
Personnel infirmier	3 222 659	169 803	3 392 463
Personnel de bureau, technicien et assimilé	6 174 475	246 346	6 420 822
Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 349 941	48 741	1 398 682
Étudiants et stagiaires	20 672	227	20 898
Total 2022-2023	13 119 414	494 454	13 613 868
Total 2021-2022			14 111 683

Cible 2022-2023	13 575 641
Écart	(38 227)
Écart en %	(0,3 %)

La cible n'a pas été atteinte. En fait, la cible pour 2022-2023 était de 13 575 641 heures travaillées. Il y a un écart de 38 227 heures, soit 0,3 % de cette cible. L'ajout de soutien dans les équipes pouvant nécessiter des effectifs additionnels temporaires pour des situations particulières peut être une des causes de l'écart. Également, les nombreux projets nécessitant des chargés de projets dans les directions cliniques et administratives peuvent expliquer l'écart (exemple : ouverture de 2 maisons des aînés et alternatives, autogestion des horaires, etc.). Des travaux sont en cours pour le développement de tableaux BI sur le suivi des structures de base ainsi que sur les besoins additionnels d'effectifs.



8

Les ressources
financières

8

Les ressources financières

8. Les ressources financières

8.1 L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé physique	370 254 920 \$	35,1%	362 812 121 \$	33,2%	7 442 799 \$	2,1%
Santé publique	31 537 659 \$	3,0%	58 889 211 \$	5,4%	(27 351 552) \$	-46,4%
Services généraux, activités cliniques et aides	57 571 373 \$	5,5%	58 250 309 \$	5,5%	(678 936) \$	-1,2%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	205 431 814 \$	19,5%	220 404 900 \$	20,9%	(14 973 086) \$	-6,8%
Déficiences physiques	41 702 672 \$	4,0%	40 686 157 \$	3,9%	1 016 515 \$	2,5%
Déficiences intellectuelles et TSA	44 764 892 \$	4,2%	47 117 558 \$	4,5%	(2 352 666) \$	-5,0%
Jeunes en difficulté	57 020 758 \$	5,4%	55 749 914 \$	5,3%	1 270 844 \$	2,3%
Dépendances	4 567 313 \$	0,4%	4 647 302 \$	0,4%	(79 989) \$	-1,7%
Santé mentale	47 969 455 \$	4,5%	47 341 609 \$	4,5%	627 846 \$	1,3%
Programme soutien						
Administration	66 031 845 \$	6,3%	64 913 371 \$	6,2%	1 118 474 \$	1,7%
Soutien aux services	68 818 022 \$	6,5%	70 020 068 \$	6,6%	(1 202 046) \$	-1,7%
Gestion des bâtiments et des équipements	58 873 294 \$	5,6%	62 044 665 \$	5,9%	(3 171 371) \$	-5,1%
TOTAL	1 054 544 017 \$	100%	1 092 877 185 \$	100%	(38 333 168) \$	-3,5%

Pour plus d'informations sur les ressources financières, il faut consulter le rapport financier AS471 publié sur le site Web de l'établissement.

8.2 L'équilibre budgétaire

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent respecte la *Loi sur l'équilibre budgétaire*. L'établissement a terminé le présent exercice financier avec un déficit au fonds d'exploitation de 17 758 160 \$ et un surplus au fonds d'immobilisations de 63 495 369 \$, ce qui représente un surplus combiné de 45 737 209 \$.

Les résultats globaux inscrits au rapport financier annuel AS-471 présentent des revenus de 1 153 261 211 \$ et des dépenses de 1 107 524 002 \$. Le déficit de 17 758 160 \$ provenant du fonds d'exploitation s'explique par l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante qui a connu une évolution importante depuis les quatre dernières années. Le surplus de 63 495 369 \$ au fonds d'immobilisations est dû au redressement de nos immobilisations à la suite de l'adoption d'une nouvelle norme comptable.

