

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

Rapport annuel 2021-2022 de gestion

Québec 

Table des matières

4	Sigles et acronymes	73	Protecteur du citoyen
6	Le message des autorités	75	Autres instances (ordres professionnels, enquêtes administratives, inspections, etc.)
8	La déclaration de fiabilité des données et contrôles afférents	77	L'information et la consultation de la population
9	La présentation de la région et de son réseau de santé et de services sociaux	79	L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie
11	L'occupation du territoire	82	Les ressources humaines
12	Les conditions démographiques et socioéconomiques	85	Les ressources humaines de l'établissement
14	Le portrait de santé des Bas-Laurentiens	86	La gestion et le contrôle des effectifs
17	La présentation de l'établissement et les faits saillants	87	Les ressources financières
18	Le CISSS du Bas-Saint-Laurent en bref	91	Les ressources informationnelles
19	Les rôles et les responsabilités en respect de la mission des établissements de santé et de services sociaux	95	L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant
19	Notre vision et nos valeurs	100	La divulgation des actes répréhensibles
20	L'organigramme de la haute-direction	101	Les organismes communautaires
22	Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	109	Annexe – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration
46	Les faits saillants		
49	Les résultats au regard du plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux		
65	Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité		
67	L'agrément		
67	La sécurité et la qualité des soins et des services		
71	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		

Sigles et acronymes

A		D	
AAOR	Service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence	DI	Déficiência intellectuelle
ACVA-TCC	Association des personnes accidentées cérébro-vasculaires, aphasiques et traumatisées craniocérébrales	DPDI-TSA-DP	Direction du programme de déficiência intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficiência physique
ADH	Accueil, désintoxication et hébergement	DP	Déficiência physique
B		DPJ-PJe	Direction de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse
BSL	Bas-Saint-Laurent	DPSMD	Direction des programmes en santé mentale et dépendance
C		DOEPE	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique
CA	Conseil d'administration	DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
CAVAC	Centre d'aide aux victimes d'actes criminels	DRMG	Département régional de médecine générale
CECM	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire	DSI	Direction des soins infirmiers
CECO	Comité d'éthique clinique et organisationnelle	DSPu	Direction de la santé publique
Cégep	Collège d'enseignement général et professionnel	G	
CER	Comité d'éthique de la recherche	GMF	Groupe de médecine familiale/groupe de médecine de famille
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	I	
CII	Conseil des infirmières et infirmiers	IPS	Infirmière praticienne spécialisée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux	K	
CLSC	Centre local de services communautaires	KRTB	Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata et Les Basques
CM	Conseil multidisciplinaire	L	
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
COSMOSS	Communauté ouverte et solidaire pour un monde outillé, scolarisé et en santé	M	
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019	MDN	Maison de naissance Colette-Julien
CPE	Centre de la petite enfance	MOI	Main-d'œuvre indépendante
CRDS	Centre de répartition des demandes de services	MRC	Municipalité régionale de comté
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques	O	
CSN	Confédération des syndicats nationaux	OIIAQ	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
CUCI	Comité des usagers du Centre intégré		
CVQ	Comité de vigilance et de la qualité		

ORL Oto-rhino-laryngologie
OSFQ Ordre des sages-femmes du Québec

P

PCI Prévention et contrôle des infections
PDG Présidente-directrice générale
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
RTF Ressource de type familial

S

SAD Soutien à domicile
SAPA Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SCT Secrétariat du Conseil du trésor

T

TSA Trouble du spectre de l'autisme

Le message des autorités



Mme Isabelle Malo
Présidente-directrice générale



Mme Louise Bolduc
Présidente du conseil d'administration

Une année sans précédent, au rythme de la pandémie

Nous voilà, deux ans après le début de cette pandémie de COVID-19, véritable crise sanitaire planétaire qui nous aura profondément transformés, personnellement et professionnellement. Nul n'aurait pu prédire que nous serions encore affairés à en limiter les impacts dans notre population, dans nos équipes de travail et dans le réseau de la santé. Au Bas-Saint-Laurent, de trop nombreuses personnes ont été touchées de près ou de loin par la COVID-19. En date de mars 2021, plus de 17 000 Bas-Laurentiennes et Bas-Laurentiens ont contracté la maladie; près de 120 en sont malheureusement décédés et d'autres ne sont pas complètement remis des effets néfastes du virus. Ces chiffres parlent d'eux-mêmes.

Cependant, lorsque nous faisons état de ce portrait des 24 derniers mois, nous éprouvons un sentiment d'extrême reconnaissance envers toute la communauté du CISSS. Que ce soit les travailleurs de la santé au chevet de notre population, les médecins, les gestionnaires, le personnel clinique, de soutien et administratif, ainsi que les bénévoles, ils ont tout donné au fil des mois, dans un contexte éprouvant, et surtout, sans répit. Tous autant qu'ils sont et où qu'ils soient au Bas-Saint-Laurent, ils ont manifesté de la créativité ainsi qu'une grande capacité d'adaptation, et ils ont prouvé qu'œuvrer dans le réseau de la santé et des services sociaux, c'est être véritablement au service de la population lorsqu'elle en a besoin, comme ce fut le cas tout particulièrement depuis le début de la crise sanitaire. Nous tenons à souligner d'une façon toute particulière la mobilisation exemplaire et l'essentielle contribution de chacun des membres de la grande communauté du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

La force d'une équipe

Grâce au travail inlassable de nos quelque 10 000 membres du personnel, des médecins et de l'ensemble de nos gestionnaires, nous avons réussi à traverser cette période sans précédent pour améliorer, ajuster et adapter nos pratiques dans le but de protéger, accompagner et prendre soin de notre population, chaque jour. C'est grâce à eux, également, que notre établissement a obtenu, encore cette année, des résultats forts enviables en regard de l'accès aux soins et aux services. Sur un total de 41 indicateurs suivis par le ministère de la Santé et des Services sociaux, 29 ont été atteints à plus de 90 %, ce qui, dans le contexte, est fort intéressant. Voici un tour d'horizon du tableau de bord de notre établissement.

Parmi les résultats les plus probants, nous désirons souligner le taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge, qui a atteint 89 %, notamment en raison de l'excellente offre de vaccination

dans nos 8 MRC de la région et des cliniques mobiles mises sur pied pour en accroître l'accessibilité aux citoyens vivant dans les municipalités les plus éloignées de nos sites de vaccination, ainsi que le pourcentage des résultats de dépistage de la COVID-19 transmis en moins de 24 heures par les laboratoires du réseau, notre résultat dépasse largement l'engagement. Également, toutes nos installations ont atteint le ratio recommandé d'infirmières affectées au programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales. Par ailleurs, nous avons augmenté de près de 21 % les heures de services en soutien à domicile, soit de 169 175 heures, témoignant ainsi de l'intensité des services rendus.

Autres résultats tout aussi impressionnants : le délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse, qui s'établit à 13,46 jours, comparativement à la moyenne nationale de 33,27 jours; la durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence, qui s'établit à 7,43 heures, comparativement à la moyenne québécoise qui atteint 16,77 heures, ainsi que le pourcentage d'accès à un médecin de famille à plus de 89 %, qui nous positionne dans les régions au sommet de cet indicateur.

Parmi les indicateurs auxquels une attention particulière doit être portée figurent le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante, le nombre de personnes en attente d'un service de santé mentale, le nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an qui, malgré une amélioration par rapport à l'an dernier, a subi un dépassement de l'engagement

fixé, ainsi que le pourcentage de patients référés par un médecin de famille qui ont reçu des services spécialisés dans les délais associés à leur condition clinique. Bien que la pandémie ait eu une incidence directe sur l'atteinte de ces résultats, une vigie étroite est de mise à cet égard.

Des défis toujours aussi importants

Enjeux de main-d'œuvre accélérés, multiples livrables mettant une énorme pression sur l'ensemble des équipes souvent fragilisées, année fort complexe au plan budgétaire : les derniers mois ont mis notre capacité d'adaptation et de résilience à rude épreuve. Mais, encore davantage, cette période unique aura mis en évidence, et de façon très positive, la force, l'interdépendance et l'agilité collective du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

En dépit d'un contexte exigeant qui ne cesse de nous tenir en haleine, le cœur du CISSS du Bas-Saint-Laurent bat aujourd'hui au rythme de projets à la fois ambitieux et emballants, au bénéfice de notre population de 0 à 100 ans : amélioration de la fluidité hospitalière, optimisation des services de laboratoires de biologie médicale, consolidation de la mise en place du projet Accès réseau pertinence, mise à niveau de la sécurité et des infrastructures en technologie de l'information, amélioration de l'accès à la chirurgie et aux services médicaux spécialisés, accès aux services de santé mentale et dépendance jeunes et adultes, implantation du cadre de référence RI-RTF, du projet Éclaireurs et Veilleurs,

des deux maisons des aînés et maisons alternatives, du projet Aire ouverte, du programme Agir tôt et du programme de formation médicale décentralisée et de ses projets connexes. Ce ne sont là que quelques-uns des dossiers stratégiques identifiés par notre organisation, dont nous suivons très attentivement le rythme de progression et les bénéfices pour la clientèle.

C'est donc avec une immense fierté et une confiance inébranlable que nous regardons droit devant, galvanisés par un réseau plus grand que nature et des partenaires régionaux et intersectoriels qui ont soutenu le CISSS du Bas-Saint-Laurent comme jamais au cours de la dernière année. Nous remercions tout spécialement nos administrateurs, les membres engagés des comités des usagers et résidents qui sont de fidèles conseillers, nos précieuses fondations et nos nombreux partenaires du réseau sociosanitaire pour leur grande collaboration et leur soutien indéfectible envers le mieux-être de notre population.

Aujourd'hui, le CISSS du Bas-Saint-Laurent se tient résolument debout, rigoureux et surtout bienveillant. Les mois et années à venir sont prometteurs et nous permettront de réaliser des projets mobilisateurs, à la fois innovants et porteurs pour notre population et notre organisation.



M^{me} Louise Bolduc

Présidente du conseil d'administration



M^{me} Isabelle Malo

Présidente-directrice générale

2. 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 2021-2022 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.

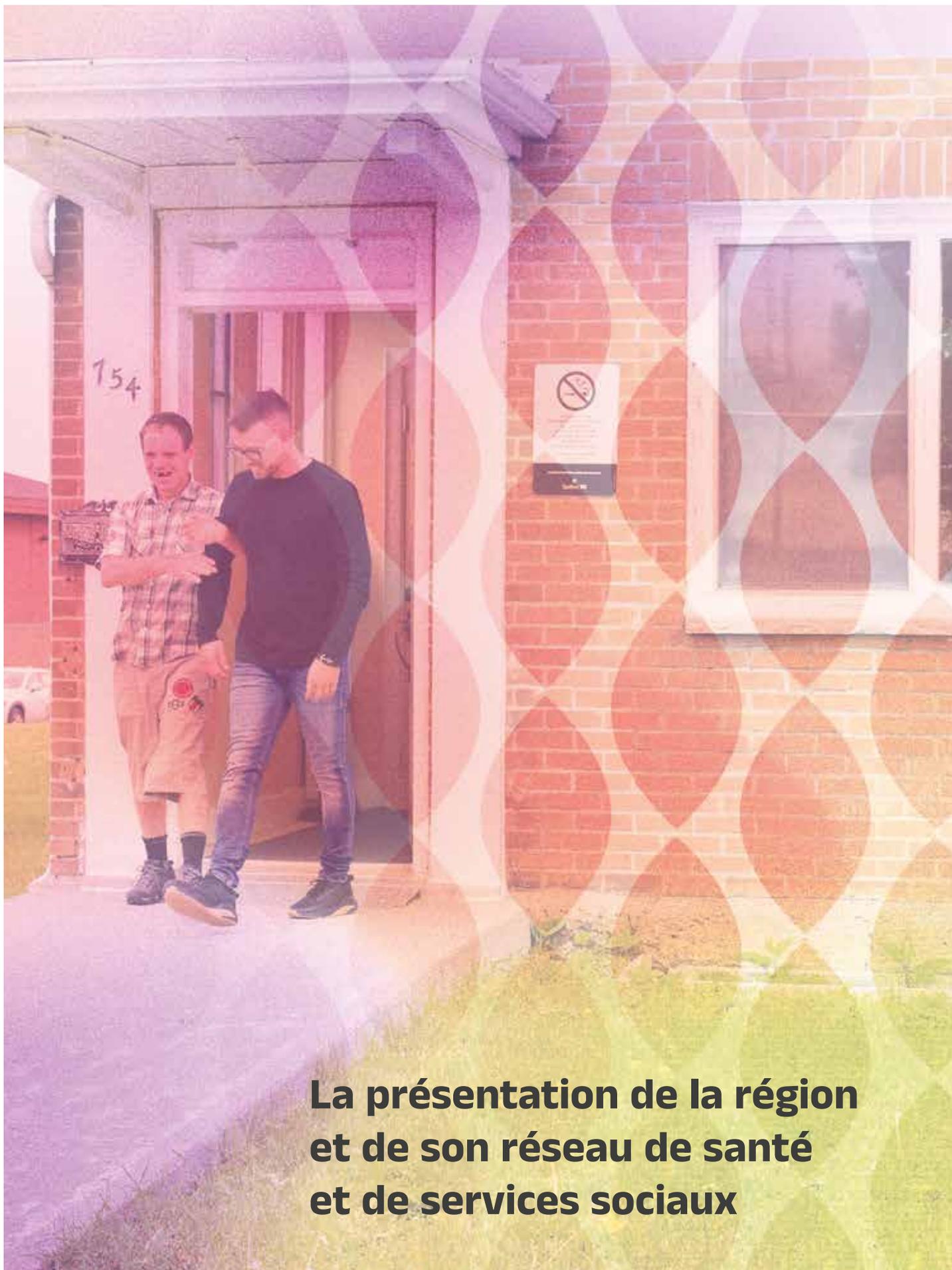
Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2022.



M^{me} Isabelle Malo

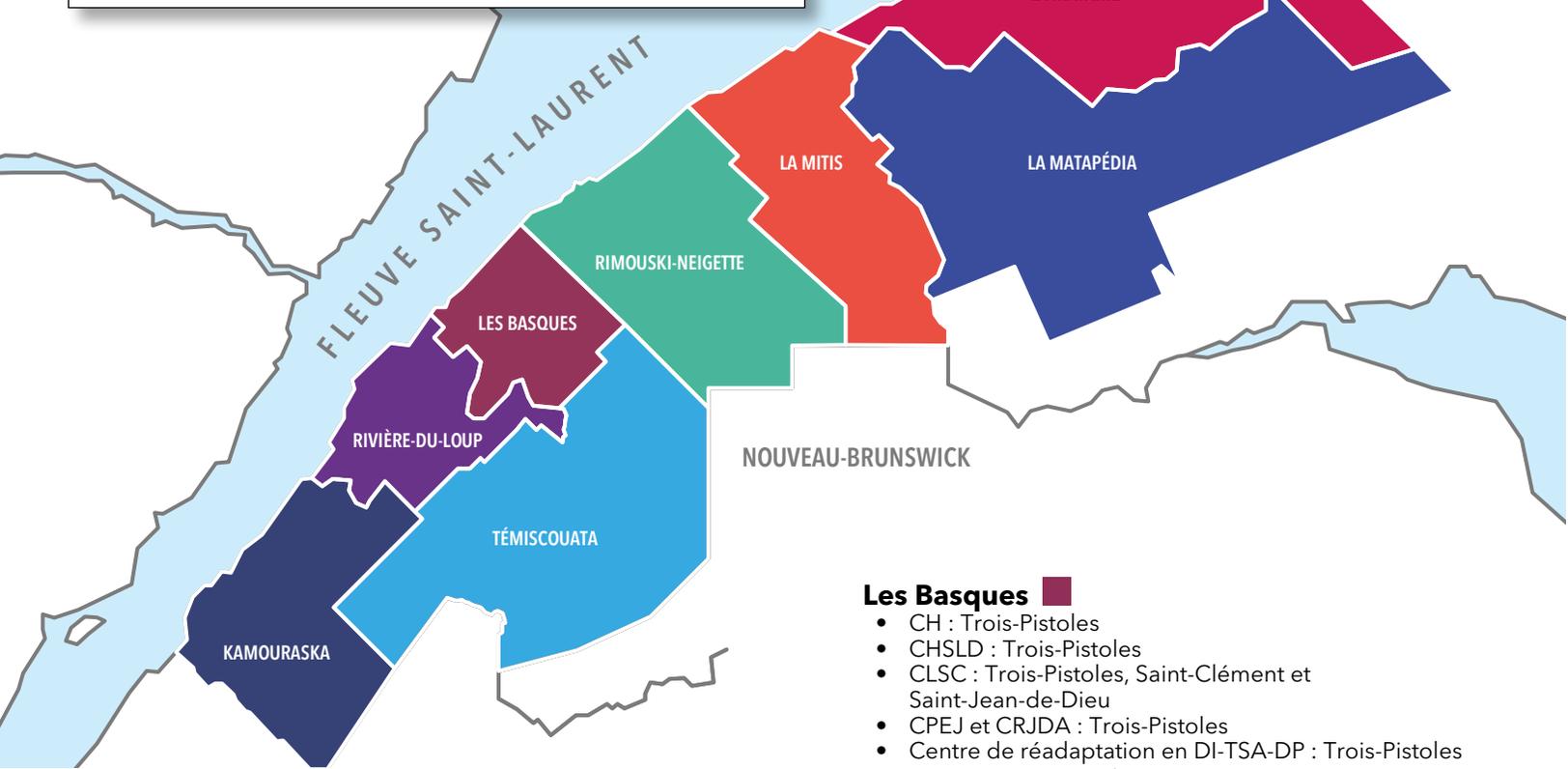
Présidente-directrice générale





**La présentation de la région
et de son réseau de santé
et de services sociaux**

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-Épiphane, Saint-Cyprien, L'Isle-Verte et Notre-Dame-des-Sept-Douleurs
- CHSLD : Rivière-du-Loup (2 installations) et Saint-Cyprien
- 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

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

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
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



L'occupation du territoire

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

En 2021, la région compte 199 097 habitants au total répartis dans 8 municipalités régionales de comté (MRC) correspondant aux 8 réseaux locaux de services (RLS) existants. Cette population, distribuée sur un territoire de 22 183 km² (densité de 9 habitants/km²), comprend 114 municipalités ainsi que 14 territoires non organisés (TNO) et 2 réserves autochtones. Les MRC de Kamouraska, de Rivière-du-Loup, du Témiscouata et des Basques composent le secteur ouest de la région (aussi appelé KRTB). Le secteur est regroupé les MRC de Rimouski-Neigette, de La Mitis, de La Matapédia et de La Matanie.

Tandis qu'environ la moitié des résidents de la région habite dans les principaux centres urbains, avec en tête de liste les villes de Rimouski, de Rivière-du-Loup et de Matane, la ruralité constitue le mode d'occupation du territoire de l'autre moitié de la population. La taille des MRC du Bas-Saint-Laurent varie d'environ 8 600 habitants à un peu plus de 57 700.

La plupart des 114 municipalités que compte la région ont vu la taille de leur population changer entre 2014 et 2021. Selon les dernières estimations de l'Institut de la statistique du Québec, 74 territoires municipaux ont subi une baisse de population (3 002 personnes au total), 31 sont demeurés inchangés ou ont connu de très faibles variations et 24 ont enregistré une hausse (2 968 personnes au total).

Les municipalités dont les effectifs ont diminué entre 2014 et 2021 sont généralement de petite taille, quoique certaines villes présentant un poids démographique important figurent sur cette liste : Matane (567), Mont-Joli (-123), Trois-Pistoles (-133), La Pocatière (-232), Causapsal (133) et Pohénégamook (-132). À l'inverse, Rimouski (+1 513), Rivière-du-Loup (+466), Saint-Antonin (+176) et Saint-Hubert-de-Rivière-du-Loup (+127) font partie des municipalités qui ont vu leur population s'accroître pour la période de 2014 à 2021.

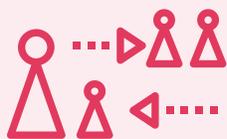
Dans son ensemble, la population de la région a diminué de 0,03 % de 2014 à 2021. Il s'agit d'une perte moins importante que celle de la période précédente (-1,19 % de 2007 à 2014). Entre 2022 et 2031, les projections démographiques de l'Institut de la statistique du Québec prévoient une diminution de 0,16 % de la population dans la région.

Les conditions démographiques et socioéconomiques



Vieillesse de la population

Parmi les éléments caractérisant la population de la région du Bas-Saint-Laurent, on peut affirmer que le vieillissement de la population est ce qui conditionne le plus l'organisation des services. En 2021, quelque 55 144 personnes ont 65 ans et plus, ce qui représente plus de 27 % de la population totale de la région. Cette proportion est supérieure de 7 points de pourcentage à celle du Québec. En 2001, 21 ans plus tôt, les personnes âgées de 65 ans et plus ne constituaient que 15 % du total de la population bas-laurentienne. Le fait que les premiers baby-boomers aient franchi le cap des 65 ans en 2010 entraîne un accroissement du vieillissement. Au Bas-Saint-Laurent, en 2031, selon l'Institut de la statistique du Québec, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus sera de 35 %, soit 8 points de pourcentage de plus qu'en 2020. À l'échelle du Québec, la part des 65 ans et plus sera de 25 % en 2031. En d'autres termes, près de 1 personne sur 3 (35 %) au Bas-Saint-Laurent et 1 personne sur 4 au Québec (25 %) sera âgée de 65 ans et plus en 2031.



Mouvements migratoires

La migration interrégionale est un autre facteur qui agit sur la taille de la population. Entre 2000-2001 et 2017-2018, le solde migratoire du Bas-Saint-Laurent est déficitaire : le nombre de personnes quittant la région est plus élevé que le nombre de personnes qui arrivent. Sur l'ensemble de la période, le déficit total s'élève à 4 700 personnes. Par contre, depuis 2018-2019, le solde est positif. En 2018-2019, ce sont 125 personnes de plus qui sont arrivées par rapport au nombre de personnes parties. En 2019-2020, l'excédent atteint 719 personnes et il atteint 1 597 personnes en 2020-2021. Les 20-24 ans sont ceux qui quittent la région en plus grand nombre. Toutefois, entre 2018 et 2021, les gains chez les 30-64 ans compensent le départ des jeunes.

Par ailleurs, le solde migratoire entre le Bas-Saint-Laurent et l'extérieur du Québec contribue également à l'évolution démographique de la région. À quelques exceptions près, depuis 2001, le solde migratoire entre le Bas-Saint-Laurent et l'extérieur du Québec (provinces du Canada, hors Canada) est positif. En 2020-2021, selon les données provisoires, la région a gagné 81 habitants dans ses échanges avec les autres provinces et 102 habitants dans ses échanges avec les autres pays.



Accroissement naturel

Selon les données provisoires, 1 554 bébés sont nés dans la région en 2020. Depuis les années 2000, le nombre annuel de naissances a varié entre 1 500 et 1 900.

Le nombre de décès surpasse celui des naissances au Bas-Saint-Laurent pour les 9 dernières années (2012 à 2020). L'accroissement naturel, soit la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès, est par conséquent négatif depuis 2012. Cette tendance s'accroît avec le temps : selon les données provisoires de 2020, l'écart entre le nombre de décès et celui des naissances est de 573, alors qu'en 2012 il était de 18.



Environnement social

Outre le fait que la région compte moins de familles monoparentales qu'ailleurs au Québec (13 % au Bas-Saint-Laurent contre 17 % au Québec, selon le recensement de 2016), on observe un peu plus de personnes vivant seules (35 % au Bas-Saint-Laurent contre 33 % au Québec). De plus, le territoire compte sensiblement la même proportion de personnes veuves (7,2 % au Bas-Saint-Laurent contre 5,7 % au Québec), séparées (1,1 % au Bas-Saint-Laurent contre 1,5 % au Québec) ou divorcées (6,5 % au Bas-Saint-Laurent contre 5,1 % au Québec) que celle de l'ensemble du Québec.

Depuis quelques années, le décrochage scolaire est moins fréquent dans la région que dans l'ensemble du Québec. Dans le réseau public d'éducation, parmi les élèves sortants du secondaire inscrits en formation générale en 2016-2017, 8,6 % n'avaient ni diplôme ni qualification dans la région, alors qu'ils étaient 12,2 % au Québec. Le Bas-Saint-Laurent est la région du Québec présentant l'une des plus faibles proportions de décrocheurs.

La région se démarque également du Québec sur le plan de la diplomation après sept années au secondaire. Pour la cohorte de 2011-2012, 81 % des jeunes de la région ont obtenu leur diplôme et leur qualification en 2018-2019 contre 77 % pour la province, toujours dans le réseau public d'éducation.



Conditions socioéconomiques

En janvier 2022, le taux d'emploi demeure moins élevé au Bas-Saint-Laurent que dans l'ensemble du Québec (52 % contre 61 %). Pour ce qui est du taux de chômage, selon l'Institut de la statistique du Québec, il est plus élevé au Bas-Saint-Laurent qu'au Québec (5,5 % contre 4,9 %) en 2022. L'inverse avait été observé en 2020.

La proportion des 18-64 ans recevant une aide financière du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale en décembre 2021 s'élève à 5,3 %. Dans l'ensemble du Québec, le taux d'assistance sociale est un peu moins élevé (4,6 %).

En 2016, la population bas-laurentienne est encore l'une des moins scolarisées du Québec, avec 16 % des 25-64 ans qui sont sans certificat ou diplôme d'études, comparativement à 13 % au Québec. Avec les efforts investis en persévérance scolaire, la situation devrait s'améliorer dans l'avenir. Le recensement de 2021 permettra d'obtenir des données actualisées.



Le portrait de santé des Bas-Laurentiens

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

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



Habitudes de vie et comportements

Concernant le tabagisme, la région présente une proportion de fumeurs semblable à celle du Québec, soit autour de 17 % pour 2017-2018.

Pour ce qui est de la saine alimentation, en 2015-2016, la région présentait une proportion similaire à celle du Québec. En effet, 37 % des Bas-Laurentiens consommaient au moins 5 portions par jour de fruits et légumes contre 39 % dans l'ensemble du Québec.

Par ailleurs, environ 1 personne sur 2 (52 %) de 18 ans et plus atteint au moins le niveau minimal d'activité physique recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé en 2017-2018. Pour les 12-17 ans, cette proportion monte à 56 %. L'autre proportion de cette population est cependant considérée comme étant peu active ou sédentaire.



Santé des mères et des tout-petits

Pour la période 2015-2017, la région se distingue positivement selon l'indicateur du taux de grossesse chez les adolescentes de 14 à 17 ans, avec un taux de 3,9 pour 1 000 adolescentes. Le Bas-Saint-Laurent est parmi les régions présentant les taux les plus faibles de la province (taux du Québec : 5,9 pour 1 000 adolescentes).

Sur le territoire, selon les données provisoires de 2019, les naissances de faible poids (5,2 %) sont comparables aux proportions de l'ensemble du Québec (avec 6,2 %) pour l'année 2017. Toujours selon les données provisoires de 2019, la proportion de naissances prématurées au Bas-Saint-Laurent (6,0 %) est inférieure à celle observée dans le reste du Québec (7,4 %).

Personnes vivant avec des limitations

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



Santé mentale et suicide

En 2017-2018, 71 % des Bas-Laurentiens de 12 ans et plus ont déclaré avoir une excellente ou très bonne santé mentale. Toutefois, pour ces mêmes années, les troubles mentaux touchent un peu plus de 23 000 Bas-Laurentiens d'un an et plus, soit 11,9 % de la population, une proportion un peu plus élevée que dans l'ensemble du Québec (10,3 %). Dans les années 2000, la population de la région, particulièrement les hommes, présentait des taux élevés de décès par suicide comparativement aux autres régions sociosanitaires. Depuis les années 2008-2010, la situation s'est améliorée. Pour la période 2014-2018, le taux ajusté de mortalité par suicide du Bas-Saint-Laurent (14,5 par 100 000 habitants) est semblable à celui du Québec (13,5 par 100 000 habitants). À l'instar de la province, le taux de suicide est beaucoup plus élevé chez les hommes (24,3 par 100 000 habitants) que chez les femmes (5,6 par 100 000) dans la région.



Maladies chroniques

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

Ces dernières années, la prévalence ajustée de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la population de 35 ans et plus de la région est supérieure à celle de l'ensemble du Québec. Pour 2019-2020, cette prévalence s'élève à 10 % pour la région et à 9,1 % pour le Québec.

Depuis le début des années 2000 jusqu'en 2019-2020, le Bas-Saint-Laurent présente une prévalence ajustée du diabète statistiquement inférieure à celle du Québec pour la population de 20 ans et plus. En 2019-2020, la prévalence ajustée au Bas-Saint-Laurent s'élève à 8,1 % tandis que celle du Québec atteint 9 %.





Espérance de vie et mortalité

L'espérance de vie à la naissance est en augmentation constante. Au Bas-Saint-Laurent, elle était de 82,2 ans pour la période 2014-2018, un peu plus basse que celle du Québec avec 82,5 ans. Il est à noter que la pandémie de la COVID-19 a entraîné une réduction de l'espérance de vie d'environ 0,8 année au Québec, selon des estimations de Statistique Canada (juin 2021).

Les données sur l'autoévaluation de l'état de santé général, c'est-à-dire la façon dont les gens perçoivent leur propre santé, sont similaires pour le Bas-Saint-Laurent et le Québec pour l'année 2017-2018. Parmi les personnes âgées de 12 ans et plus, environ 9 personnes sur 10 évaluent positivement leur santé.

Afin de dresser un portrait comparatif de la mortalité de la région et de l'ensemble du Québec, il faut éliminer l'effet du vieillissement plus rapide au Bas-Saint-Laurent en ajustant la population en fonction d'une structure d'âge similaire à celle du Québec. À partir des taux de mortalité ajustés pour l'âge, on note certaines différences et similitudes entre le Bas-Saint-Laurent et le reste du Québec pour la période 2016-2018. Par rapport au Québec, la région présente :

- Des taux de mortalité plus élevés pour :
 - les maladies de l'appareil circulatoire;
 - les traumatismes non intentionnels;
 - les maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire.
- Des taux de mortalité significativement moins élevés pour les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques.

Par ailleurs, la région se démarque défavorablement par rapport au Québec relativement à la mortalité par traumatisme. Ainsi, la mortalité par traumatismes non intentionnels (accidents, noyades, etc.) est plus élevée au Bas-Saint-Laurent qu'au Québec. Dans la région, pour la période 2016-2018, le taux était de 45,6 pour 100 000 personnes contre 32,5 à l'échelle de la province. Le taux brut de mortalité par accident de véhicules à moteur au Bas-Saint-Laurent figure par exemple parmi les plus élevés des régions du Québec (9,4 comparativement à 4,4 par 100 000 habitants au Québec pour la période 2015-2018).



Services de santé

Selon la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), au 31 mars 2021, plus de 9 Bas-Laurentiens sur 10 ont un médecin de famille. Cette proportion (95 %) est plus élevée qu'au Québec (80 %).

Pour en savoir plus sur la population du Bas-Saint-Laurent et son état de santé, il faut consulter les publications de la Direction de la santé publique (DSPu) et de son équipe de surveillance sur le site Web au ciss-bsl.gouv.qc.ca, dans la section Vivre en santé > État de santé de la population. L'équipe de surveillance peut également être consultée pour toute demande en lien avec l'état de santé de la population à l'aide du courriel suivant : surveillance.dspub.cissbsl@ssss.gouv.qc.ca.

tant demain.

eaux rêves...

**La présentation de
l'établissement et les
faits saillants**

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent en bref



11 229 employés
(incluant Je contribue)

9 905 employés
(incluant Je contribue)



Budget global de l'établissement :

1,090 million de dollars
incluant les coûts liés à la
COVID-19



254
médecins de famille



220
médecins spécialistes
actifs



11
dentistes



57
pharmaciens
(43 actifs + 14 associés)



57
pharmacies
communautaires



386
lits de courte durée
(mission centre hospitalier)



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



1
maison de naissance



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



105
endroits où sont offerts
des soins et services



42 installations propriétaires
et **78** installations non
propriétaires dans lesquelles sont
localisées certains centres locaux
de services communautaires
(CLSC), centres de protection de
l'enfance et de la jeunesse (CPEJ)
et centres de réadaptation (CR)



50
cliniques médicales



12
groupes de
médecine familiale (GMF),
dont 2 groupes de médecine
familiale universitaire (GMF-U) –
mission d'enseignement médical
universitaire



127
organismes communautaires



121
résidences privées
pour aînés (RPA)

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.

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.

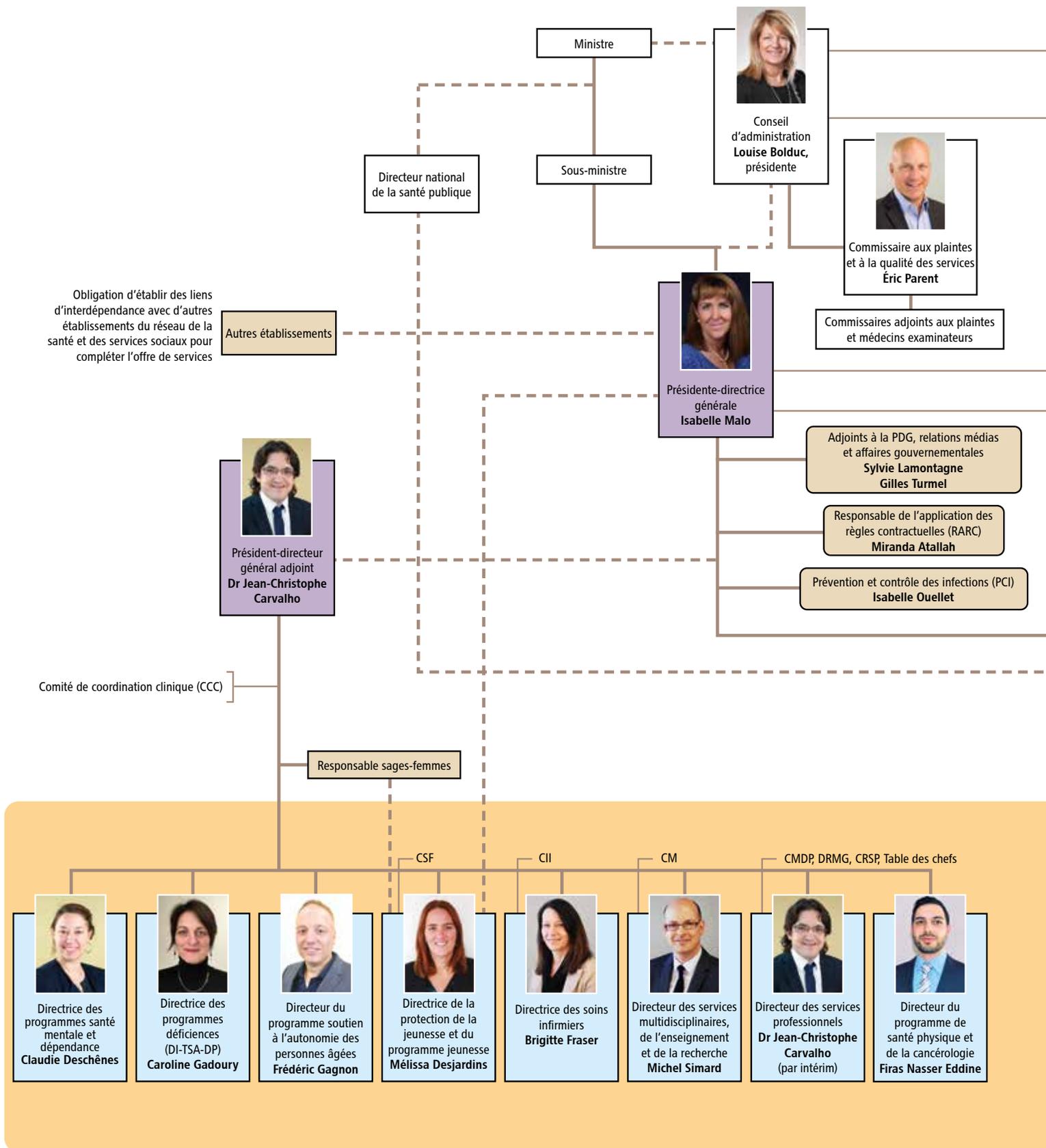
Engagement

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

- Poste de PDG ou PDGA
- Poste cadre supérieur
- Poste cadre intermédiaire
- Transversalité
- Lien hiérarchique
- Lien fonctionnel
- Lien conseil

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

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'arrimage 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

NOTE :

Pour chaque territoire de l'établissement (RLS), un gestionnaire dont le port d'attache est situé dans le milieu est désigné comme répondant d'installations.

Cette fonction est ajoutée aux responsabilités prévues pour ce gestionnaire (répondant d'installations).



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 Daniel Dionne
Conseil des médecins,
dentistes et pharmaciens
(CMDP)



Dr Gabriel Houle
Département régional
de médecine générale
(DRMG)



M^{me} Stéphanie Allard
Conseil des infirmières et
infirmiers (CII)



M^{me} Julette Rioux
Comité des usagers du
Centre intégré (CUCI)



M^{me} Lise Verreault
Conseil multidisciplinaire
(CM)

Membres nommés



M^{me} Isabelle Malo
Présidente-directrice
générale du CISSS du
Bas-Saint-Laurent



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

Membres indépendants



M^{me} Louise Bolduc
Présidente, compétence
en gouvernance ou
éthique



M^{me} Kathleen Bouffard
Expertise en protection
de la jeunesse



M^{me} Nathalie Dubé
Expertise dans
les organismes
communautaires



M^{me} 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)



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

Mandat

Le conseil d'administration doit en outre :

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

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

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 2021-2022.