En terminant, afin de corriger la situation déficitaire au fonds d'exploitation pour les prochaines années, des chantiers d'optimisation ont été mis en place, notamment au niveau de la main-d'œuvre indépendante, des déplacements des usagers, des transports, de l'optimisation des baux et des revenus ainsi que d'autres mesures identifiées par les directions. Un suivi rigoureux est assuré par l'équipe de direction.

8.3 Les contrats de service

**Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus
conclus entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023**

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique*	44	2 594 823,96 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique**	213	97 638 127,57 \$
Total des contrats de service	257	100 232 951,53 \$

* Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

** Inclus les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.



9

**Les ressources
informationnelles**

9

Les ressources informationnelles

9. Les ressources informationnelles

Les initiatives numériques transforment les pratiques et les façons de faire du personnel. Elles permettent notamment de réduire la pression sur le personnel, d'améliorer l'accessibilité aux soins et d'améliorer la qualité des services. Les efforts investis dans la dernière année ont été consacrés à poursuivre les activités du plan de modernisation technologique dans les six axes suivants :

1. La modernisation des outils technologiques;
2. Le rehaussement de la capacité du réseau de télécommunication incluant la réseautique interne;
3. Le rehaussement de la cybersécurité;
4. La poursuite du virage vers l'infonuagique;
5. L'arrimage avec les projets provinciaux prioritaires;
6. La mise en place des fondations nécessaires à l'implantation du Dossier santé numérique (DSN).

Plus précisément, la Direction des ressources informationnelles a réalisé les activités suivantes :

- La gestion de 35 projets en ressources informationnelles dont 18 projets en exécution et 17 projets en avant-projet ou conception.
- La mise en place de l'infrastructure technologique supportant l'informatisation des pratiques cliniques dans les maisons des aînés et les maisons alternatives.
- La modernisation des infrastructures téléphoniques grâce à l'ajout de 900 nouveaux téléphones IP (*Internet Protocole*), dans 14 sites, dont 3 hôpitaux.
- La mise en place d'une infrastructure d'Internet sans fil dans 54 bâtiments.
- La modernisation des solutions antivirales.
- L'investissement de plus de 24 000 heures travaillées dans la gestion de la désuétude, comme le rehaussement et la normalisation de plus de 3 000 postes de travail.
- Le déploiement de solutions informatiques en lien avec les besoins de mobilité clinique tels que des tablettes et chariots sur les unités de soins.
- L'analyse des besoins de rehaussement de 50 salles de collaboration Teams et de télésanté.
- Le resserrement du processus d'analyse des logiciels avant l'acquisition (sécurité de l'information).
- La sensibilisation de plus de 6 200 membres du personnel à la cybersécurité grâce à des formations, à des capsules, à des communications écrites et à des campagnes d'hameçonnage planifiées.
- Le virage vers l'infonuagique par la mise en place d'un processus interne d'analyse lors de l'acquisition de systèmes d'information : analyse du besoin, analyse de préjudices et recommandations dès la phase de planification.
- Le déploiement du dossier patient électronique, de la numérisation et de la gestion des formulaires dans deux réseaux locaux de services (RLS), Kamouraska et Rivière-du-Loup, permettant notamment de :
 - bonifier l'accès à l'information clinique des usagers pour tout le personnel clinique du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - réduire la nécessité pour les usagers de répéter leur historique de santé à chaque visite;
 - rendre le parcours de l'utilisateur plus fluide et sécuritaire.