Réalisations

- Tenue d'une assemblée générale annuelle le 27 octobre 2021, de huit 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.
- Suivi du tableau de bord de gestion portant sur les indicateurs d'accès 2021-2022.
- Mise sur pied d'un comité de développement de la mission de l'enseignement et de la recherche.
- Nomination :
 - de chefs de départements médicaux;
 - de l'auditeur indépendant pour l'année 2021-2022;
 - de sept cadres supérieurs;
 - d'un membre au comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise du Bas-Saint-Laurent (CRLA).
- Nomination de médecins, renouvellement et modification de privilèges, congés de service, etc.
- Octroi de statuts de chercheur.
- Octroi et modification de contrats de service avec des sages-femmes.
- Élection de membres au sein du comité de direction du département régional de médecine générale (DRMG) ainsi qu'au comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP).
- Adoption du rapport annuel de gestion 2020-2021 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 2021-2022 du soutien financier aux organismes communautaires et des montants de développement récurrents consentis.
- Autorisation d'emprunts.
- Adoption du rapport financier annuel 2020-2021 et du budget 2021-2022.
- Approbation de plusieurs autres documents, dont :
 - la politique et procédure de lutte contre la maltraitance;
 - le règlement du DRMG révisé;
 - le cadre de référence en amélioration continue;
 - les règles internes à l'égard des enfants hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation;
 - le calendrier de conservation du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - la politique de gestion des dossiers des usagers;
 - le règlement sur le délai accordé au médecin, au dentiste et au pharmacien pour compléter le dossier;
 - le suivi des recommandations du comité des usagers du Centre intégré (CUCI) 2020-2021;
 - la modification du cadre réglementaire sur l'organisation et les bonnes pratiques en recherche au CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - les règles d'utilisation de médicaments;
- Demande de désignation toponymique;
- Demande de permis pour un centre de procréation assistée;
- Délégation de pouvoir au conseil des sages-femmes.

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

Mandat

- S'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources financières de l'établissement ainsi que de son suivi.
- S'assurer de la mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques financiers, immobiliers et informatiques pour la conduite des affaires de l'établissement.
- Réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance.
- Examiner les états financiers avec l'auditeur indépendant nommé par le conseil d'administration.
- Recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers.
- Veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient adéquats et efficaces.
- Formuler des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de l'établissement et, s'il y a lieu, sur le travail de la vérification externe et interne.
- Assurer le suivi des grandes orientations en matière d'immobilisations.
- Réaliser tout autre mandat relatif aux affaires financières, immobilières et informationnelles de l'établissement que lui confie, de temps à autre, le conseil d'administration (article 181.0.0.3 de la LSSSS).

Réalisations

- Tenue de neuf rencontres régulières et de deux rencontres spéciales.
- Recommandations aux membres du conseil d'administration pour l'adoption des dossiers suivants :
 - les états financiers 2020-2021, le rapport financier annuel au 2 janvier 2021 du Fonds de santé au travail ainsi que l'affectation des surplus générés par les projets de recherche terminés pour l'exercice se terminant le 31 mars 2021;
 - le budget 2021-2022;
 - les rapports financiers trimestriels AS-617 2021-2022;
 - l'entente conclue de gré à gré avec la Banque Nationale;
 - la nomination de la firme Raymond Chabot Grant Thornton comme auditeur indépendant pour l'exercice 2021-2022;
 - la répartition et l'indexation de l'enveloppe régionale budgétaire 2021-2022 des subventions versées aux organismes communautaires et aux entreprises d'économie sociale;
 - l'indexation de la tarification des stationnements;
 - la modification au règlement de délégation de signatures à la suite d'une réorganisation;
 - l'autorisation d'emprunts pour la liquidité;
 - l'utilisation du solde de fonds pour le financement de certains projets;
 - l'obtention d'une servitude de non-construction pour la maison des aînés de Rivière-du-Loup;
 - la signature d'un bail d'une durée de 10 ans pour l'utilisation des espaces de bureaux à Matane;
 - la signature d'un acte de vente avec la Ville de Rimouski pour l'achat d'un terrain afin d'y construire la maison des aînés de Rimouski;
 - la servitude de passage sur la propriété du CISSS du Bas-Saint-Laurent située au 150, avenue Rouleau à Rimouski;
 - l'acceptation d'une offre d'achat de gré à gré pour un terrain zoné agricole situé à Mont-Joli;
 - la signature d'une entente de servitude demandée par le ministère des Transports pour la réfection du pont à Rimouski;

- la gestion de l'ensemble des stationnements des propriétés du CISSS du Bas-Saint-Laurent à la Société Parc-Auto du Québec;
- le régime d'emprunts à long terme.
- 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;
 - le portrait personnalisé des activités contractuelles 2019-2020 et 2020-2021 du Secrétariat du Conseil du trésor;
 - le plan de conservation des équipements médicaux (PCEM) et le plan de conservation des équipements non médicaux (PCENM) 2021-2024;
 - le plan de conservation et fonctionnalité immobilière (PCFI) 2021-2024;
- le bilan de sécurité 2020-2021 et le suivi des 15 mesures obligatoires du Secrétariat du Conseil du trésor;
- le suivi des rencontres du comité stratégique d'optimisation;
- le suivi concernant l'évaluation des observations de la firme Raymond Chabot Grant Thornton relatives aux contrôles généraux des technologies de l'information;
- la présentation des dossiers en cours de la personne responsable de l'application des règles contractuelles;
- l'état de situation de la gestion de la désuétude technologique.
- 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
 Dr Daniel Dionne, vice-président
 Mme Stéphanie Allard, membre du conseil d'administration
 M. Camille Leblanc, membre du conseil d'administration
 Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale

Personne-ressource

Dr Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général adjoint

Mandat

- S'assurer du respect des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement.
- S'assurer du respect du *Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration*.
- S'assurer de la détermination et du respect des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration et de ses comités.
- S'assurer du respect du programme d'accueil et de développement des compétences pour les membres du conseil d'administration.
- Évaluer le fonctionnement du conseil d'administration et des comités du conseil d'administration et proposer des mesures d'amélioration, le cas échéant.
- Exercer les autres fonctions prévues par la LSSSS.

Réalisations

- Tenue de quatre rencontres régulières.
- Adoption d'un outil d'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration.
- Analyse et recommandation au conseil d'administration d'une candidature au comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise du Bas-Saint-Laurent.
- Mise sur pied du comité de développement de la mission de l'enseignement et de la recherche.
- Suivi des démarches concernant l'agrément et les visites des laboratoires par le Bureau de normalisation du Québec.

Comité de vigilance et de la qualité (CVQ)

Composition

Mme Julette Rioux, membre du conseil d'administration et représentante du CUCI, présidente
M. Gilles H. Tremblay, membre du conseil d'administration, vice-président
Mme Lucie Lapointe, membre du conseil d'administration
Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale
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

Mandat

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

Réalisations

- Tenue de six 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;
 - 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 le suivi des plans d'amélioration;
 - 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);
- l'application du cadre de référence et du guide d'intervention en matière de vie intime, amoureuse et sexuelle;
- le projet de regroupement des services administratifs pour les ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF);
- la pandémie de la COVID-19 et la vaccination;
- le bilan des mesures de contention et d'isolement en hébergement jeunesse;
- les dossiers de plaintes de la Direction de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse (DPJ-PJe).
- Échange sur divers sujets, dont certains ayant défini des orientations, notamment :
 - la politique et la procédure concernant la lutte contre la maltraitance;
 - les nouvelles lignes directrices en matière de gestion des risques.

- Transmission d'informations en regard des dossiers suivants :
 - le projet de loi visant à renforcer la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité ainsi que la surveillance de la qualité des services de santé et des services sociaux;
 - la sécurité civile et les mesures d'urgence;
 - la réorganisation du travail au commissariat aux plaintes et à la qualité des services.

Comité de développement des ressources humaines (CDRH)

Composition

Mme Kathleen Bouffard, présidente
 Mme Lise Verreault, vice-présidente
 M. Daniel Dion, membre du conseil d'administration
 Dr Gabriel Houle, membre du conseil d'administration
 Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale

Personne-ressource

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

Mandat

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

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 du personnel;
 - la mise en place de cliniques de vaccination, de cliniques de vaccination mobiles et la gestion des ressources humaines dans ce dossier;
 - les programmes de bourses d'études pour les formations en Soutien administratif aux secteurs cliniques et en Santé, assistance et soins infirmiers (SASI);
 - la stabilisation et le rehaussement des titres d'emploi de la catégorie 1 : infirmières, infirmières auxiliaires et inhalothérapeutes;
 - la gestion des arrêtés ministériels - 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
Dr Gabriel Houle, administrateur
Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale

Membres permanents non-votants

Dr Christian Campagna, directeur de l'enseignement médical
Dr Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général adjoint
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, Université du Québec à Rimouski (UQAR)
Dr Jean-François Montreuil, vice-doyen exécutif à la Faculté de médecine de l'Université Laval

Personne-ressource

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

Mandat

- Examiner les projets de développement, les politiques, les règlements et les rapports d'activités de la mission d'enseignement et de la recherche.
- Veiller à l'évolution et au développement de l'organisation en vue d'une reconnaissance éventuelle à titre de centre intégré universitaire de santé et services sociaux.
- Intégrer les notions de consolidation des compétences de l'ensemble des employés et le renforcement de la collaboration interprofessionnelle.
- Recevoir, analyser et recommander l'adoption d'une planification stratégique qui assure le développement de la mission d'enseignement et de la recherche.
- S'assurer que l'établissement contribue à la visibilité, à la promotion et à la reconnaissance des activités d'enseignement et de recherche menées au sein de l'organisation.

Réalisations

- Mise en place du comité au cours de la présente année.
- Structuration du comité et détermination du mandat.
- Présentation des secteurs de l'enseignement et de la recherche.
- Tenue de deux rencontres.

Comité de révision (CR) – traitement des plaintes

Composition

Mme Lucie Lapointe, présidente
M. Gilles H. Tremblay, président
Dr Jacques Caron
Dr Marc-François Cyr
Dr Richard Déry
Dre Josée Rousseau

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

Mandat

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

Réalisations

- Réception de cinq demandes de révision. De ce nombre, le comité de révision a confirmé les conclusions des médecins examinateurs dans quatre des dossiers. En date du 31 mars 2022, un dossier est en attente de révision.
- Transmission des conclusions à l'intérieur du délai de 60 jours prescrit par la LSSSS.

Comité d'éthique de la recherche (CER)

Composition

Membres réguliers

Dr François Caron, interniste, président
M. Bruno Leclerc, éthicien, vice-président
Dr Fabian Azzari, cardiologue
Mme Caroline Dubé, ergothérapeute
Mme Nancy Martin, pharmacienne
Me Gabrielle Rouleau, avocate
Mme Karina Soucy, représentante de la collectivité

Membres substitués

Me Mary Louise Chabot, avocate
Mme Anik Dumas, ergothérapeute
Dre Marie-Claude Foley, hémato-oncologue
Mme Élisabeth Labrecque, pharmacienne
M. Éric Sévigny, spécialiste en éthique
Mme Alexandra Stankovich, représentante de la collectivité

Coordination

M. Éric Sévigny

Réalisations

- Tenue de six rencontres régulières.
- Évaluation de 12 nouveaux projets de recherche.
- Cent quarante-cinq suivis de projets de recherche.

Mandat

Le comité d'éthique de la recherche (CER) doit veiller à la dignité, à la sécurité et au bien-être des sujets de recherche et assurer le respect de leurs droits. Le comité a le pouvoir d'évaluer, d'approuver, de modifier, d'interrompre ou de refuser tout projet de recherche qui relève de son autorité et qui n'est pas conforme.

Le CER est également responsable du suivi des projets de recherche dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) pour lequel il agit à titre de CER évaluateur. Ce suivi permet notamment d'examiner et, si nécessaire, de revoir son approbation en ce qui a trait aux modifications apportées au projet de recherche en cours, à tout nouveau renseignement susceptible de modifier l'équilibre clinique ou l'acceptabilité éthique du projet tel que les incidents thérapeutiques et réactions indésirables, les déviations au protocole, etc.

De même, il peut effectuer des activités de surveillance ou de vérification et mandater un tiers, s'il le juge nécessaire. Enfin, le CER suit les rapports d'étape, s'assure du renouvellement annuel et de la fermeture adéquate des projets de recherche sous sa responsabilité.

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

Mandat

- Émettre son avis à la Présidence-direction générale de l'établissement sur le programme d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise du Bas-Saint-Laurent.
- Évaluer ce programme d'accès et, le cas échéant, y suggérer des modifications.

Trois postes sont vacants.

Réalisations

- Tenue de quatre rencontres régulières virtuelles.
- Suivi des enjeux exprimés dans la dernière année :
 - l'amélioration des procédures d'accueil en pandémie (prétriage COVID-19, directives pour le port du masque) – traduction des outils pour les portiers;
 - l'amélioration des collaborations avec la clinique estivale locale de Métis-sur-Mer – envoi de formulaires médicaux pour faciliter les ordonnances et les références vers les services réguliers du CISSS du Bas-Saint-Laurent (urgence, prélèvements, examens);
 - la rencontre de travail avec la direction pour cibler des actions possibles en santé mentale jeunesse.
- Consultations/présentations :
 - Présentation du comité opérationnel jeunesse à Métis-sur-Mer par le chef de service en enfance-jeunesse-famille – installations de La Mitis;
 - Présentation de la politique nationale sur la proche aide par la coordonnatrice en matière de proche aide – CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Diffusion d'informations en anglais liées à la pandémie de la COVID-19.
- 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 et ateliers de conversation 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
Dre Marc-François Cyr, Rimouski-Neigette
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
Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale
Dr Jean-Christophe Carvalho, directeur des services professionnels par intérim et président-directeur général adjoint
Dr Daniel Dionne, représentant au sein du conseil d'administration (invité)
Dr Gabriel Houle, représentant au sein du conseil d'administration (invité)

Responsabilités envers le conseil d'administration

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

Ces responsabilités sont exercées par le comité exécutif formé de membres actifs élus par le CMDP lors de l'assemblée générale annuelle et représentant les différentes missions et secteurs géographiques du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Le comité exécutif du CMDP s'est rencontré 11 fois au cours de l'année et trois assemblées générales, dont une annuelle, ont eu lieu.

Réalisations

- Reprise des travaux du comité de médecine pertinente. Le comité régional de médecine pertinente a comme objectifs d'identifier et de prioriser les projets, d'orienter les travaux de pertinence avec un leadership au niveau médical et de faire les recommandations nécessaires au CMDP.
- Visite d'inspection du Collège des médecins du Québec (CMQ) à l'automne 2021.
- Amélioration des canaux de communications entre les comités découlant du CMDP et l'exécutif.

Le nombre des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement est d'environ 596 membres, dont 540 sont des membres actifs (pratique principale au sein de l'établissement).

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Composition

Membres élus

Mme Anick Chouinard, présidente, La Matapédia, Direction de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse (DPJ-PJe)

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

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

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

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

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

Poste vacant, Direction des

programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DPDI-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 (ORIBSLGIM)

Poste vacant

Membres nommés d'office

Dr Jean Christophe Carvalho, président-directeur général adjoint
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 Isabelle Beaulieu, Rimouski-Neigette, représentante des centres de formation professionnelle

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

Poste vacant, membre représentant des cégeps

Responsabilités et pouvoirs du CII

Responsabilités envers le conseil d'administration

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

- d'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le centre et, le cas échéant, en collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, des activités visées à l'article 36.1 (chapitre I-8) de la Loi sur les infirmières et les infirmiers et exercés dans le centre;
- de faire des recommandations sur :
 - les règles de soins infirmiers, les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments applicables à leurs membres dans le centre;
 - la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres dans le centre.
- de faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent et d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil

d'administration.

Responsabilités envers la présidente-directrice générale

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

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

Autres responsabilités et pouvoirs

- Le CII adopte ses règlements concernant sa régie interne, forme un comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII) et doit aussi constituer un comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA). Il peut mettre en place des comités et statuer sur leurs fonctionnements ainsi que sur la poursuite de leurs fins et désigner un membre pour faire partie du conseil d'administration de l'établissement comme prescrit.

- Les responsabilités et les pouvoirs du CII sont exercés par son comité exécutif.

Réalisations

- Tenue de deux séances régulières et de l'assemblée générale annuelle le 13 octobre 2021.
- Avis et recommandations sur :
 - les règles de soins infirmiers portant sur l'administration des médicaments prescrits au besoin et sur la surveillance des usagers recevant des opiacés;
 - la procédure de prise en charge, à l'urgence, de l'usager avec des signes et symptômes typiques de l'infarctus aigu du myocarde;
 - le protocole d'intervention pour les jeunes asthmatiques;
 - le protocole d'intervention pour les jeunes épileptiques en milieu scolaire ou en centre de la petite enfance (CPE);
 - la procédure de soins et surveillance d'un usager sous télémétrie;
 - le protocole de mesure de contrôle : contention, isolement et substances;
 - le document *Comité de coordination clinique des soins périnataux*;
 - la conduite de l'utilisation du AirVo (système à haut débit nasal conçu pour offrir une assistance respiratoire et pouvant être utilisé en milieu institutionnel) pour les transports ambulanciers;
 - la politique et la procédure sur la gestion des dossiers des usagers;
 - le projet sur les outils de collaboration avec la Direction des ressources informationnelles (DRI);
- la politique sur le télétravail;
- la mise en place du dossier numérique et de la chaîne de numérisation dans l'ensemble du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- la politique et la procédure de mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) lors des interventions immobilières.

Pour assurer le bon fonctionnement du comité, le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers :

- s'est doté d'un guide d'accueil pour ses membres;
- a actualisé et adopté les documents relatifs à la tenue des élections;
- a élaboré une marche à suivre pour le dépôt des demandes de consultation.

Conseil multidisciplinaire (CM)

Composition

Mme Annie Gauthier, présidente, ergothérapeute, direction programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), Kamouraska

Mme Isabelle Labarre, vice-présidente, spécialiste en activités cliniques, programme santé mentale et dépendance, Rimouski

Mme Julie Lavoie, secrétaire, nutritionniste en maladies chroniques, Direction des services professionnels (DSP), Rimouski

Mme Hélène Beaudoin, travailleuse sociale, programme SAPA, Rimouski

Mme Annick Bélanger, intervenante en soins spirituels, programme services multidisciplinaires, Rimouski

Mme Caroline Collin, travailleuse sociale, 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 Crystal Fournier, ergothérapeute, programme jeunesse, Matane

Mme Nancy Isabel, technologue en imagerie médicale, services multidisciplinaires, enseignement et recherche, Rimouski

Mme Martine Murray, travailleuse sociale, programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP), Matapédia

Mme Linda Cloutier, ergothérapeute, programmes DI-TSA-DP, Rivière-du-Loup

M. Vincent Couture, agent de relations humaines, protection de la jeunesse, Rivière-du-Loup

M. Jérémie Hébert, éducateur spécialisé, programme jeunesse, Matane

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

Dr Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général adjoint

Mandat

Mandat général du conseil multidisciplinaire

- Proposer un véhicule d'expression aux préoccupations professionnelles de groupes définis de dispensateurs de services dont l'apport d'expertise et le vécu clinique peuvent contribuer à améliorer la qualité, l'organisation et la dispensation des soins et services.
- Envers le conseil d'administration, le conseil multidisciplinaire est responsable de :
 - constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de ses membres dans tout centre exploité par l'établissement.
 - faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tout centre exploité par l'établissement.
- Envers la Présidence-direction générale, le conseil multidisciplinaire est responsable de :
 - conseiller sur l'organisation technique et scientifique et de proposer les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres.
 - répondre à toute autre fonction que le conseil d'administration ou la présidente-directrice générale porte à son attention.

Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année

Mandat reçu de la Présidence-direction générale, du conseil d'administration ou autre :

- Recommandations dans le cadre du questionnaire à l'intention des partenaires du CISSS du Bas-Saint-Laurent pour le processus de sélection pour le poste de directrice ou directeur de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse.

Objectifs spécifiques – Plan de travail annuel 2021-2022

- Réviser les règlements généraux / Atteint.
- Nourrir la mobilisation des membres et leur sentiment d'appartenance au CM / Partiellement atteint.
- Investir le mandat en lien avec le développement et le maintien des compétences / Atteint.
- Augmenter la visibilité du CECM auprès des autres instances professionnelles et directions / Partiellement atteint.
- Mieux positionner le CM grâce à un plan de communication plus structuré / Partiellement atteint.

Réalisations

- Sujets ayant fait l'objet d'un avis et/ou de recommandations émis par le CM :
 - le guide de participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie;
 - la politique et la procédure sur la gestion des dossiers des usagers;
 - les règles internes à l'égard des enfants hébergés en centre de réadaptation pour jeunes ayant des difficultés d'adaptation (CRJDA) et la procédure relative à l'utilisation des mesures disciplinaires à l'égard des enfants hébergés dans un CRJDA;
 - la politique sur le télétravail;
 - la politique et la procédure sur les mesures de prévention des infections lors d'interventions immobilières;
 - la politique et la procédure de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.
 - Mobilisation des membres du CM sur les enjeux suivants :
 - la consultation publique sur la révision de la politique de transport adapté du ministère des Transports;
 - la collaboration à la recherche de candidatures pour la Table de concertation de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux;
 - les activités de formation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal offertes aux membres (Développer son intelligence émotionnelle, Accroître sa résilience).
 - Soutien aux comités de pairs :
 - en ergothérapie – Document de soutien aux directions cliniques concernant l'accessibilité universelle;
 - en nutrition clinique – Document d'information à la clientèle avec problématique de diverticulite.
 - Comités de programmes :
 - Aucun.
 - Collaboration :
 - pour la revue *En mouvement* (deux parutions) et le bulletin *En mouvement* (une parution);
 - pour l'infolettre sur les pratiques professionnelles (deux parutions);
 - avec l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (suivi des travaux concernant la commission Laurent et le dossier sur les outils de cheminement clinique informatisés, la participation aux tables des présidents des CM et aux activités de formation dans le cadre du mois des conseils multidisciplinaires).
 - Rencontres et échanges avec différentes directions sur les sujets suivants :
 - la gestion des risques;
 - la gestion intégrée de la qualité et des services pour les usagers en ressource intermédiaire et ressource de type familial (RI-RTF);
 - la trajectoire en dysphagie adulte;
 - le projet pilote Aire ouverte;
 - le projet pilote ExploRéa (pour la relève en réadaptation);
 - le projet maisons des aînés et maisons alternatives (MDA-MA);
 - le projet pilote Équipe d'intervention rapide posthospitalisation;
 - la fermeture estivale de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive et de l'unité de courte durée gériatrique de Rivière-du-Loup;
 - l'utilisation du AirVo (système à haut débit nasal conçu pour offrir une assistance respiratoire et pouvant être utilisé en milieu institutionnel) lors du transport interhospitalier
 - les mesures de soutien cliniques pour la Direction des services multidisciplinaires, de l'enseignement et de la recherche.
- ### Perspectives d'action pour la prochaine année
- La poursuite d'actions de mobilisation auprès des membres du conseil multidisciplinaire est incontestablement l'enjeu le plus important 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.
 - La poursuite d'échanges constructifs avec les directions et la formulation d'avis ou de recommandations concernant les soins et services aux usagers demeurent un véhicule d'expression privilégié par le CECM.
- ### Conclusion
- Comme plusieurs groupes, le CECM a connu une deuxième année affectée par la situation de pandémie, mais l'implication des membres de l'exécutif est demeurée forte, permettant à l'instance de jouer pleinement son rôle consultatif au sein de l'établissement. Le CECM reconnaît la contribution et la mobilisation importante de ses membres aux efforts de lutte contre la pandémie de la COVID-19 déployés dans l'établissement, et ce, tout en poursuivant une prestation de service essentielle et de qualité.

Conseil des sages-femmes (CSF)

Composition actuelle et en cours d'année

Mme Karine Dubon, sage-femme
Mme Mireille Desgroseillers (fin contrat : 18 septembre 2021)
Mme Geneviève Guilbault, sage-femme
Mme Sarah Kelly, sage-femme (absence depuis décembre 2020)
Mme Eliane Labrosse, sage-femme (depuis le 14 novembre 2021)
Mme Elisabeth Lamarre, sage-femme
Mme Angélique L'Hérault-Blanchet, sage-femme (depuis le 30 mai 2021)
Mme Camille La Rochelle, sage-femme (absence jusqu'en janvier 2023)
Mme Chantal Lavallée, responsable des services de sage-femme
Mme Josiane Nault, sage-femme, (fin de contrat : 15 janvier 2022)
Mme Cynthia Plourde, sage-femme
Mme Marie-Pier Robillard-Pichette, sage-femme (départ le 30 novembre 2021)
Mme Naïma Tadjer, sage-femme (absence jusqu'en septembre 2022)

Membres du comité exécutif

M. Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général adjoint
Mme Mélissa Desjardins, directrice de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse, représentante désignée par la présidente-directrice générale (à partir de décembre 2021)
Mme Anne Duret, directrice de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse, représentante désignée par la Présidence-direction générale (jusqu'en décembre 2021)
Mme Karine Dubon, présidente
Mme Chantal Lavallée, secrétaire
Mme Elisabeth Lamarre, membre
Mme Angélique L'Hérault-Blanchet, vice-présidente

Mandat

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

Réalisations

- Tenue d'une assemblée générale annuelle le 9 juin 2021.
- Tenue de quatre réunions du comité exécutif.
- Processus d'inspection de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) : cinq sages-femmes pour la phase 1 et une sage-femme pour la phase 2. Les sages-femmes sont sélectionnées au hasard par l'OSFQ.
- Analyse de cause racine portant sur un cas d'hypoglycémie néonatale à la maison de naissance. La prise en charge de cet allaitement complexe dans un contexte de surcharge de travail combiné à un effectif réduit d'aide natale a entraîné une mauvaise gestion des priorités.
- Production de plusieurs fiches d'information sous forme de choix éclairé portant sur des sujets clés du suivi de grossesse remises à la clientèle avec mise en page professionnelle et impression couleur.
- Formation d'un petit comité pour faire la vérification des médicaments à la Maison de naissance Colette-Julien (MDN). Une mise à jour des fiches d'administrations des médicaments, de la liste d'inventaires et le commun de la MDN a été effectuée. La priorité du comité de médicaments en lien avec l'administration du Fentanyl sera discutée en AGA en juin 2022.

- Essai de travail après césarienne/accouchement vaginal après césarienne (ETAC/AVAC) : mise à jour de la documentation remise à la clientèle avec les récentes publications de l'OSFQ et de l'Association Ontario Midwives (AOM).
- Projet de mise à niveau de la salle d'eau de la MDN : élaboration du plan de rénovation et mise en chantier en 2022.
- Demande d'appui à la direction de l'établissement pour un projet de lieu de naissance hors centre hospitalier pour le Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata et Les Basques (KRTB) : réponse favorable et encourageante pour un tel projet à longue échéance qui viendra répondre à un double besoin, soit celui des usagers et la rétention des ressources sages-femmes.
- Soutien à l'équipe périnatale des Basques.
- Participation à deux projets de périnatalité sociale : La Matanie et Témiscouata.

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

Mandat

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

Réalisations

- Tenue de huit rencontres régulières virtuelles des membres et de quatre rencontres statutaires avec la présidente-directrice générale de l'établissement.
- Information ou consultation des membres sur plusieurs sujets, dont :
 - le suivi accordé aux recommandations déposées au conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux;
 - le plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes;
 - les pratiques à l'égard de l'hygiène des mains;
 - les mesures d'hébergement temporaire hors municipalités régionales de comté (MRC) en contexte de pandémie;
 - les activités en prévention du déconditionnement des personnes âgées;
 - l'évaluation de la satisfaction envers l'alimentation en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
 - le projet de maisons des aînés et maisons alternatives (MDA-MA);
 - la présentation des services auprès des usagers d'expression anglaise par l'organisme Héritage Bas-Saint-Laurent.
- 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 de la présidente aux rencontres virtuelles de mise à jour sur la COVID-19 avec la direction du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

- Collaboration avec les chefs de service des CHSLD pour obtenir les coordonnées des proches des résidents afin de pouvoir les contacter, se faire connaître auprès d’eux et les aider en cas de besoin.
- Collaboration à une réflexion sur les sorties d’hôpital des personnes âgées ou vulnérables – facteurs de risque, mesures de protection/prévention envisageables.
- 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.

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
 Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale
 Dr Maxime Dionne, Rivière-du-Loup
 Dr Pierre-Luc Sylvain, La Matanie
 Dre Catherine Poirier, La Matapédia

Mandat

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

Réalisations

- Le contexte de la pandémie a nécessité une mobilisation importante du comité de direction du département régional de médecine générale (DRMG) et de ses membres pendant toute l’année. Le comité de direction du DRMG a soutenu la communauté médicale afin qu’elle puisse s’adapter aux multiples changements exigés par la pandémie.
- La poursuite de la mise en œuvre du plan d’action qui vise à diminuer le nombre de patients orphelins sur le guichet d’accès à un médecin de famille (GAMF).
- Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a obtenu un financement récurrent pour maintenir le guichet d’accès à la première ligne (GAP). Tous les groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques de médecine familiale du Bas-Saint-Laurent contribuent à l’offre de service populationnelle et dégagent des plages de rendez-vous pour accueillir la clientèle orpheline.
- La distribution des effectifs médicaux en omnipratique en tenant compte de :
 - l’entente particulière relative au respect des plans régionaux d’effectifs médicaux (PREM);
 - la détermination des besoins prioritaires de recrutement en collaboration avec les représentants médicaux des installations (2020-2021);
 - l’évaluation du besoin en effectifs défini à partir des travaux régionaux paramétrant les tâches liées aux différentes activités cliniques et administratives par sous-territoire.
- La représentation auprès du comité paritaire pour le sensibiliser à l’enjeu en lien avec le processus actuel d’octroi des PREM qui ne permet pas de répondre à la pénurie d’effectifs.
- La répartition des primes d’installation 2021-2022 en conservant les montants bonifiés aux milieux éloignés et en pénurie, soit le réseau local de services (RLS) de Témiscouata, de La Mitis, de La Matapédia et de La Matanie.
- L’application du respect des exigences des GMF liée à leur adhésion au nouveau Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille.
- La signature des ententes d’engagement avec les GMF (10/12) pour avoir accès aux mesures de soutien pour l’accès populationnel.

- Le suivi du plan régional d'organisation des services médicaux généraux 2018-2021 et le suivi des cibles à atteindre par RLS et régionalement.
- Le soutien au déploiement des soins intensifs à domicile (SIAD) et à la prestation de soins continus en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) par des groupes de médecins concertés.
- L'application de l'entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (AMP).
- Le DRMG a soutenu le déploiement du HUB (plateforme pour prendre un rendez-vous médical) dans le cadre d'un projet vitrine.

État des effectifs médicaux en omnipratique

Répartition de la croissance en omnipratique au Bas-Saint-Laurent Plan régional d'effectifs médicaux (PREM 2022)

Réseaux locaux de services	Arrivées prévues de nouveaux médecins
Kamouraska	1
Témiscouata	2
Rivière-du-Loup	1
Les Basques	3
Rimouski-Neigette	1
La Mitis	0
La Matapédia	1
La Matanie	3
Total	12

- Au PREM 2021, trois postes demeuraient vacants et ont été attribués au cours de l'année 2021. Il s'agit d'un poste au Kamouraska, un à Rivière-du-Loup et un au Témiscouata.
- Au PREM 2021, nous avons reçu l'autorisation de recruter en surplus de la cible un médecin ayant un statut militaire au Kamouraska.
- Au PREM 2022, 12 nouveaux postes étaient accordés et ils ont tous été pourvus.
- Au 31 mars 2022, 264 omnipraticiens étaient installés au Bas-Saint-Laurent.
- Au total, il y a eu, depuis le 1^{er} avril 2021, 14 arrivées et 13 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

Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale

M. François Paradis, chef du département de pharmacie

Mandat

- Faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre.
- Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques, sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments et sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.
- Exécuter tout autre mandat que lui confie la présidente-directrice générale.

Réalisations

- Tenue de quatre réunions où les sujets suivants ont été abordés :
 - la vaccination contre la COVID-19;
 - la vaccination contre l'influenza;
 - la contribution au guichet d'accès à la première ligne (GAP);
 - la contribution au projet Aire ouverte;
 - les nouvelles activités autorisées en lien avec la Loi sur la pharmacie;
 - la loi 6 en lien avec la pratique des infirmières praticiennes spécialisées;
 - la mise en place du programme de formation Techniques de pharmacie au Cégep de Rivière-du-Loup;
 - l'utilisation des biosimilaires;
 - le suivi d'un événement sentinelle;
 - les services pharmaceutiques pour les patients ambulatoires hors des heures standards;
 - les moyens de distribuer l'information aux pharmaciens communautaires;
 - le mode de transmission des ordonnances;
 - les ordonnances collectives et ordonnances individuelles d'ajustement;
- la transmission de différents documents aux pharmaciens communautaires et d'établissement :
 - ▶ informations sur les services du guichet d'accès à la première ligne (GAP);
 - ▶ note de service sur l'utilisation de la liste des médicaments actifs au dossier santé Québec (DSQ) comme outil de prescription lors de l'admission d'un patient (installation de Rimouski-Neigette);
 - ▶ note de service conjointe avec le département régional de médecine générale (DMRG) sur le soutien aux efforts de la première ligne par les pharmaciens communautaires pour combattre la 5^e vague;
 - ▶ notes de service et *Info-Vaccination* au sujet de la COVID-19;
 - ▶ note de service relative aux biosimilaires;
 - ▶ informations, requêtes et formulaires provenant de la Direction Optilab.
- Présence d'un membre du comité régional sur les services pharmaceutiques (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.
- Rencontre des présidents des différents CRSP;
- Recrutement et présence de pharmaciens aux tables médicales locales;
- Création d'un groupe fermé du CRSP du CISSS du Bas-Saint-Laurent sur Facebook;
- Démarches en cours pour la mise en place d'une table locale de pharmaciens pour Rimouski-Neigette et La Mitis et réflexion pour le déploiement dans les autres RLS;
- Processus électoral des membres du CRSP dont le scrutin a été réalisé le 8 juin 2021.

Comité de gestion des risques (CGR)

Composition

Mme Judith Dion, représentante du conseil multidisciplinaire
 Mme Mylène Guénard, chef de service en prévention et contrôle des infections
 Dre Anne Lavigne, représentante du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
 Mme Myriam Lezou, adjointe au directeur du programme de santé physique et de la cancérologie
 Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale
 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. Martin Legault, directeur des services techniques
 M. François Paradis, chef du département de pharmacie
 M. Éric St-Jean, directeur adjoint des programmes 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

Un membre a été remplacé suite à un départ à la retraite.

Mandat

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

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 Cyndie Arsenault, représentante du programme jeunesse

Mme Louise Boucher, représentante du programme santé mentale et dépendance

Mme Marie-Josée Boucher, juriste

Mme Marie-Hélène Cormier, représentante du programme santé physique

Mme Anne Groleau, membre de la communauté

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

Mme Chantale Lefrançois, conseillère-cadre à la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique (DQEPE) – secteur est

Mme Nancy Lévesque, représentante de la gouverne, vice-présidente du comité

Mme Josianne Loignon, conseillère-cadre à la DQEPE – secteur centre

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

Mme Marie-Andrée Morin, conseillère-cadre à la DQEPE – secteur ouest

Mme Karen Smith, représentante du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, présidente du comité

Mme Marie-Josée Tremblay, représentante de la santé publique

M. Mathieu Bernier, représentant de la protection de la jeunesse

M. Bruno Leclerc, spécialiste en éthique

Mandat

- Afin de contribuer au développement d'une culture de l'éthique au CISSS du Bas-Saint-Laurent, le comité d'éthique clinique et organisationnelle (CECO) exerce les fonctions suivantes :
- Élaboration de repères en éthique clinique et en éthique organisationnelle;
- Aide à la décision sur un enjeu d'éthique clinique;
- Aide à la décision concernant un enjeu d'éthique organisationnelle;
- Promotion et sensibilisation en éthique.

Réalisations

- Tenue de sept rencontres au cours de l'année en mode virtuel étant donné le contexte pandémique. Les principaux sujets traités lors des rencontres du comité sont :
 - les enjeux éthiques liés à la pandémie pour les visiteurs, les usagers et le personnel;
 - le protocole de priorisation des soins;
 - l'intervenant témoin à la signature d'un testament;
 - la consultation à l'urgence sans motif médical;
 - les interférences dans les traitements en oncologie par un patient avec des compétences cliniques et des liens avec des professionnels externes;
 - l'ordonnance de soins pour une opération pour sténose aortique;
 - l'orientation en soutien à domicile en lien avec la politique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);
 - la réflexion en lien avec les demandes d'avis consultatif;
 - la discussion sur la vaccination obligatoire des employés;
 - la discussion de cas au comité concernant la sexualité des usagers en milieu d'hébergement.
- Révision du plan de communication pour faire la promotion du CECO.
- Révision du règlement sur les règles de fonctionnement du CECO.
- Réception de 20 demandes par les conseillères-cadres en gestion des risques et éthique clinique. De ce nombre, 5 ont été déposées au CECO et 15 ont été traitées directement par les conseillères, dont 1 a été refusée et 1 autre est en attente de suivi;
- Réalisation de quatre avis éthiques et transmission aux demandeurs :
 - la signature d'un testament par un intervenant qui agit comme témoin;
 - les consultations répétées d'un usager, avec un potentiel de dangerosité et sans motif de consultation à l'urgence;

- la mise en application d'une ordonnance de traitement en cardiologie;
- les services dispensés en oncologie à un professionnel de la santé ayant des connaissances médicales et de nombreux contacts parmi le corps médical (médecins, spécialistes, etc.) ayant amené des interférences dans la dispensation des soins.
- Participation des conseillères-cadres 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. Ce pôle permet de soutenir les professionnels en santé, d'échanger sur les bonnes pratiques, de partager les outils en éthique et de favoriser une mutualisation des services en éthique. Ce pôle est un lieu de convergence en apprentissage collectif dans le domaine de l'éthique en optimisant les expertises de chacun provenant autant des établissements en santé que du milieu académique.