10

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

10

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

exercice terminé le 31 mars 2023

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

rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées

de l'établissement
S du Bas-Saint-Laurent

Code
1104-5119

Page / Idn.
140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2023

is les fonds

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2023
ionnaire à remplir par l'auditeur indépendant				
is commentaires à la page 123-00.				
ort à la gouvernance				
à la fusion des installations, lorsqu'une unité ne doit être comptabilisée qu'une fois selon une période de temps définie, les systèmes d'information ne itent pas de faire cette distinction pour l'ensemble de ssement, puisqu'ils fonctionnent de façon autonome par installation. Seul intation d'un système clientèle unifié sera en mesure de régler cette matique.	2016	0510 Observation	Aucune, par contre les incidences de cette dérogation aux définitions et explications du MGF sur le rapport financier n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.	0620 Non réglé
lissement n'a pas atteint le minimum de 2 % d'investissement en matière itien préventif et curatif dans l'ensemble de la région (Réf. 03.02.30.05).	2017	0510 Observation	Les investissements se poursuivent pour atteindre le niveau minimal requis par le MSSS.	0620 Non réglé
scription du système de compilation des unités de mesure n'est pas complète utes les unités de mesure. En conséquence, le processus de compilation ités de mesure n'est pas standardisé pour chacune des installations.	2014	0510 Observation	Des améliorations ont été apportées sur le processus des unités de mesure. Cependant, le MSSS a annulé la mission d'assurance raisonnable sur les unités de mesure et les heures rémunérées. Ainsi, nous n'avons pas été en mesure d'auditer ces améliorations.	0610 Partiellement réglé

71 - Rapport financier annuel
re valideur: 2023-06-12 11:08:56

Gabarit LGRG 2023.1.0

Révisée: 2020-2021
Rapport V 1.0

11

La divulgation des actes répréhensibles

Cette année, il n'y a aucun acte répréhensible divulgué dans notre établissement.



12

Les organismes
communautaires

12

Les organismes communautaires

12. Les organismes communautaires

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

Ce sont 127 organismes communautaires qui ont reçu des allocations financières. De ce nombre :

- 118 sont financés au PSOC en mission globale;
- 7 ont reçu un financement dans le cadre d'ententes pour des activités spécifiques;
- 2 sont financés hors PSOC.

Les actions reliées au suivi de reddition de comptes

- La validation de la conformité des rapports financiers et des rapports d'activités des organismes communautaires en lien avec la brochure *La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale et la convention 2015-2018*.
- Le soutien-conseil en gestion auprès des organismes communautaires.
- La répartition régionale du rehaussement de l'enveloppe du PSOC permettant à 99 organismes communautaires de recevoir le financement additionnel en mission globale.
- La répartition régionale du rehaussement financier en mission globale selon certains secteurs d'activité.
- Le suivi des ententes d'activités spécifiques.
- La poursuite des travaux ministériels concernant le PSOC et le cadre normatif.
- L'adoption des modifications au cadre de référence régional en décembre 2022.

**La subvention accordée à chacun de ces organismes,
sur une base comparative avec l'exercice précédent**

ORGANISMES		ENVELOPPE	
		2022-2023	2021-2022
MRC DE KAMOURASKA			
1	Arc-en-ciel du cœur	127 502 \$	105 573 \$
2	Association des personnes handicapées du Kamouraska Est inc.	152 178 \$	128 959 \$
3	Association kamouraskoise en santé mentale La Traversée	249 801 \$	181 189 \$
4	Association pocatoise des personnes handicapées inc.	154 449 \$	131 326 \$
5	Carrefour des jeunes de La Pocatière	173 914 \$	151 603 \$
6	Centre d'action bénévole Cormoran inc.	242 359 \$	226 371 \$
7	Centre-Femmes, La Passerelle du Kamouraska	229 415 \$	209 421 \$
8	La Montée, Centre prévention et traitement des dépendances au BSL	342 380 \$	315 592 \$
9	Maison de la famille du Kamouraska	16 416 \$	15 953 \$
10	Moisson Kamouraska	148 737 \$	128 191 \$
11	Quartier-jeunesse 1995	170 912 \$	148 475 \$
12	Tandem-Jeunesse	461 840 \$	353 900 \$
	TOTAL – KAMOURASKA	2 500 178 \$	2 096 553 \$
MRC DE RIVIÈRE-DU-LOUP			
13	Association des stomisés du Grand-Portage	11 660 \$	11 331 \$
14	Association du trouble primaire du langage de l'Est	151 381 \$	127 119 \$
15	Association Multi-défis	162 552 \$	139 767 \$
16	Carrefour d'initiatives populaires de RDL	152 891 \$	132 616 \$
17	Centre d'action bénévole des Seigneuries inc.	256 255 \$	242 712 \$
18	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du KRTB	305 213 \$	289 690 \$
19	Centre de prévention suicide du KRTB	300 847 \$	224 959 \$
20	Centre d'entraide l'horizon de Rivière-du-Loup	250 095 \$	192 032 \$
21	Centre-femmes du Grand-Portage	229 415 \$	209 421 \$
22	Centre-jeunes de Cacouna	107 633 \$	104 600 \$
23	Comité d'accompagnement La Source inc.	74 650 \$	72 546 \$
24	Corporation de l'Entre-jeunes de Rivière-du-Loup	164 189 \$	141 472 \$
25	Corporation du comité jeunesse	152 703 \$	129 506 \$
26	Justice alternative du KRTB inc.	208 583 \$	202 705 \$
27	Les Diabétiques-amis du KRTB	148 570 \$	125 769 \$
28	Les Grands Amis du KRTB	127 502 \$	105 573 \$
29	Maison des jeunes de Saint-Épiphanie	169 526 \$	147 032 \$
30	Maison de la famille du Grand-Portage	16 310 \$	10 694 \$
31	Maison d'hébergement La Bouffée d'air du KRTB	576 335 \$	489 351 \$
32	Trajectoires hommes du KRTB	507 096 \$	439 967 \$
	TOTAL – RIVIÈRE-DU-LOUP	4 043 131 \$	3 538 862 \$

ORGANISMES		ENVELOPPE	
		2022-2023	2021-2022
MRC DE TÉMISCOUATA			
33	Association de personnes handicapées Entre-Amis du Témiscouata	165 643 \$	142 986 \$
34	Centre d'action bénévole région Témis inc.	242 202 \$	227 744 \$
35	Centre des femmes du Ô-Pays	229 415 \$	209 421 \$
36	Centre des femmes du Témiscouata	229 415 \$	209 421 \$
37	Cuisines collectives de Cabano	141 247 \$	120 213 \$
38	Cuisines collectives de Dégelis	141 256 \$	120 223 \$
39	Cuisines collectives du Haut-Pays	135 741 \$	114 349 \$
40	L'Autre-Toit du KRTB	1 103 667 \$	1 031 386 \$
41	Maison de la famille du Témiscouata	16 141 \$	15 686 \$
42	Maison des jeunes « La Piôle »	143 981 \$	120 421 \$
43	Maison des jeunes « le coin de Dégelis »	170 151 \$	147 683 \$
44	Maison des jeunes Pirana	189 836 \$	165 926 \$
45	Maison Entre-Deux de Cabano	150 509 \$	127 221 \$
46	Place des jeunes de Squatec	130 551 \$	106 430 \$
47	Source d'espoir Témis inc.	249 999 \$	188 518 \$
	TOTAL – TÉMISCOUATA	3 439 754 \$	3 047 628 \$
MRC DES BASQUES			
48	Association de personnes handicapées l'Éveil des Basques inc.	171 078 \$	148 648 \$
49	Centre d'aide aux proches aidants des Basques	122 470 \$	100 213 \$
50	Centre d'action bénévole des Basques inc.	168 589 \$	149 336 \$
51	Centre-femmes Catherine Leblond inc.	229 415 \$	209 421 \$
52	Corporation de la maison des jeunes de Trois-Pistoles	177 804 \$	155 655 \$
53	Cuisine collective Croc-Ensemble des Basques	131 393 \$	109 717 \$
54	Périscopie des Basques	249 349 \$	164 272 \$
	TOTAL – LES BASQUES	1 250 098 \$	1 037 462 \$
MRC DE RIMOUSKI-NEIGETTE			
55	Association de la déficience intellectuelle (région de Rimouski)	141 312 \$	120 283 \$
56	Association des personnes ACVA-TCC du BSL	188 138 \$	166 421 \$
57	Association des personnes handicapées visuelles du Bas-Saint-Laurent	197 313 \$	174 590 \$
58	Association du cancer de l'Est du Québec	31 337 \$	30 454 \$
59	Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA)	23 456 \$	22 795 \$
60	Autisme de l'Est-du-Québec	202 038 \$	179 473 \$
61	Aux Trois Mâts	183 326 \$	161 407 \$
62	Centre d'action bénévole Rimouski-Neigette	375 115 \$	364 543 \$
63	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Rimouski	446 208 \$	433 633 \$
64	Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du BSL	1 075 483 \$	1 016 174 \$
65	Centre périnatal Entre Deux Vagues	242 516 \$	302 719 \$
66	Centre polyvalent des aînés et aînées de Rimouski-Neigette	108 412 \$	85 239 \$
67	Centre-Femmes de Rimouski	229 523 \$	209 533 \$
68	Contre toute agression conjugale (C-TA-C)	574 646 \$	480 832 \$