Les faits saillants

Les nouveaux enjeux, les priorités et les principales réalisations

Au cours de l'année, nous avons solidifié notre réseau de collaboration et nous avons posé, de façon continue, certains petits gestes qui ont permis la concrétisation de grandes réalisations. En orientant nos actions vers la bienveillance, notamment auprès des personnes âgées et de toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, nous avons mis en place l'encadrement nécessaire par le biais de nos politiques et nos projets de recherche, dont le projet de recherche-action pour le maintien à domicile des aînés. L'ouverture prévue pour l'automne 2022 et l'hiver 2023 des maisons des aînés et maisons alternatives (MDA-MA) pour les régions de Rimouski-Neigette (72 places) et de Rivière-du-Loup (120 places) est aussi une belle action. La qualité et la sécurité des milieux de vie en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) se traduisent notamment par l'amélioration de l'offre alimentaire ainsi que par le déploiement des plans de sécurité incendie dans les 13 CHSLD et par l'ajustement des structures de soins.

Le maintien des actifs immobiliers et les nombreux travaux dont ceux effectués dans les résidences privées pour aînés (RPA), dans les centres de jour communautaires, dans les environnements intérieurs et extérieurs de plusieurs de nos CHSLD et centres hospitaliers, ainsi que ceux effectués au Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation de Rivière-du-Loup et ceux du pavillon d'enseignement dans le cadre de l'enseignement médical, témoignent de la volonté d'une amélioration continue.

Nos actions s'orientent aussi sur la qualité et la sécurité des usagers ayant des troubles graves du comportement (TGC). Les rénovations, l'investissement en réadaptation comportementale intensive, l'ouverture d'une ressource intermédiaire en troubles graves du comportement (RI-TGC) ainsi que les actions pour intensifier la proximité, la formation et la stabilisation témoignent de l'importance accordée à la qualité et à la sécurité. Le projet pilote de répit à domicile pour les proches des usagers ayant une déficience intellectuelle (DI), un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou une déficience physique (DP), le projet d'un guichet d'accès jeunesse régional couvrant l'ensemble des directions ayant une clientèle jeunesse en DI-TSA-DP et en dépendance jeunesse ainsi que la formation dans le cadre du Programme québécois pour les troubles mentaux et les travaux d'organisation des services en DP, en DI et en TSA jeunesse en lien avec l'implantation du programme

Agir tôt permettent de mieux répondre aux besoins.

Soulignons le début du processus d'accréditation des laboratoires de biologie médicale par la visite de l'organisme accréditeur, le bureau de normalisation du Québec. La démarche a débuté par l'audit de 9 des 16 laboratoires de la grappe du Bas-Saint-Laurent – Gaspésie et, plus spécifiquement, par les laboratoires de biochimie des installations du Bas-Saint-Laurent. Des efforts de collaboration interdirections ont été réalisés pour la préparation à l'obtention d'une accréditation. Deux grands volets ont été audités en 2022, soit le système de gestion de la qualité et l'ensemble de tous les aspects techniques opérationnels d'un laboratoire de biologie médicale.

La confirmation de la pérennisation du guichet d'accès à la première ligne (GAP), le recrutement de médecins spécialistes, notamment dans les spécialités en pénurie et le renouvellement des ententes de parrainage en anesthésiologie sont le résultat des efforts mutuels. La notion de bienveillance prend tout son sens avec le déploiement du projet de réseau d'Éclaireurs visant à augmenter la capacité d'adaptation ainsi que la résilience des individus et de la communauté dans le contexte actuel, la mise en place du réseau des Veilleurs pour le soutien psychologique des employés, le programme pour l'intégration des infirmières en provenance de l'extérieur du Canada et la titularisation à temps complet des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services santé et sociaux de l'établissement, entre autres.

Les principales modifications apportées dans les services offerts, les ressources humaines, matérielles et financières, etc.

Les principales modifications se traduisent notamment par la bonification de l'équipe régionale de psychogériatrie, du programme d'allocation des services à domicile pour l'aide à domicile et l'hébergement court terme et du programme de soins buccodentaires ainsi que par l'intégration du Centre de répartition des demandes de services (CRDS) dans le guichet d'accès par la mise en place d'une équipe tactique temporaire.

Certains déploiements ont apporté des changements dans les services offerts, dont le déploiement du service Ma grossesse (avis de grossesse provincial informatisé) et le déploiement actualisé de la plateforme numérique Agir tôt permettant le dépistage

des besoins développementaux des tout-petits afin de les orienter rapidement vers les bons services.

Notre offre de service a été actualisée notamment par le déploiement du programme d'entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants (EMMIE), d'Aire ouverte à Rivière-du-Loup et de la transcription régionale ainsi que la réorganisation de l'offre de service de l'accueil-analyse-orientation-référence (AAOR) pour améliorer l'accès et répondre aux besoins de l'utilisateur, ici et maintenant. La création de la Direction du programme de santé physique et de la cancérologie (DPSPC) et la mise en place du guichet d'oncologie pour le secteur ouest du Bas-Saint-Laurent pour compléter l'offre de service de la région sont des exemples de changements qui ont un impact sur les services offerts, les ressources humaines, financières, etc.

Les impacts de la pandémie de la COVID-19 sur les activités du CISSS du Bas-Saint-Laurent

- La vigie et la gestion des éclosions en soutien à domicile (SAD) incluant les communautés religieuses ainsi que dans la majorité des milieux de vie, dont les résidences privées pour aînés (RPA), les ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF) et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) pour un total de 140 milieux de vie.
- L'amélioration de la structure de l'équipe de dépistage ainsi que des outils de travail, pour les milieux de vie en CHSLD, en RPA, en RI et en SAD.
- La collaboration étroite aux activités de l'équipe de vaccination régionale pour toutes les clientèles vulnérables desservies par le programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).
- Le programme de prévention et d'activités de déconditionnement mis en place par l'ajout d'outils et de certaines ressources dont des kinésithérapeutes.
- La collaboration étroite concernant les agents en prévention et contrôle des infections (PCI) chez nos partenaires en RPA, en RI et en RTF.
- Le raffinement des outils de planification pour la gestion des éclosions, ainsi que des communications aux usagers, travailleurs et proches aidants.
- La poursuite des appels de prévention et de soutien en lien avec la pandémie de la COVID-19 pour les partenaires des différents milieux de vie.
- La gestion de l'organisation des services et la relocalisation de résidents en RPA, en RI et en RTF étant donné la fin des activités de plusieurs petits milieux de vie, conséquence directe de la pandémie et du manque de main-d'œuvre.
- Les travaux interdirections pour développer une trajectoire et une offre de service et de soutien à l'autogestion des symptômes pour les usagers atteints de la COVID-19 longue.
- L'implication importante de l'ensemble du personnel en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA) pour la gestion des vigies et des éclosions dans nos milieux de vie en faisant preuve d'imagination pour limiter les impacts psychologiques sur les enfants et les adolescents de ces milieux de vie.
- L'ouverture de différents sites non traditionnels sous la gouverne de la Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD). Ces sites ont permis d'accroître la fluidité dans un contexte de pandémie de la COVID-19 et s'adressent à tout type de clientèle.
- L'importante mobilisation médicale dans le cadre de l'offre populationnelle lors de la pandémie de la COVID-19.
- Le rôle actif des équipes du département de pharmacie dans toute la logistique reliée à la campagne de vaccination contre la COVID-19 (réception et distribution des vaccins sur le territoire, respect de la chaîne de froid, etc.).
- Les diverses présentations et conférences de presse du directeur de la santé publique concernant la pandémie de la COVID-19.
- La préparation des unités multiclientèles dans les installations périphériques pour l'accueil de patients atteints de la COVID-19.
- La mise en place de situations cliniques par les conseillères en soins infirmiers pour permettre au personnel d'intervenir adéquatement auprès de la clientèle atteinte de la COVID-19.
- L'ajustement du nombre de lits dans les unités de soins infirmiers en fonction de la demande des lits COVID-19 et l'ajustement des structures de soins infirmiers.
- La mise en place par la Direction des ressources financières des mesures de contrôle additionnelles et la révision de certains processus afin d'assurer l'admissibilité et la conformité des dépenses en lien avec les différents arrêtés ministériels et des redditions de comptes reliés à la COVID-19.
- L'embauche de 856 ressources temporaires au cours de l'année, par le biais de la plateforme nationale Je contribue, pour un total de 2 172 embauches depuis le début de la pandémie.
- La gestion de l'affectation des ressources humaines et la prise en charge des employés (le volet gestion de la présence intégrée au travail et le volet Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail) en lien avec la pandémie de la COVID-19.

- L'application des nombreux arrêtés ministériels en contexte d'urgence sanitaire incluant la gestion de toutes les primes et montants forfaitaires reliés à la pandémie de la COVID-19 et à l'attractivité des employés de la catégorie 1 (infirmières, infirmières auxiliaires et inhalothérapeutes).
- La mise en place de différentes structures afin de répondre, au plan informatique, aux besoins de la pandémie de la COVID-19 :
 - les centrales d'appels pour rendez-vous de dépistage et vaccination;
 - l'ajout de cliniques désignées de dépistage et d'évaluation (CDD et CDE);
 - l'informatisation de l'autocar Vacc-I-Express;
 - le déploiement d'unités mobiles pour la vaccination.
- La révision et le déploiement de plusieurs procédures par les équipes en hygiène et salubrité afin de faire face à la propagation du virus et circonscrire les éclosions. La formation du personnel et l'appui aux équipes contractuelles ont été un grand défi.
- Le soutien accru aux ressources intermédiaires (RI) et aux résidences privées pour aînés (RPA) lors d'éclosions afin de maintenir un milieu de vie sain et sécuritaire pour les aînés : équipements, denrées alimentaires et repas cuisinés, prêt de personnel, coaching en hygiène et salubrité, document de référence sur les bonnes pratiques lors d'éclosion.
- La conservation de l'ensemble des infrastructures réalisées étant donné la situation de la pandémie de la COVID-19. Il a été impossible de démanteler les installations temporaires et il a fallu s'adapter aux nombreux systèmes pour assurer la sécurité.
- La coordination des communications en lien avec la pandémie de la COVID-19 pour l'ensemble des RPA, des RI et des ressources de type familial (RTF) du Bas-Saint-Laurent :
 - la diffusion des directives ministérielles s'adressant aux différents milieux de vie et l'élaboration d'outils de soutien et d'accompagnement afin d'en faciliter l'appropriation;
 - la mise en place de mécanismes de communication accessibles et adaptés aux ressources et aux RPA;
 - la gestion des communications relatives aux mesures de soutien financier destinées aux exploitants et responsables de ressources de concert avec la Direction des ressources financières (DRF).
- La gestion dans un contexte d'augmentation importante du coût des produits et des aliments en même temps que plusieurs non-disponibilités de produits (baisse de la diversité).
- L'acquisition, la préparation, l'installation et la distribution de plus de 1 000 équipements médicaux en quelques semaines au début de la pandémie de la COVID-19, ce qui équivaut à notre volume annuel habituellement.
- La mise en place et le roulement opérationnel d'un entrepôt régional pour l'entreposage et la distribution des équipements de protection individuelle et de diverses fournitures reliées à la COVID-19.
- La logistique de commande, de réception, d'entreposage et de livraison du matériel pour les centres de vaccination, les cliniques désignées de dépistage (CDD) de masse de la COVID-19, auprès de nos partenaires.
- Le suivi des outils de communication et l'agilité des portiers dans la gestion des consignes de visites à appliquer au prétriage COVID-19 dans les centres hospitaliers.
- Le soutien aux maisons de soins palliatifs en pandémie de la COVID-19, par le prêt de personnel et la prévention des infections.



Les résultats au regard des cibles des ententes de gestion en lien avec le plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux

Les résultats au regard des cibles des ententes de gestion en lien avec le plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux

Légende

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

Objectif : Offrir un accès plus rapide aux services de première ligne

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
Pourcentage des Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille (1.09.27-PS)	89,97 %	★ 88,6 %	90 %
Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF (1.09.27.01-PS)	157 018	★ 158 420	159 645

Pourcentage des Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille (1.09.27-PS)

L'engagement de 90 % est presque atteint au 31 mars 2022. Nous notons toutefois que le pourcentage des personnes du Bas-Saint-Laurent inscrites auprès d'un médecin de famille a diminué légèrement au cours de la dernière année, passant de 89,97 % en 2020-2021 à 88,6 % en 2021-2022. Notre région se démarque positivement lorsque nous comparons notre résultat à celui pour l'ensemble du Québec qui atteint seulement 79,15 %. Notre engagement était également supérieur au taux établi pour le Québec à 84 %.

Les multiples éclosions de la COVID-19 depuis deux ans ont entraîné une réorganisation du travail et la création de services de garde supplémentaires. Malgré cette surcharge de travail, les médecins ont poursuivi leur prise en charge. L'arrivée de nouveaux médecins n'a pas permis de conserver un taux de prise en charge stable, car suite au départ de plusieurs médecins ayant un nombre très élevé de clientèles, les groupes de médecine de familiale (GMF) n'ont pas été en mesure de prendre toutes leurs clientèles.

Une nouvelle gouvernance de l'accès médical de première ligne a été mise en place. Cette nouvelle structure a permis d'ajouter des professionnels pour soutenir la mobilisation médicale et favoriser l'inscription de clientèle.

Le guichet d'accès à la première ligne (GAP) déployé depuis octobre 2020 permet aux patients orphelins (sans médecin de famille) du territoire d'obtenir une consultation ponctuelle avec un médecin de famille sur rendez-vous. Ce guichet d'accès à la première ligne permet de donner ainsi une réponse clinique aux patients orphelins. Nous avons reçu la confirmation de sa pérennisation. Environ 10 % des patients vus par les médecins, dans le cadre du guichet d'accès, sont pris en charge officiellement par le médecin lors de cette visite ponctuelle.

Tous les GMF du Bas-Saint-Laurent ont renouvelé avec le nouveau Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille. Ce nouveau programme prévoit quelques nouveautés, entre autres, l'accès populationnel. Pour avoir accès au financement pour soutenir cette nouvelle mesure, les GMF doivent s'engager auprès du Département régional de médecine générale (DRMG). L'entente GMF-DRMG précise le niveau d'offre populationnelle pour lequel le groupe s'engage. À ce jour, 10 des 12 GMF du territoire ont signé des ententes pour l'offre populationnelle.

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

L'engagement de 159645 est presque atteint au 31 mars 2022. Nous constatons que le nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF au Bas-Saint-Laurent a augmenté de 1402 personnes, passant de 157018 personnes en 2020-2021 à 158420 personnes en 2021-2022.

Les mêmes commentaires justificatifs que l'indicateur ci-dessus mentionné (1.09.27-PS) s'appliquent à celui-ci.

Objectif : Diminuer le temps d'attente à l'urgence

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire (1.09.16-PS)	86 minutes	☆ 114 minutes	86 minutes
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence (1.09.01-PS)	7,42 heures	★ 7,43 heures	7,4 heures

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

L'engagement de 86 minutes n'est pas atteint au 31 mars 2022. Nous observons une augmentation de 28 minutes du délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire, passant de 86 minutes en 2020-2021 à 114 minutes en 2021-2022.

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 58 minutes en dessous du résultat provincial. Notons également que l'engagement fixé au CISSS du Bas-Saint-Laurent était inférieur à la cible nationale de 24 minutes.

Au 31 mars 2020, nous avons un délai moyen de prise en charge médicale pour la clientèle ambulatoire de 112 minutes. Dans le contexte pandémique de 2020-2021, nous avons observé une diminution significative de l'achalandage dans nos urgences, ce qui a eu une influence sur notre délai moyen. L'engagement fixé en 2021-2022 a donc été en fonction du résultat obtenu en 2020-2021.

Les facteurs expliquant l'écart sont :

- Reprise de l'achalandage dans nos urgences;
- Manque de personnel qui a influencé la fluidité hospitalière;
- Augmentation du nombre de médecins dépanneurs.

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

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

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

Avec un écart de seulement 0,03 %, nous considérons l'engagement atteint au 31 mars 2022. Nous constatons une stabilité dans la durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence, soit une moyenne de 7,42 heures en 2020-2021 et de 7,43 heures en 2021-2022.

Notre engagement fixé à 7,4 heures est bien en deçà de la cible nationale du plan stratégique de 15 heures. En comparant notre résultat de 7,43 heures au résultat pour l'ensemble du Québec de 16,77 heures, notre établissement est en position très favorable ayant une durée moyenne sur civière inférieure à la donnée du Québec de 9,34 heures.

Les facteurs qui expliquent le résultat :

La capacité hospitalière, en termes de diminution de lits disponibles, le contexte pandémique et le retour de l'achalandage dans nos urgences ont eu des impacts importants sur nos délais sur civière. De plus, les problématiques reliées aux ressources humaines, influençant le nombre de lits disponibles dans nos différentes installations, ont continué de nuire à la fluidité de nos trajectoires et de ce fait, sur nos délais.

Cependant, les efforts déployés ont permis de maintenir une stabilité de notre durée moyenne de séjour pour la

clientèle sur civière. Certaines mesures ont été mises en place afin d'éviter une détérioration importante de nos résultats habituels :

- Gestion efficace des épisodes de soins en collaboration avec les différents acteurs impliqués;
- Gestion des 24 h à l'urgence en continu;
- Réorientation des priorités P4* et P5** selon les plages disponibles en groupes de médecine de famille (GMF) et en cliniques désignées d'évaluation (CDE);
- Transfert d'usagers vers des établissements ou installations périphériques en cas de débordement;
- Mise en place de triage (froid et tiède - chaud) pour prise en charge optimale de la clientèle en limitant le risque infectieux;
- Analyse de la durée moyenne de séjour (DMS) en continu;
- Formation obligatoire des infirmières d'urgence sur l'ETG (échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence).

La cote de priorité est établie selon les normes édictées par l'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (source : Le Protecteur du citoyen).

* Priorité 4 (P4) : vous ne devez pas nécessairement être pris en charge immédiatement (réaction allergique mineure).

** Priorité 5 (P5) : votre problème de santé est sans gravité et vous devriez plutôt être traité en clinique médicale ou en CLSC (gastro-entérite, signes d'infection urinaire).

Objectif : Améliorer l'accès aux services en santé mentale

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale (1.08.16-PS)	667	☆ 956	549

Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale (1.08.16-PS)

L'engagement de 549 personnes n'est pas atteint au 31 mars 2022. Nous remarquons une augmentation de 289 personnes en attente d'un service en santé mentale passant de 667 en 2020-2021 à 956 personnes en 2021-2022.

Nous observons une augmentation plus importante du nombre de personnes en attente chez les adultes, passant de 363 personnes en 2020-2021 à 615 personnes en 2021-2022. Pour le secteur jeunesse, cette augmentation est un peu moins importante passant de 304 personnes en 2020-2021 à 341 en 2021-2022.

Santé mentale adulte :

La détresse psychosociale en lien avec la pandémie a occasionné une augmentation des demandes d'aide en santé mentale adulte. Comparativement à 2020-2021, pour les secteurs de la communauté, c'est une augmentation des demandes de 25 % et, pour les secteurs des services spécialisés, une augmentation de 50 %.

Certaines mesures permettront d'améliorer la situation dans le futur :

- Mise en place d'une équipe d'intervenants psychosociaux à l'accueil-analyse-orientation-référence (AAOR) (811, option 2) afin d'offrir de l'intervention psychosociale court terme (suivi bref de 1, 2 ou 3 rencontres) aux usagers pour certaines problématiques;
- Mise en place d'une équipe d'intervenants psychosociaux afin d'intervenir auprès des usagers en attente d'une première consultation auprès d'un psychiatre.

Santé mentale jeunesse :

Le défi du Bas-Saint-Laurent demeure de desservir une plus grande proportion d'enfants dans les services en santé mentale spécifiques (CLSC) plutôt que ceux dans les services spécialisés (pédopsychiatrie).

Encore cette année, le contexte pandémique n'a pas été sans impact sur la détresse vécue par les enfants et les adolescents. La vulnérabilité et l'intensité des besoins d'aide sont grandissantes et provoquent davantage de crises. L'assiduité des jeunes et des familles s'est vue grandement réduite durant la pandémie et cela pour diverses raisons contextuelles. De plus, à certains moments de l'année, cela a eu des impacts sur la disponibilité de nos intervenants à être présents au travail.

Des travaux soutenus se sont poursuivis au cours de l'année afin d'améliorer l'accessibilité des services en santé mentale jeunesse en procédant à une diversification de l'offre de service et en instaurant l'approche des soins par étape. Nous avons particulièrement misé sur l'intervention de groupe en mode virtuel et sur l'intervention de courte durée. Nous continuons nos efforts pour déployer le Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM). Les résultats se sont améliorés dans les services en santé mentale en CLSC où nous avons débuté l'année avec 191 enfants en attente pour la terminer avec 163 enfants en attente. Le service de pédopsychiatrie de Rimouski présente un défi particulier où le nombre d'enfants en attente a bondi de 81 enfants à 138 enfants en attente. Cela s'explique notamment par l'absence de 2 pédopsychiatres sur 3. Pour le service de pédopsychiatrie de Rivière-du-Loup, nous avons en début d'année 32 enfants en attente et nous avons terminé l'année avec 40 enfants.

Objectif : Améliorer l'accès aux services en dépendance

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance (1.07.07-PS)	1 933	★ 1 944	1 935

Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance (1.07.07-PS)

L'engagement de 1935 personnes est dépassé au 31 mars 2022. Nous remarquons que le nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance est sensiblement le même que celui de l'année dernière passant de 1933 personnes en 2020-2021 à 1944 en 2021-2022.

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.

Objectif : Améliorer l'accès aux services spécialisés

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisé à l'intérieur des délais (priorités A, B, C, D, E) (1.09.49-PS) <i>A = 3 jours et moins</i> <i>B = 10 jours et moins</i> <i>C = 28 jours et moins</i> <i>D = 3 mois et moins</i> <i>E = 12 mois et moins</i>	61,8 %	☆ 51,2 %	80 %
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois (1.09.32.10-PS)	473	☆ 686	540
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours (1.09.33.01-PS)	56 %	☆ 62,8 %	75 %

Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisé à l'intérieur des délais (priorités A, B, C, D, E) (1.09.49-PS) A = 3 jours et moins / B = 10 jours et moins / C = 28 jours et moins / D = 3 mois et moins / E = 12 mois et moins

L'engagement de 80 % n'est pas atteint au 31 mars 2022. Nous constatons une diminution du résultat de cet indicateur de 10,6 % passant de 61,8 % en 2020-2021 à 51,2 % en 2021-2022. Si nous comparons nos données avec celles pour l'ensemble du Québec, notre engagement était un peu sous la cible nationale fixée à 82 % et notre résultat était inférieur de 11 % puisque le Québec atteint un taux de 62,2 %.

Notre région a un taux de nouvelles requêtes qui dépasse légèrement le pourcentage de population qu'elle représente. Ceci est en bonne partie dû aux références en provenance de la Gaspésie et que toutes les spécialités n'ont pas de Plan d'effectifs médicaux (PEM) pour compenser pour la clientèle gaspésienne. Ceci étant dit, l'impact de ce phénomène ne nous apparaît que léger sur les résultats globaux de notre Centre de répartition des demandes de services (CRDS).

Plusieurs facteurs expliquent notre résultat :

- Le logiciel MediVisit ne permet pas d'appliquer les critères selon les règles de l'accès établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dont le refus, la non-disponibilité et l'annulation de rendez-vous par les usagers. Ceci biaise donc toujours les résultats de façon négative et nuit à la gestion des listes d'attente par priorités établies;
- Certaines spécialités sont toujours en pénurie d'effectifs. Avec la reprise des activités au niveau chirurgical entre autres et au niveau des plateaux techniques qui avaient été délestés, la disponibilité médicale pour les consultations du CRDS est revenue au niveau prépandémique et le nombre de références est aussi revenu à un niveau comparable à la situation prépandémique de telle sorte que le pourcentage actuel est passablement semblable à celui de 2020;
- Certaines spécialités ont amorcé un rattrapage à la suite du recrutement, mais voient actuellement des consultations qui sont déjà hors délai, ce qui abaisse le pourcentage régional obtenu.

Certaines mesures sont mises en place pour améliorer la situation :

- Le plan de transition numérique, qui viendra aussi gérer la vétusté des applicatifs informatiques, nous permettra de rehausser ou de changer le logiciel de gestion des rendez-vous et ainsi mieux gérer l'absentéisme, les refus et les non-disponibilités. Nous anticipons une amélioration de près de 10 % de l'indicateur simplement avec ce rehaussement;
- Du recrutement surviendra en oto-rhino-laryngologie (ORL) (on anticipe 2 à 3 nouvelles recrues en cours d'année), en ophtalmologie (2 candidats de plus devraient se rajouter), en dermatologie, en endocrinologie et en gériatrie. Nous sommes aussi en pourparlers avec le CISSS de la Gaspésie pour une entente de service sur

des plans d'effectifs médicaux (PEM) réseaux en neurologie (pour un 2^e poste) et en gastro-entérologie. Ceci devrait aider à la productivité médicale pour la prochaine année;

- Des rencontres ont eu lieu avec différents chefs de départements et de services médicaux pour trouver des solutions qui permettraient une plus grande pertinence des consultations et une meilleure fluidité. Ces solutions sont en cours d'analyse, bien que la démarche ait été ralentie par la 5^e et la 6^e vague de COVID-19;
- Les mesures de pertinence de l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM) concernant certains centres de répartition des demandes de services (CRDS) pourront aussi être mises en application pour améliorer la performance;
- Une entente de service est survenue avec le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) pour les consultations A, B et C du CRDS en ORL et une autre entente pourrait être conclue prochainement avec le CISSS de Chaudière-Appalaches pour les consultations D et E du CRDS en ORL;
- L'épuration des consultations de priorité E, en attente de plus de 2 ans, sera aussi poursuivie. À la demande de nos omnipraticiens, nous n'avons pas amorcé d'épuration pour les consultations en attente depuis plus de 12 mois afin d'éviter que trop de consultations ne soient retournées aux médecins référents.

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

L'engagement fixé à 540 n'est pas atteint au 31 mars 2022. Nous observons une augmentation de 213 demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois, passant de 473 en 2020-2021 à 686 en 2021-2022. La même situation se reflète pour l'ensemble du Québec puisque la cible nationale était de 42 000 demandes de chirurgies en attente et que le résultat est de 55 476 demandes.

L'augmentation du nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois est justifiée par les enjeux reliés à la pandémie. En effet, le délestage important du personnel dans nos installations a créé du retard dans nos activités chirurgicales. De plus, les priorités opératoires ont été attribuées aux chirurgies urgentes et oncologiques.

Les enjeux de prévention et de contrôle des infections (PCI) et de ressources humaines (RH) découlant de la pandémie ont également affecté la disponibilité des lits en courte durée à la baisse, ce qui a ajouté une pression supplémentaire sur notre capacité à réaliser des chirurgies nécessitant un séjour hospitalier en courte durée.

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

- Agilité pour la reprise des activités chirurgicales, dès que possible, selon les ressources disponibles;
- Rigueur importante dans la gestion des listes d'attente et validation hebdomadaire avec les chefs de département;
- Mise en place du comité de coordination pour la gestion des listes d'attente;
- Suivi quotidien des durées moyennes de séjour (DMS) en chirurgie à la demande du MSSS;
- Développement/déplacement des activités vers les blocs opératoires des centres périphériques.

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

L'engagement de 75 % n'est pas atteint au 31 mars 2022. Toutefois, nous constatons une amélioration de 6,8 % du pourcentage de patients traités par chirurgies oncologiques dans le délai inférieur ou égal à 28 jours, passant de 56 % en 2020-2021 à 62,8 % en 2021-2022. Bien que cette donnée soit en dessous de l'engagement 2021-2022, elle représente une amélioration pour notre région.

La cible fixée pour l'ensemble du Québec était légèrement inférieure à notre engagement, soit 73 %. En comparant notre résultat avec celui du Québec (59,3 %), l'établissement demeure en bonne position ayant un pourcentage supérieur au résultat national de 3,5 %.

Malgré la priorisation des cas oncologiques, le contexte pandémique a tout de même affecté la performance des activités de chirurgie oncologique. De plus, tout comme l'indicateur précédent sur le nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois (1.09.32.10-PS), les enjeux de prévention et de contrôle des infections (PCI) et de ressources humaines (RH) découlant de la pandémie ont également affecté la disponibilité

des lits en courte durée à la baisse ce qui a ajouté une pression supplémentaire sur notre capacité chirurgicale globale.

Les facteurs expliquant l'écart sont :

- Pénurie de certains spécialistes notamment en ORL et urologie;
- Manque de personnel réduisant les activités chirurgicales pour certains blocs opératoires et la disponibilité des lits;
- Contexte pandémique (délestage, mesure de prévention et de contrôle des infections).

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

- Vérification hebdomadaire des cas en liste d'attente avec les chefs de département;
- Identification et validation des cas de cancer par les comités en place;
- Recrutement.

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
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 (1.47-PS)	619	★ 704	625

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 (1.47-PS)

Nous observons une augmentation de 85 places en services résidentiels pour l'année 2021-2022, passant de 619 places en 2020-2021 à 704 places en 2021-2022. Cette augmentation nous a permis de dépasser notre engagement annuel fixé à 625 places.

Considérant que la population bas-laurentienne représente 2,3 % de la population du Québec, le nombre de places au Bas-Saint-Laurent en services résidentiels 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 4,21 % de ces places au Québec.

L'augmentation du résultat s'explique par l'ajout en 2021-2022 de la comptabilisation dans cet indicateur de 44 places en ressources non institutionnelles (RNI) sous l'article 108 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) et de 52 places en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupées par des usagers avec un profil DI, TSA ou DP, mais sans profil gériatrique. De plus, on dénombre la fermeture de 6 places en ressources à assistance continue (RAC) et de 5 places en ressources intermédiaires (RI) et en ressources de types familiales (RTF).

Objectif : Augmenter les services de soutien à domicile

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile (1.03.05.06-PS)	19 608	★ 14 924	14 809
Nombre total d'heures de service de soutien à domicile (1.03.05.05-PS)	806 976	★ 976 151	796 068

Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile (1.03.05.06-PS)

L'engagement est atteint au 31 mars 2022. Nous remarquons une diminution du nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile passant de 19608 personnes en 2020-2021 à 14924 personnes en 2021-2022. Malgré cette diminution, le résultat obtenu en 2021-2022 nous permet d'atteindre l'engagement annuel fixé à 14809.

Le résultat de 2020-2021 était supérieur à celui de 2021-2022, car en début de pandémie, avec les mesures sanitaires en vigueur qui contraignaient les 70 ans et plus à éviter les services ambulatoires, le soutien à domicile (SAD) a dû répondre rapidement à une expansion de demandes pour rendre les soins et les services à domicile. L'année 2021-2022 est qualifiée de retour à la normale avec une réponse à la population cible du SAD. Chaque année, le MSSS demande aux établissements de desservir la population âgée qui est en croissance continue. Les résultats démontrent que le SAD du CISSS du Bas-Saint-Laurent répond à cet accroissement.

Nombre total d'heures de service de soutien à domicile (1.03.05.05-PS)

L'engagement de 796068 heures est largement dépassé au 31 mars 2022. Nous constatons une importante augmentation du nombre total d'heures de service de soutien à domicile pour l'année 2021-2022, soit une augmentation de près de 21 % passant de 806976 heures en 2020-2021 à 976151 heures en 2021-2022.

Cet indicateur démontre l'intensité des services rendus. Encore une fois, l'équipe du SAD adapte son offre de service pour répondre à la population qui vit une perte d'autonomie en bonifiant les heures de services rendus. Par ailleurs, le contexte pandémique et particulièrement les vagues 3 et 4, plus marquées auprès de notre population, ont contribué à déployer une nouvelle offre de service pour le suivi de la COVID-19 à domicile, mais également dans les résidences privées pour aînés (RPA) et les ressources intermédiaires (RI). Ceci contribue à expliquer la croissance importante des heures de service du SAD.

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

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt (1.06.20-PS)	N/A	★ 193	91
Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse (1.06.04-PS)	19,58 jours	★ 13,46 jours	15
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 (1.01.28-PS)	85,9 %	★ 82,7 %	90 %

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

L'engagement est largement dépassé au 31 mars 2022. Pour ce nouvel indicateur mis en place en 2021-2022, nous observons un résultat de 193 enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme numérique Agir tôt. Considérant que la plateforme Agir tôt a été déployée en octobre 2021 pour notre établissement, ce résultat est très appréciable.

Les résultats obtenus au Bas-Saint-Laurent démontrent la tendance observée dans l'ensemble des régions du Québec. Toutefois, il faut être prudent dans l'interprétation des résultats, car les cibles pour 2021-2022 étaient conservatrices afin de permettre aux établissements de s'approprier l'utilisation de la plateforme numérique.

Afin de faire connaître le service de dépistage Agir tôt, un plan de communication a été élaboré pour informer les équipes concernées ainsi que nos partenaires en petite enfance (services de garde éducatifs à l'enfance, milieux scolaires, organismes communautaires, Communauté ouverte et solidaire pour un monde outillé, scolarisé et en santé [COSMOSS]). Ayant en main les informations nécessaires pour accompagner les parents vers ce service, les personnes ayant des préoccupations concernant le développement d'un enfant ont pu les référer vers ce nouveau service qui a suscité un grand intérêt pour toutes les personnes ayant à cœur le développement de l'enfant.

De plus, 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). Par ce fait, les arrimages sont simplifiés et la mise en place du service de dépistage Agir tôt a été grandement avantagée par cette trajectoire. Les parents ont alors pu être orientés simplement vers ce nouveau service lorsque ce dernier correspondait aux besoins identifiés.

La cible pour 2021-2022 a été atteinte rapidement. Pour 2022-2023, la cible à atteindre est plus élevée et nul doute que nous l'atteindrons, car les demandes sont nombreuses. Actuellement, l'enjeu vécu est le nombre de demandes reçues versus la capacité organisationnelle de les traiter dans un délai raisonnable. Nous avons établi des mécanismes nous permettant de nous assurer que les besoins prioritaires et complexes des enfants concernés soient répondus rapidement afin d'éviter que les écarts développementaux observés s'accroissent.

Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse (1.06.04-PS)

L'engagement de 15 jours est atteint au 31 mars 2022. Nous observons une amélioration de 6,12 jours du délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse, passant de 19,58 jours en 2020-2021 à 13,46 jours en 2021-2022.

La région du Bas-Saint-Laurent se démarque également au niveau national en ayant un délai moyen d'attente parmi les plus bas observés. La cible pour l'ensemble du Québec était de 21,44 jours et le résultat obtenu par les établissements est de 33,52 jours.

Malgré un contexte de pénurie de main-d'œuvre et d'absences temporaires dues à la pandémie, nous avons été en mesure d'améliorer le délai moyen d'attente à l'évaluation. La baisse des signalements retenus à la centrale des signalements pour fin d'évaluation explique en partie l'amélioration des délais. En effet, 882 dossiers en 2021-2022 ont été retenus comparativement à 1 009 en 2020-2021.

Diverses stratégies et actions sont actuellement mises en place afin de maintenir un accès efficace, notamment l'augmentation de vérifications complémentaires terrain lors de la réception d'un signalement ainsi que la diversification des titres d'emploi.

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 (1.01.28-PS)

L'engagement de 90 % n'est pas atteint au 31 mars 2022. Nous constatons une diminution du résultat obtenu pour cet indicateur passant de 85,9 % en 2020-2021 à 82,7 % en 2021-2022.

Bien que nous n'atteignons pas la cible et que notre résultat a diminué, celui-ci est supérieur au taux pour l'ensemble du Québec qui est de 78,2 %.

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).

- Le contexte et les facteurs qui expliquent le résultat :
- Le contexte de la COVID-19 a contraint de libérer le personnel infirmier;
- Les horaires réguliers 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);
- Des parents ont dû annuler en raison de la COVID-19 ou pour d'autres raisons et il est difficile de replacer un autre rendez-vous avant la fin des 14 jours.

Plusieurs mesures mises en place pour améliorer la situation :

- Pour l'an prochain, avec le ralentissement au niveau de la COVID-19, des interventions au sein des équipes locales seront réalisées afin de mettre à contribution les agentes administratives pour le déplacement des rendez-vous à l'intérieur du délai de 14 jours;
- Échange entre la DSPu et la DPJ-PJe concernant les actions de vigilance à adopter en vue d'atteindre la cible pour la prochaine année financière;
- Communication prévue auprès des équipes de vaccination afin de cibler les interventions à mettre en place et d'améliorer le processus pour l'atteinte du résultat attendu;
- Reprise des travaux de l'offre de service de base en vaccination mis sur pause en raison de la COVID-19 en collaboration avec la DPJ-PJe.

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

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne (1.09.51-PS)	N/A	★ 33	34

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

L'engagement est atteint au 31 mars 2022. Toutes les cliniques médicales sont actuellement branchées à une solution informatique favorisant une prise de rendez-vous en première ligne. Même si l'engagement a été fixé à 34 cliniques médicales, nous avons un total de 33 cliniques dans le Bas-Saint-Laurent.

Il est important de souligner l'excellente collaboration de l'ensemble des cliniques.

Objectif : Améliorer la disponibilité du personnel

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante (3.06.00-PS)	N/D	☆ 3,62 %	1,91 %
Ratio de présence au travail (3.05.03-PS)	91,99 %	★ 91,12 %	91,99 %

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

L'engagement de 1,91 % n'est pas atteint au 31 mars 2022. Nous observons un taux de recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) de 3,62 % en 2021-2022.

En comparant nos données avec celles pour l'ensemble du Québec, nous constatons que notre cible (1,91 %) était plus basse que celle du Québec (2,27 %). En ce qui concerne les résultats, l'inverse se produit, car notre établissement présente un taux supérieur à celui obtenu pour l'ensemble du Québec qui lui se situe à 2,98 %.

Toutefois, en contrepartie, nous constatons que nos données pour le temps supplémentaire et le temps supplémentaire obligatoire ainsi que l'assurance salaire sont sous la moyenne provinciale.

Le contexte et les facteurs qui expliquent le résultat :

- Le contexte de la pandémie (près de 3500 [38 %] des membres du personnel ont été infectés) ainsi qu'un nombre de surplus élevé dans plusieurs directions principalement en lien avec la COVID-19;
- Depuis septembre 2019, les investissements se poursuivent et la dernière année ne fait pas exception. Jusqu'à ce jour, 427 postes ont été ainsi créés, excluant les maisons des aînés et maisons alternatives (MDA-MA) pour lesquelles un affichage partiel de 150 postes a été réalisé en avril dernier.