ORGANISMES		ENVELOPPE	
		2022-2023	2021-2022
69	Diabète Bas-Saint-Laurent inc.	157 566 \$	135 183 \$
70	En Tout C.A.S.	37 774 \$	10 000 \$
71	Entraide Le Rameau Rimouski	0 \$	72 176 \$
72	Justice alternative de l'Est	247 563 \$	229 361 \$
73	L'Arrimage, Centre de traitement des dépendances	426 237 \$	396 882 \$
74	La Débrouille	1 227 967 \$	1 123 276 \$
75	La Lueur de l'Espoir du Bas-Saint-Laurent inc.	333 852 \$	297 184 \$
76	Le Répit du passant	381 583 \$	354 995 \$
77	Les Grands Amis de Rimouski	137 040 \$	115 732 \$
78	Loisirs de jeunesse de Rimouski inc.	476 840 \$	426 765 \$
79	M.A.I.N.S. Bas-Saint-Laurent	176 492 \$	171 518 \$
80	Maison des jeunes de Pointe-au-Père	151 594 \$	128 351 \$
81	Maison des jeunes de Rimouski	185 572 \$	163 747 \$
82	Maison des jeunes du Bic	150 430 \$	127 139 \$
83	Moisson Rimouski-Neigette inc.	126 784 \$	104 809 \$
84	PLAIDD du Bas-du-Fleuve	324 696 \$	267 142 \$
85	Pro-Jeune-Est Rimouski-Neigette	147 491 \$	126 864 \$
86	Regroupement des dynamiques de Rimouski	119 766 \$	97 333 \$
87	Regroupement des organismes communautaires en santé mentale Bas-du-Fleuve	121 216 \$	95 875 \$
88	Répit-Loisirs Autonomie	212 977 \$	190 778 \$
89	Ressource d'aide aux personnes handicapées du Bas-Saint-Laurent-Gaspésie	160 397 \$	136 436 \$
90	Santé mentale Québec-Bas-St-Laurent du Fleuve	375 373 \$	339 289 \$
91	Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi	139 111 \$	117 938 \$
92	Société canadienne de la sclérose en plaques, région BSL	24 581 \$	23 888 \$
93	Table régionale des organismes communautaires du Bas-St-Laurent	211 689 \$	188 189 \$
	TOTAL – RIMOUSKI-NEIGETTE	1 007 3414 \$	9 188 946 \$
MRC DE LA MITIS			
94	Centre d'action bénévole de La Mitis	258 962 \$	244 135 \$
95	Centre femme de La Mitis	229 415 \$	209 421 \$
96	Le Groupe de personnes handicapées Les Alcyons inc.	149 804 \$	126 487 \$
97	Maison de l'Espoir de Mont-Joli inc.	387 820 \$	361 263 \$
98	Maison des jeunes de Mont-Joli inc.	230 936 \$	211 005 \$
99	Maison des tournesols	250 081 \$	191 524 \$
100	Parkinson Bas-Saint-Laurent	12 243 \$	11 898 \$
101	Pivot-Famille Mitis	15 763 \$	15 319 \$
102	Unité Domrémy de Mont-Joli	155 954 \$	135 879 \$
	TOTAL – LA MITIS	1 690 978 \$	1 506 931 \$
MRC DE LA MATAPÉDIA			
103	Centre d'action bénévole de la Vallée de La Matapédia	213 301 \$	195 516 \$
104	Centre de femmes de la Vallée de La Matapédia inc.	229 415 \$	209 421 \$
105	Centre Éclosion inc.	128 779 \$	94 342 \$