Les actions en cours et à venir pour réduire la MOI sont les suivantes :

- Projet pilote dans 2 réseaux locaux de services (RLS) pour processus de confection d'horaires et optimisation des ressources humaines (RH). Le projet devrait être déployé dans les autres RLS à partir de l'automne;
- Obligation pour les gestionnaires de faire des demandes écrites pour obtenir de la MOI avec copie conforme à leur directeur qui doit assurer la vigie;

- Comité de travail sur la MOI et comité optimisation (rencontres aux 3 semaines);
- Cibles de réduction de la MOI par direction pour l'année 2022-2023;
- Projet «Expérience-employé» accueil et rétention dans la salle de pilotage stratégique;
- 3 projets d'autogestion des horaires dans le cadre de la lettre d'entente n° 9 avec la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ);
- Projet pilote d'autogestion en cours d'horaire pour 2 CHSLD et en déploiement pour d'autres secteurs dans des directions cliniques;
- Réorganisation à la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) pour créer un poste au service des activités de remplacement;
- Démarches avec les maisons d'enseignement : projet IDHC (infirmières et infirmiers diplômés hors Canada) avec 2 cégeps pour un total de 40 étudiants, formation accélérée SASI (santé, assistance et soins infirmiers) (46 boursiers), projet AA (agentes administratives classe 3, catégorie 3 - syndicat CSN) pour 79 boursiers pour soutenir des professionnels;
- Embauche de près de 2000 nouveaux employés;
- Cohorte avec Recrutement Santé Québec (RSQ) en cours;
- Surdotation dans plusieurs services;
- Rehaussement des postes complétés selon la lettre d'entente n° 3 de la convention collective de la catégorie 1 - syndicat FIQ.

Ratio de présence au travail (3.05.03-PS)

L'engagement de 91,99 % est presque atteint au 31 mars 2022. Nous notons une petite diminution de 0,87 % du ratio de présence au travail, passant de 91,99 % en 2020-2021 à 91,12 % en 2021-2022.

Notre résultat est toutefois plus élevé que celui pour l'ensemble du Québec qui atteint pour sa part 89,77 %. De plus, notre cible de présence au travail était également supérieure à celle du Québec fixée à 89,27 %.

Le contexte de la pandémie, les nombreux congés de maternité et les retraits préventifs ont fait diminuer légèrement notre moyenne. 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 soutien pour les retours au travail, de prévention et de gestion afin de maintenir le cap sur la présence au travail. Ces efforts nous ont permis de maintenir un excellent taux de présence au travail.

Le projet accueil et rétention devrait améliorer notre résultat au cours de la prochaine année.

Objectif : Contenir la transmission de la COVID-19 au sein de la population québécoise.

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
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 (1.01.34-PS)	N/D	★ 85,17%	85 %
Délai entre la création d'un cycle de cas et d'un cycle de contact communautaire à risque modéré (1.01.35-PS)	20 heures	★ 6 heures	48 heures

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 (1.01.34-PS)

L'engagement de 85 % en 2021-2022 a été atteint. Nous observons un résultat de 85,17 % pour ce nouvel indicateur mis en place en 2021-2022. La cible nationale était la même à 85 % et le résultat pour l'ensemble du Québec est semblable au nôtre avec un taux de 85,40 %.

Les moyens technologiques disponibles localement pour les dépistages de la COVID-19 par PCR (*polymerase chain reaction*) permettent de desservir et 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, de petits analyseurs par PCR ont également été déployés directement dans les cliniques de dépistage (CDD) assurant un délai exemplaire pour nos travailleurs de la santé symptomatiques.

Les périodes de décembre 2021 et de janvier 2022 ont été d'une grande intensité. Toutefois, afin de minimiser les impacts sur le délai de réponse, la priorisation des échantillons des clientèles permet de garder un délai de réponse inférieur à 24 heures de façon spécifique tout en gardant un certain contrôle des éclosions en milieu de soins et chez nos travailleurs.

Délai entre la création d'un cycle de cas et d'un cycle de contact communautaire à risque modéré (1.01.35-PS)

L'engagement 2021-2022 de moins de 48 heures est largement dépassé. Nous constatons une belle amélioration puisque le *résultat obtenu* en 2020-2021 était de 20 heures et celui en 2021-2022 est de 6 heures.

La Direction de la santé publique (DSPu) a tout mis en œuvre pour répondre dans un délai fort appréciable de 6 heures en comparaison avec l'ensemble du Québec dont le résultat est de 37 heures. La cible du Québec est également de moins de 48 heures.

Quelques facteurs viennent expliquer notre résultat :

- Mobilisation de l'ensemble du personnel de la DSPu, des membres des autres équipes du CISSS du Bas-Saint-Laurent et l'ajout des ressources de la plateforme Je contribue;
- Mise en place de processus d'amélioration continue (ex. : prise de contact rapide avec tous les contacts de cas afin de diminuer la contagiosité, mécanismes de suivi des cas et des contacts, etc.).

Objectif : Augmenter la couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge (1.01.36-PS)	N/D	★ 88,99 %	80 %

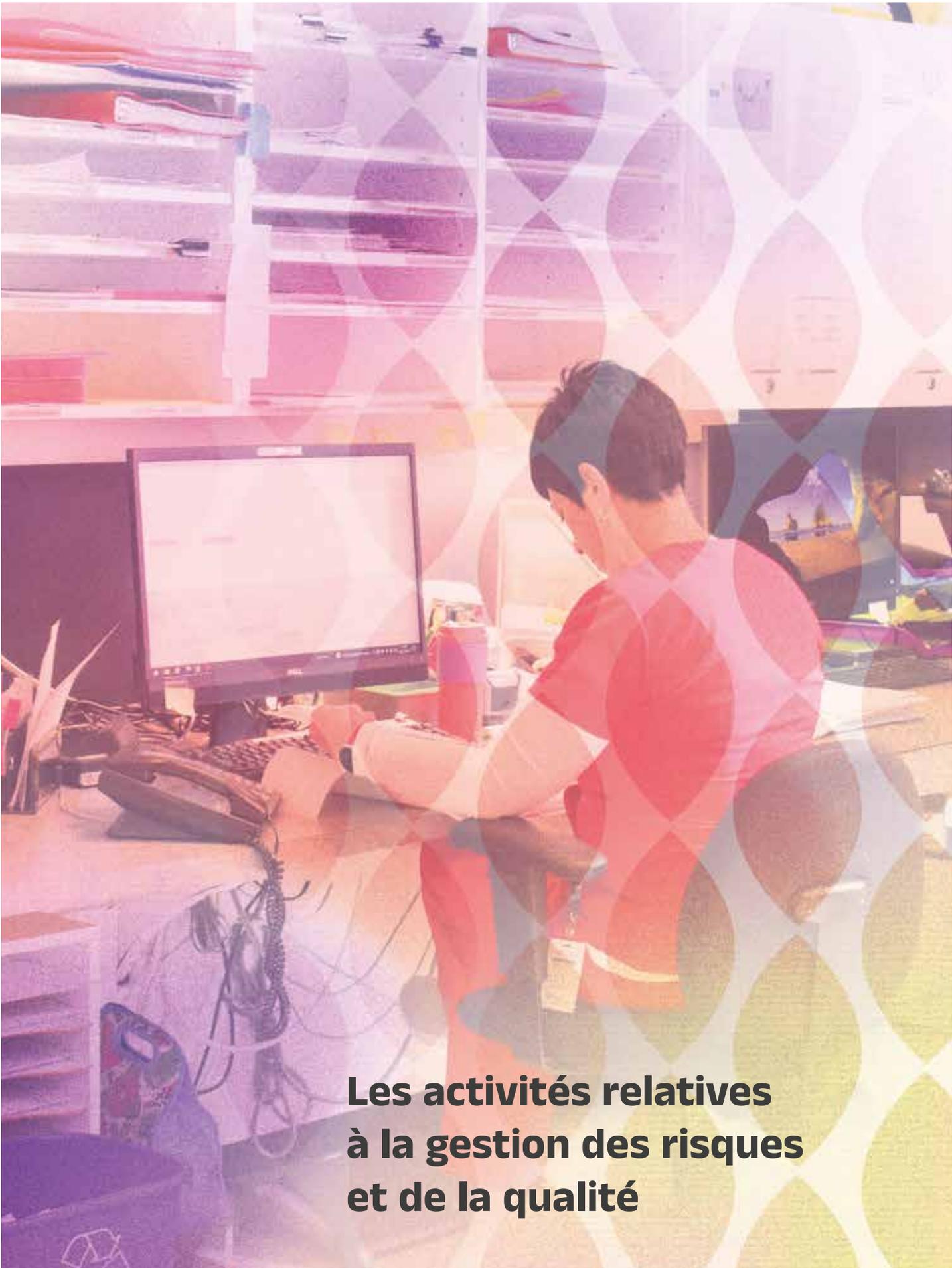
Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge (1.01.36-PS)

L'engagement de 80 % pour 2021-2022 est largement dépassé. Nous sommes très fiers du résultat de 88,99 % obtenu pour cet indicateur mis en place en 2021-2022. Notre résultat est supérieur de 8,99 % à l'engagement fixé.

La cible pour l'ensemble du Québec était identique à 80 % et le résultat obtenu au niveau national est de 90,33 %, soit 1,34 % au-dessus du résultat pour le Bas-Saint-Laurent.

Voici les principaux facteurs qui expliquent le résultat obtenu :

- Offre de vaccination présente dans nos 8 territoires de MRC (municipalités régionales de comté);
- Plusieurs cliniques mobiles ont été réalisées afin de rendre accessible la vaccination aux citoyens vivant dans les municipalités les plus éloignées de nos sites de vaccination.



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

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

L'agrément

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a maintenu son statut « agréé » pour l'année 2021-2022. La pandémie de la COVID-19 est venue bousculer les échéanciers de certaines étapes dans le processus d'Agrément Canada.

Les suites apportées aux recommandations

- Le dépôt de preuves complémentaires le 8 juillet 2021 et le 24 janvier 2022 en lien avec les séquences 1 et 2 du processus d'Agrément Canada. Sur les 13 preuves attendues, 12 ont été acceptées. Une seule preuve nécessite toujours des informations complémentaires. L'échéancier de ce suivi n'a pas encore été transmis par Agrément Canada.
- La visite d'Agrément Canada dans les secteurs de la santé physique et des services généraux a été reportée à la semaine du 11 septembre 2022. Le soutien et l'accompagnement des différentes directions dans le déploiement des pratiques organisationnelles requises de la démarche d'agrément ainsi que dans l'actualisation des plans d'amélioration se sont maintenus.
- La préparation de la démarche d'agrément visant la réalisation de trois sondages (sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers, sondage sur la mobilisation et sondage Pulse pour les médecins) du 4 au 29 avril 2022.
- L'accréditation des laboratoires Outilab de la grappe de services Bas-Saint-Laurent – Gaspésie :
 - Le processus d'évaluation initiale des laboratoires a eu lieu à l'automne 2021. Le centre serveur ainsi que le secteur de la biochimie des laboratoires du Bas-St-Laurent de la grappe de services Bas-Saint-Laurent – Gaspésie ont été évalués. Le processus d'évaluation des laboratoires par le Bureau de normalisation du Québec se poursuivra à l'hiver 2023.

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 intérim.
- La formation des employés ciblés dans le programme de relève des cadres du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- La formation aux employés et gestionnaires sur la déclaration et l'utilisation du rapport de déclaration des incidents et accidents.

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	474	27,6 %	3,3 %
Tests de laboratoire	286	16,7 %	2 %
Retraitement des dispositifs médicaux	236	13,7 %	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	4 990	43,6 %	34,9 %
Erreurs de médicaments	3 118	27,2 %	21,8 %
Tests de laboratoire	4 990	43,6 %	34,9 %

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'incident et accident et la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

Le comité stratégique sur la sécurité des soins et des services qui avait comme mandat de mettre en action et de faire le suivi d'un plan d'action visant à améliorer la sécurité des soins et des services a été dissous en novembre 2021. Depuis, le rôle et les responsabilités de ce comité sont assumés par le comité de gestion des risques.

Sur les quatre rencontres prévues à l'agenda, trois rencontres virtuelles ont été tenues au cours de l'année et une rencontre a été annulée étant donné le contexte pandémique. Les principaux sujets traités sont les suivants :

- L'analyse des statistiques :
 - le bilan des incidents et accidents;
 - le suivi des recommandations des événements sentinelles;
 - la surveillance des infections nosocomiales;
 - le bilan des éclosions;
 - le suivi du dossier influenza;
 - les résultats des audits d'hygiène des mains.
- Le transfert d'informations aux équipes de soins;
- L'orientation de l'équipe en gestion des risques;
- Les rapports d'incident et accident transfusionnel dans les laboratoires;
- La planification 2021-2022 en gestion des risques et éthique clinique;
- L'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) de Rimouski;
- Les conséquences graves dans les ressources non institutionnelles (RNI);
- Les retards dans le processus de déclarations des incidents et accidents en gestion des risques;
- La diminution des déclarations en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- La collaboration avec le comité d'évaluation de l'acte médical au sein du comité;
- Le suivi d'un événement code bleu survenu dans une installation de Rivière-du-Loup.

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

- 2021-2022 : 15 041
- 2020-2021 : 16 969
- variation : - 11,36 %

Les principaux risques d'incident et d'accident identifiés

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

- chutes : 5 775
- médicaments : 4 004

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

- procédé à l'enquête et à l'élaboration de 74 rapports d'événements sentinelles, dont 47 % ont nécessité des recommandations (12 événements sentinelles sont en cours d'analyse);
- soumis 52 recommandations au comité de gestion des risques.

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

Suivi des indicateurs du comité

Indicateurs de suivi	Résultats départ 2015-2016	Résultats 2018-2019	Résultats 2019-2020	Résultat 2020-2021	Résultat 2021- 2022*
Nombre d'accidents / année ayant contribué au décès	22	26	25	29	19
Nombre d'événements sentinelles avec recommandations à la suite d'un décès	10	12	11	9	4**
Nombre d'accidents / année à conséquence grave	82	75	82	68	71
Nombre de chutes par année	5 469	5 609	5 747	5 640	5364
Nombre d'erreurs de médicaments	5 188	4 732	4 562	4 296	3 850

*extraction de la base de données du 8 avril 2022

**6 événements sentinelles dont l'analyse est en cours

La surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (PCI)

- La présentation des taux d'hygiène des mains à divers comités et instances (comité de gestion des risques, comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers, comité des usagers, etc.) ainsi que la remise de certificats d'excellence de l'hygiène des mains.
- La consolidation de l'équipe PCI par :
 - le développement de cinq postes équivalents temps complet de conseillères en PCI;
 - la poursuite du mandat du coordonnateur et des 14 agents PCI temporaires dans le contexte de la COVID-19 pour soutenir les exploitants, accompagner et former en PCI les travailleurs qui exercent dans les milieux non institutionnels du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA);
 - la mise en place de garde 24 h/7 jours pour soutenir les équipes cliniques.
- La formation - employés formés en PCI :
 - 16 employés formés comme équipe d'intervention dans nos différents milieux de soins (toutes les directions cliniques);

- 38 champions en PCI formés dans les centres d’hébergement et de soins de longue durée et centres hospitaliers.
- la formation PCI donnée aux équipes ambulancières de la région.
- Le développement des pratiques et d’outils par :
 - des rencontres hebdomadaires avec les équipes de la gestion de la présence intégrée au travail, des communications et des approvisionnements pour élaborer et déployer des campagnes de promotion des pratiques exemplaires en contexte de COVID-19 (surveillance des symptômes, rappels des mesures de PCI, port des équipements de protection individuelle, etc.);
 - le déploiement de divers outils de collaboration et de suivi (tableau de suivi des cas, aide-mémoire, etc.);
 - la participation à de nombreux comités de travail concernant la COVID-19 (N95, visites de vigie en CHSLD, trajectoires de soins et services, mesures de PCI dans les divers milieux de soins (jeunesse, cliniques médicales, vaccination, cliniques de dépistage, soutien à domicile, hygiène et salubrité, etc.) et le projet de déploiement de chambres individuelles à pression négative, etc.);
 - la création d’outils de formation divers (vidéo pour le port et le retrait des équipements de protection individuelle, PowerPoint narré pour la formation sur les mesures de PCI lors des travaux de construction, etc.);
 - le déploiement d’un outil de communication régional et local *Flash PCI* afin d’informer l’ensemble de l’organisation sur les dossiers et enjeux PCI;
 - la réalisation d’audits sur diverses pratiques en PCI et la collaboration au rapport d’amélioration de l’Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec.
- Le suivi des vigies et éclosions de COVID-19 dans les milieux de soins et de vie dans la communauté :
 - 323 vigies;
 - 205 éclosions.

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 patients peuvent être des sources de contamination.

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

Les actions quant à l’application des mesures de contrôle (contentions) des usagers sont les mêmes qu’en 2020-2021 considérant le contexte pandémique.

- Le registre compilant les contentions utilisées et permettant le suivi statistique de l’utilisation des mesures de contrôle chez la clientèle est en projet pilote avec deux directions cliniques au CISSS du Bas-Saint-Laurent, la Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD) et la Direction des soins infirmiers (DSI).
 - Suivi au comité de gestion des risques en lien avec les statistiques des mesures de contrôle utilisées chez la clientèle à la DPSMD ainsi qu’à la DSI.

Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité à la suite des recommandations formulée 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 liés aux insatisfactions tout comme ceux liés 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.

Aperçu des thématiques abordées par les recommandations

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

- la mise à jour des trajectoires de gestion des insatisfactions;
- la création d'outils de promotion et d'amélioration des situations de maltraitance (A3);
- la révision des rôles et responsabilités des agentes administratives lors de l'accueil des insatisfactions;
- la standardisation des méthodes de rédaction aux plaignants;
- les ajustements du tableau de bord du comité de direction afin d'être proactif dans les réponses sur la mise en œuvre des recommandations et engagements de l'établissement.

Le comité de vigilance et de la qualité s'est assuré qu'un suivi soit apporté aux recommandations et aux engagements de l'établissement.

Résumé ou 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 en RPA	Collaborer à la mise en place d'un caucus clinique afin d'améliorer la collaboration et la communication avec le CISSS du Bas-Saint-Laurent.	Un caucus a été introduit afin d'améliorer les communications et les arrimages cliniques.
Plainte	Soins et services dispensés en centre hospitalier	Introduire un mécanisme de vérification avant la chirurgie de la cataracte afin de s'assurer que la lentille soit disponible dans l'établissement lorsque l'utilisateur se présente pour ladite chirurgie.	Un double mécanisme de vérification a été introduit, soit lors de la commande de la lentille et à la conception du programme opératoire.