ORGANISMES		ENVELOPPE	
		2022-2023	2021-2022
106	Grands Amis de la Vallée	140 898 \$	119 842 \$
107	La Jeunathèque d'Amqui inc.	181 761 \$	159 777 \$
108	La Maison des jeunes de Causapscal	118 304 \$	93 672 \$
109	La Maison des jeunes de Sayabec	174 292 \$	151 997 \$
110	La Maison des jeunes de Val-Brillant	85 625 \$	59 629 \$
111	Les Amirams de la Vallée inc.	169 461 \$	146 964 \$
112	Moisson Vallée Matapédia	143 934 \$	123 075 \$
113	Rayon de partage en santé mentale	249 952 \$	186 776 \$
	TOTAL – LA MATAPÉDIA	1 835 722 \$	1 541 011 \$
	MRC DE LA MATANIE		
114	Centre alternatif en santé mentale et sociale Le Marigot de Matane	250 038 \$	189 940 \$
115	Centre communautaire pour aînés Relais santé Matane	177 925 \$	154 608 \$
116	Centre d'action bénévole de la région de Matane inc.	205 797 \$	188 968 \$
117	Centre régional ADH « Le Tremplin »	382 929 \$	356 348 \$
118	La Cuisine collective de la région de Matane	120 314 \$	116 923 \$
119	Parent d'abord MRC de Matane	18 002 \$	6 981 \$
120	La Gigogne inc.	1 136 899 \$	1 048 605 \$
	Maison d'hébergement deuxième étage	247 320 \$	240 350 \$
121	L'Association des handicapés gaspésiens	136 388 \$	112 510 \$
122	Les Grands Amis de la région de Matane	121 297 \$	98 964 \$
123	Maison des jeunes de Matane	191 187 \$	169 597 \$
124	Maison des jeunes Le Refuge Jeunesse	129 843 \$	126 184 \$
125	Regroupement des femmes de la région de Matane	215 494 \$	209 421 \$
126	Société Alzheimer du Bas-Saint-Laurent	305 917 \$	281 363 \$
	TOTAL – MATANE	3 639 350 \$	3 300 762 \$
	SOUS-TOTAL – ALLOCATIONS RÉGULIÈRES VERSÉES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	28 472 625 \$	25 257 955 \$
	MRC AUTRES		
127	Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec inc.	\$	59 061 \$
	TOTAL – MRC AUTRES	60 774 \$	59 061 \$
	TOTAL GLOBAL :	<u>28 533 399 \$</u>	<u>25 317 016 \$</u>
	NOMBRES D'ORGANISMES SUBVENTIONNÉS*	127	127

A female scientist with dark hair tied back, wearing black-rimmed glasses, a white lab coat over a black shirt, and white gloves. She is smiling slightly while looking down at a small vial she is holding with her right hand. In her left hand, she holds three test tubes with green caps. The background is a blurred laboratory setting with various equipment and shelves. The image has a soft, artistic feel with some light flare effects.

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

Annexe

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

TYPE DE DOCUMENT: Cadre de référence	NUMÉRO D'IDENTIFICATION : CA-RE-037
* Écrire le nom de l'acronyme de la direction	
CE DOCUMENT ANNULE LA VERSION QUI PORTAIT LE TITRE SUIVANT :	
Ce document abroge et remplace tous les Codes d'éthique et de déontologie antérieurs.	
CE DOCUMENT S'ADRESSE AUX PERSONNES SUIVANTES :	
Membres du conseil d'administration.	
CE DOCUMENT EST ACCESSIBLE :	
☐ Répertoire commun ☒ Site Internet ☒ Intranet ☐ Autre Veuillez préciser	
NOMBRE DE PAGES	28 pages incluant les annexes
RESPONSABLE DE L'APPLICATION	Comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration
RESPONSABLE DE LA CODIFICATION ET DE LA CONSERVATION DU DOCUMENT	Conseillère cadre à la PDG, volet soutien au conseil d'administration
INSTANCE(S) CONSULTÉE(S)	Comité de gouvernance et d'éthique – 2016-03-15 Comité de gouvernance et d'éthique – 2022-12-05
RESPONSABLE DE L'ADOPTION OU DE LA REVISION FINALE	Conseil d'administration
DATE DE LA MISE EN VIGUEUR	2016 -03-23
DATE DE L'ADOPTION OU DATE DE LA REVISION ET NUMERO DE RESOLUTION DU C.A.	Adopté par le conseil d'administration le 2016 -03-23 Numéro de résolution : CISSS-01.2016-03-197 Révisé par le conseil d'administration le 2022-12-07 Numéro de résolution : CISSS-01.2022-12-923
REVISION	Tous les trois ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil d'administration lors d'une séance régulière.

Règlement

**Code d'éthique et de déontologie des membres
du conseil d'administration
du CISSS du Bas-Saint-Laurent**

Présidence-direction générale

Mars 2016

Mise à jour : Décembre 2022

TABLE DES MATIÈRES

<u>PRÉAMBULE</u>	5
<u>SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES</u>	6
1. <u>OBJECTIFS GÉNÉRAUX</u>	6
2. <u>FONDEMENTS LÉGAUX</u>	6
3. <u>DÉFINITIONS</u>	7
4. <u>CHAMP D'APPLICATION</u>	8
5. <u>DISPOSITION FINALE</u>	8
6. <u>DIFFUSION</u>	8
7. <u>PRINCIPES D'ÉTHIQUE</u>	9
8. <u>RÈGLES DE DÉONTOLOGIE</u>	9
<u>SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS</u>	13
<u>SECTION 4 – APPLICATION</u>	15
16. <u>ADHÉSION AU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS</u> ...	15
17. <u>COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE</u>	15
18. <u>COMITÉ D'EXAMEN AD HOC</u>	16
19. <u>PROCESSUS DISCIPLINAIRE</u>	16
20. <u>NOTION D'INDÉPENDANCE</u>	18
21. <u>OBLIGATIONS EN FIN DU MANDAT</u>	18
<u>ANNEXE II – AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE</u>	21
<u>ANNEXE III – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE</u>	22
<u>ANNEXE IV – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL</u>	23
<u>ANNEXE V – DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS</u>	24
<u>ANNEXE VI – SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS</u>	25
<u>ANNEXE VII – AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN</u>	26

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 implications 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 rigoureuse et conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

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

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

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

2. Fondements légaux

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration repose notamment sur les dispositions suivantes :

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de 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 recommandé 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 <i>Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales</i> .
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 un bénéfice, 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 <i>Loi d'interprétation</i> (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 <i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i> 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 à un 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 :	<i>Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales</i> .

LSSSS :	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux.</i>
Membre :	Membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.
Personne indépendante :	Tel que défini à l'article 131 de la <i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i> , 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 et à l'intégrité 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 et éclairé possible dans les circonstances.
Renseignements confidentiels :	Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager ou à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement*.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide et l'ouverture.
- 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 réserve ou sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa réserve ou 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 jugement ainsi que son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers, ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations ou pressions 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 décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

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

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

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

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

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

Section 4 – APPLICATION

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

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Bas-Saint-Laurent, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration, adopté par le conseil d'administration le 23 mars 2016, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié(e) par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le CISSS du Bas-Saint-Laurent.

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, je, soussigné(e) _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent et je m'engage à m'y conformer.

Signature

Date

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Numéro de commission

AVIS SIGNÉ

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

Signature

Date

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

2. Titre d'administrateur

☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

Signature

Date

Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

2. Titre d'administrateur

☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

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

3. Emploi

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

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

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

Signature

Date

Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

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

Signature

Date

Lieu

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

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

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

Signature

Date

Lieu

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

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

Signature

Date

Lieu

Prévenir - Accompagner - Prendre soin

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-95636-5 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-95637-2 (version PDF)

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

Québec 