Types de dossier	Motifs	Recommandations	Mesures mises en place
Plainte	Accessibilité	Produire un écrit expliquant votre situation, le fonctionnement du service de réadaptation, votre rang ainsi que les consignes à respecter afin que vous et les professionnels puissiez œuvrer en partenariat.	Une lettre a été adressée à l'utilisateur par le gestionnaire et des explications complémentaires ont été données par un intervenant.
Plainte	Soins et services dispensés en CHSLD	En rencontre multidisciplinaire (incluant le médecin de famille), procéder à une évaluation complète, mettre à jour le plan d'intervention, présenter ce plan à l'utilisateur en lui proposant d'être accompagné et établir les responsabilités respectives.	Une rencontre multidisciplinaire s'est tenue et le plan d'intervention a été ajusté en compagnie de l'utilisateur.
Plainte	Confidentialité	Effectuer un rappel, particulièrement au personnel clinique, sur l'importance de maintenir la confidentialité lors de la consultation d'un dossier d'utilisateur.	L'établissement a effectué une campagne de sensibilisation dans la revue du CISSS du Bas-Saint-Laurent et a envoyé une communication par courriel à tous les utilisateurs

Liste des 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 analysé, en 2^e instance, 29 dossiers pour lesquels 3 ont nécessité des recommandations qui sont présentées dans le tableau ci-dessous.

	Recommandations du Protecteur du citoyen	Réalisation par l'établissement avec acceptation du Protecteur du citoyen
1	R-1 : Rembourser la facture qui a été acquittée par le représentant de feu l'usager pour la réservation d'une place en ressource intermédiaire.	L'établissement a effectué le remboursement auprès du représentant.
	R-2 : Informer le personnel concerné qu'il n'est pas possible de réclamer un montant pour la réservation d'une place en ressource intermédiaire.	L'établissement a effectué une communication afin de ne plus facturer l'usager lorsqu'il est en attente d'une place en ressource intermédiaire.
2	Identifier à l'hôpital d'Amqui des personnes répondantes par quart de travail, tant à l'unité de soins multicientèles qu'à l'urgence, relativement au code blanc afin de s'assurer qu'en tout temps des personnes dûment formées soient familières avec l'application de cette procédure.	Une note de service de l'établissement expliquant les nouvelles modalités d'assignation des employés au code blanc a été adressée.
3	R-1 : Mettre en place des communications cliniques en présence de la représentante légale du résident et des membres de l'équipe soignante et de l'encadrement du centre afin de favoriser des échanges constructifs sur les soins fournis au résident.	Une rencontre de suivi clinique a été tenue avec la représentante légale et la sœur de l'usager, l'équipe de soins et la gestionnaire responsable de l'établissement.
	R-2 : Tenir une rencontre de divulgation en présence de la représentante légale du résident à la suite de l'accident survenu le 6 septembre 2020.	Cette rencontre a été complétée le 9 novembre 2021, auprès de la représentante légale et de la sœur, par la gestionnaire responsable de l'établissement, accompagnée de l'infirmière au dossier de l'usager. Par la suite, une note détaillée a été rédigée et placée au dossier du résident.

Coroner

Le tableau de suivi des recommandations provenant des rapports d'investigation du Bureau du coroner a été présenté aux membres du comité de vigilance et de la qualité. Notre établissement n'a reçu aucun nouveau rapport en 2021-2022.

Au 1^{er} avril 2021, deux rapports du coroner, reçus au cours de l'année 2019-2020, demeuraient en suivi actif :

- Un dossier a été complété en 2021-2022;
- Un dossier demeure toujours actif au 31 mars 2022. La pandémie de la COVID-19 nous a obligés à reporter certains échéanciers prévus.

Certaines actions planifiées dans les plans d'action ont été adaptées au contexte épidémiologique selon les différentes mesures sanitaires imposées et appropriées.

Liste des recommandations du coroner adressées à l'établissement et résumé des mesures mises en place pour donner suite à ces recommandations

Dossiers qui ont été complétés en 2021-2022

Recommandations	Mesures mises en place
<p>Poursuivre et intensifier ses efforts dans le but d'améliorer la formation, les outils et le soutien offerts aux résidences privées pour aînés (RPA) pour l'élaboration et la mise en place d'un programme de prévention et de gestion des chutes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'adoption du programme de prévention des chutes et le déploiement de différents outils (guide et algorithme); • Un rappel des interventions à faire, en cas de chute, lors des rencontres cliniques (CISSS et RPA); • Une démarche spécifique de validation des connaissances et de la compréhension des outils auprès de la RPA concernée.
<p>Poursuivre et intensifier ses efforts dans le but d'améliorer le soutien aux RPA pour l'élaboration et la mise en place d'un programme d'intégration des nouveaux employés, et ce, afin d'assurer la sécurité des résidents et de réduire les risques de chutes.</p>	<p>La révision du programme d'accueil et d'intégration à la tâche des employés de la résidence, destiné aux exploitants de RPA.</p>
<p>Mettre en place un comité entre RPA et représentants du CISSS du Bas-Saint-Laurent afin d'améliorer la communication, de mieux soutenir les RPA et d'assurer la sécurité des résidents, notamment en matière de prévention et de gestion des cas de chute.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des modalités de soutien et de communication sont en place entre l'établissement et les RPA afin d'assurer globalement la sécurité des résidents : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Bulletin d'information <i>Le Repère</i>; ➢ Conférences téléphoniques; ➢ Outils de soutien (guide de référence, aide-mémoire, foire aux questions, dépliants, etc.); ➢ Accès à la plateforme de diffusion de vidéos d'information de l'établissement; ➢ Distribution de fournitures et d'équipements; ➢ Identification d'un intervenant dédié à chaque RPA permettant d'assurer un soutien et un accompagnement ainsi que de planifier des interventions systémiques, lorsque requis, afin de répondre aux besoins exprimés. • Le suivi des situations de chutes lors des rencontres cliniques (CISSS et RPA). • La mise en place d'une trajectoire avec Info-Santé lors de chutes en résidence. Cette trajectoire permet d'évaluer, avec des experts, la nécessité d'une intervention médicale urgente ou d'une évaluation par l'infirmière à la résidence.

Dossier toujours actif au 31 mars 2022 (démarches en cours)

Recommandations	Mesures mises en place
<p>Afin de donner les services requis aux problèmes de santé physique, mentale et de dépendance dont souffrent les détenus et d'assurer une transition optimale à leur sortie d'un établissement de détention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Événement survenu dans une autre région et recommandations adressées à la sécurité publique, au MSSS et aux CISSS/CIUSSS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La rédaction d'un plan d'action pour assurer le suivi des recommandations. • Comité de travail en place pour faire l'arrimage des services en santé mentale entre l'établissement de détention et le CISSS du Bas-Saint-Laurent. Un calendrier de rencontres a été établi. • La modification de la cueillette de données en soins infirmiers afin d'y inclure les informations en lien avec la santé mentale et la dépendance. • L'obtention de l'autorisation du détenu pour la transmission d'informations entre l'établissement de détention et le CISSS du Bas-Saint-Laurent. • L'ajout au bottin de la liste des ressources d'hébergement disponibles pour les détenus au Bas-Saint-Laurent. Le lien du bottin Web a été transmis au service santé et au professionnel du centre de détention. Le bottin regroupe également l'offre des services au détenu. • La trousse des ressources a été remise aux infirmières du centre de détention et à la conseillère en réinsertion sociale.

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

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

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)

Principales recommandations	Actions mises en place
<p>Actions requises quant au rapport d'intervention de l'OIIAQ et au plan d'intervention de février 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la prévention des infections; • les notes d'évolution; • l'utilisation d'abréviations ou des symboles non reconnus; • le respect de la confidentialité; • les interventions et le suivi des résultats lors de l'administration d'un médicament prescrit au besoin; • la méthode de soins sur les prélèvements sanguins par ponction veineuse. 	<p>L'ensemble des documents démontrant les actions posées dans la dernière année pour répondre aux recommandations émises a été acheminé à l'OIIAQ en décembre 2021.</p> <p>Lors de leur rencontre du 10 février 2022, les membres du comité d'inspection professionnelle de l'OIIAQ se sont montrés satisfaits des moyens qui ont été proposés afin de corriger les lacunes observées.</p>

Collège des médecins du Québec (CMQ)

Les Drs Louis Roy et Monique Robert, inspecteurs du Collège des médecins du Québec, ont procédé à une visite d'inspection professionnelle du 13 au 17 septembre 2021 et du 12 au 15 octobre 2021. Au cours de cette visite, ils ont pu prendre connaissance de la documentation des différents travaux des comités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), incluant la qualité de l'acte médical, l'aide médicale à mourir et la sédation palliative continue, le processus de nomination et de renouvellement des privilèges et les différents travaux se rattachant au CMDP. Des rencontres virtuelles ont pu avoir lieu avec certains directeurs, les membres du comité exécutif du CMDP, incluant la présidente du comité de l'évaluation de l'acte, les chefs de département et service ciblés ainsi que les gestionnaires s'y rattachant. Ils ont également ciblé trois centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), soit le CHSLD Marie-Anne-Ouellet à Lac-au-Saumon, le CHSLD de La Mitis et le CHSLD D'Anjou à Saint-Pacôme. L'évaluation des dossiers des usagers a mené à des recommandations inscrites au rapport daté du 26 janvier 2022. Les travaux du CMDP sont en cours afin d'apporter les améliorations demandées et devraient être achevés sous peu.

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	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission CR	Total Établissement Bas-Saint-Laurent
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	315	0	0	0	315
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	122
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	104	0	0	0	115
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	Sans objet	Sans objet	Sans objet	70
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)	69	0	0	0	69

L'examen des plaintes et la promotion des droits

En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services ainsi que les membres de son équipe sont responsables envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et d'effectuer le traitement diligent de leurs insatisfactions, tout en effectuant la promotion de la qualité des soins et services pour toutes les missions confondues. Les médecins examinateurs sont garants du traitement des plaintes médicales.

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). De plus, on y retrouve 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.

L'information et la consultation de la population

Encore cette année et en dépit du contexte pandémique actuel, le CISSS du Bas-Saint-Laurent a participé à différents événements visant à informer la population et la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services. Plusieurs représentants de l'établissement ont participé à des tables régionales de concertation et à de nombreux échanges avec les élus. Ce sont là autant d'occasions pour interagir avec la population et différentes associations, dont celles regroupant les personnes âgées, ainsi qu'avec les secteurs municipaux, communautaires, de la santé et des services sociaux, de la recherche, de l'emploi et de l'éducation.

La présidente-directrice générale du CISSS du Bas-Saint-Laurent a de nouveau participé à des rencontres régulières d'échange d'information avec les membres de la Table régionale des élus municipaux ainsi que le directeur régional de la santé publique. Ces rencontres avaient pour objectif de faire le point sur l'évolution de la pandémie dans la région. Également, des communications hebdomadaires ponctuelles portant sur des questionnements de la population ont eu lieu avec plusieurs élus et un bilan médiatique régional a continué d'être produit en semaine aux représentants des médias et aux nombreux partenaires internes et externes du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Par ailleurs, l'établissement a maintenu un lien étroit avec la population par le biais des médias sociaux en diffusant les nombreuses publications du ministère et les consignes de la santé publique, et en répondant aux questions fréquentes des citoyens portant sur tous les aspects de la pandémie.

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 mise à jour, sur le site Web de l'organisation, de l'offre de service de la Direction des services multidisciplinaires, de l'enseignement et de la recherche et du pavillon d'enseignement de la médecine.
- Les informations transmises concernant le guichet d'accès pertinence par le biais de lettres acheminées aux patients orphelins et de l'affichage dans les urgences. Des sondages de satisfaction sont également transmis deux semaines après l'utilisation du service à chaque usager afin de connaître son appréciation et améliorer le service.
- La tenue de rencontres avec le comité aviseur de la Direction des programmes santé mentale et dépendance, composé d'usagers partenaires et de proches.
- 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 nos services (juin et décembre 2021).
- La poursuite des activités du comité sur les soins et les services à la jeunesse et aux familles.
- 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 aux élus dans le cadre du démarrage de la campagne annuelle de vaccination contre l'influenza.
- 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 mise en place d'un comité opérationnel regroupant 29 partenaires représentant 4 secteurs d'activité : communautaire jeunesse, organismes de la communauté, éducation et santé dans le cadre de la gouvernance du projet Aire ouverte.
- La réalisation d'un sondage destiné aux partenaires communautaires pour connaître les besoins d'information des usagers de la Direction du programme de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DPDI-TSA-DP) et de leurs proches.
- La participation d'un usager partenaire au comité du plan d'action pour les personnes handicapées du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- La participation d'un usager partenaire au comité de travail de révision de la trajectoire hébergement en DI-TSA-DP.

- Le partage de l'expérience vécue d'un proche aidant d'un usager ayant une déficience physique auprès d'une équipe de directeurs, et ce, dans un objectif d'une démarche d'amélioration continue à un niveau plus stratégique.
- La diffusion d'une trousse à outils pour les proches aidants sur le site Web du CISSS du Bas-Saint-Laurent, dans la section DI-TSA-DP (informations sur les services de soutien financier, de maintien à domicile et de répit, de soutien à l'information et de soutien social).
- La diffusion du journal d'information de la DPDI-TSA-DP acheminé aux usagers deux fois par année et la participation 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.
- La diffusion auprès des partenaires d'hébergement, au comité des usagers du Centre intégré, dans les médias sociaux et dans les journaux locaux du programme de prévention du déconditionnement, causé par les isolements répétés, en collaboration avec la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique (DQEPE) ainsi que la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ).
- La diffusion d'outils de communication et de travail pour la prévention, la vigie et la gestion d'éclosions pour nos partenaires d'hébergement dont les résidences privées pour aînés (RPA), les ressources intermédiaires et ressources de type familial et les proches aidants des résidents et usagers, en collaboration avec le service de prévention et contrôle des infections, la DQEPE et la DRHCAJ. La poursuite des appels de prévention et de soutien à la pandémie de la COVID-19 pour les partenaires des différents milieux de vie.
- La collaboration étroite avec le service des communications de la DRHCAJ concernant les messages à diffuser à la population et aux directions cliniques et administratives du CISSS du Bas-Saint-Laurent concernant l'implantation des maisons des aînés et maisons alternatives.
- La participation aux tables de concertation régionales des aînés et des élus pour la promotion des services et le développement de concepts innovateurs en milieu rural, en collaboration avec des universités du Québec.
- La bonification du site Web du CISSS du Bas-Saint-Laurent afin d'améliorer l'information concernant les frais relatifs aux services médicaux reçus par des usagers provenant de l'extérieur du Canada ou qui ne possèdent pas une carte d'assurance maladie du Québec valide.
- La diffusion des directives ministérielles s'adressant aux différents milieux de vie et l'élaboration d'outils de soutien et d'accompagnement afin d'en faciliter l'appropriation.
- La mise en place de mécanismes de communication accessibles et adaptés aux ressources et RPA.
- La gestion des communications relatives aux mesures de soutien financier destinées aux exploitants et responsables de ressources, de concert avec la Direction des ressources financières.
- La parution du bulletin *Le Repère* destiné aux exploitants des RPA du Bas-Saint-Laurent.



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

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

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

- La tenue d'une rencontre du comité stratégique et de quatre rencontres du comité de coordination clinique régional pour soutenir l'organisation et la coordination des soins de fin de vie.
- La participation au chantier des pratiques prometteuses en soins palliatifs et de fin de vie.
- L'implantation de l'outil d'évaluation des processus d'aide médicale à mourir pour les intervenants psychosociaux.
- La diffusion du coffre à outils sur les niveaux d'interventions médicales aux médecins, aux infirmières praticiennes spécialisées, aux responsables régionaux et locaux et aux groupes interdisciplinaires de soutien.
- L'application des nouvelles dispositions de la *Loi concernant les soins de fin de vie – Amendement pour permettre l'administration de l'aide médicale à mourir aux personnes en fin de vie qui perdent leur aptitude à consentir aux soins*.
- L'implantation et la détermination des niveaux d'interventions médicales par les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) pour les personnes majeures et aptes à consentir à leurs soins.
- La formation du personnel et des médecins de La Mitis et des IPS du territoire sur les niveaux de soins et la discussion avec l'utilisateur et ses proches.
- La diffusion des documents concernant l'interprétation clinique de l'expression « mort naturelle raisonnablement prévisible ».
- Le projet pilote d'offre de soins spirituels aux usagers en soins palliatifs, au soutien à domicile (La Matapédia).
- Le maintien de l'agrément pour les deux maisons de soins palliatifs du Bas-Saint-Laurent. Elles répondent aux critères fixés par le MSSS relativement au processus d'évaluation de la qualité des soins dans les maisons de soins palliatifs et à l'entente de services.
- L'adaptation à l'urgence sanitaire par :
 - le soutien aux maisons de soins palliatifs par des ressources matérielles, humaines et scientifiques;
 - l'information adaptée aux paliers d'alerte sanitaire : au réseau, aux partenaires et aux visiteurs quant aux consignes et possibilités de demeurer en contact et de favoriser les visites peu importe le milieu;
 - le maintien des équipes dédiées et de l'infirmière répondante pour les soins de fin de vie.
- Le déploiement d'outils cliniques :
 - le consentement à l'aide médicale à mourir pour une personne en fin de vie (consentement en cas de perte d'aptitude);
 - le retrait des ordonnances individuelles standardisées pour les usagers COVID-19 positifs en fin de vie et ayant un niveau de soins C ou D.

Résumé du rapport sur l'application de la politique portant sur les soins de fin de vie Bilan des rapports statistiques du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

Activités	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs dans une des missions du CISSS du Bas-Saint-Laurent, incluant en maison de soins palliatifs*	1 094
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives administrées	18
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	186
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	154
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs**	32

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

** Les motifs sont les suivants : 6 personnes ne répondaient pas aux critères de la loi au moment de la demande, 5 personnes ont retiré leur demande, 5 personnes ont cessé de répondre aux critères en cours de processus d'évaluation, 16 personnes sont décédées avant l'administration du soin ou avant la fin de l'évaluation.



Les ressources humaines

Les ressources humaines

Les ressources humaines

Les ressources humaines de l'établissement

Répartition de l'effectif en 2021 par catégorie de personnel CISSS du Bas-Saint-Laurent (1104-5119)

	Nombre d'emploi au 31 mars 2021			Nombre d'ETC en 2020-2021		
	2021	2021 COVID	2021 Total	2021	2021 COVID	2021 Total
1 – Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	2 063	139	2 202	1 752	37	1 789
2 – Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	2 487	260	2 747	1 869	57	1 926
3 – Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 263	125	1 388	1 095	28	1 123
4 – Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 125	64	2 189	1 802	22	1 824
5 – Personnel non visé par la <i>Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales*</i>	63	-	63	55	-	55
6 – Personnel d'encadrement	272	-	272	258	-	258
8 – Personnel embauché temporairement par arrêté ministériel	-	37	37	-	3	3
Total	8 273	625	8 898	6 832	146	6 978

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

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

	Comparaison sur 364 jours pour avril à mars 2021-03-28 au 2022-03-26		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées
Personnel d'encadrement	480 295	26 109	506 403
Personnel professionnel	1 803 316	29 831	1 833 147
Personnel infirmier	3 319 130	194 375	3 513 505
Personnel de bureau, technicien et assimilé	6 431 044	272 462	6 703 506
Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 485 725	49 952	1 535 677
Étudiants et stagiaires	19 158	287	19 445
Total 2021-2022	13 538 668	573 016	14 111 683
Total 2020-2021			13 494 532

Cible 2021-2022	14 111 683
Écart	0
Écart en %	0,0 %

La cible a été atteinte.



Les ressources financières

Les ressources financières

Les ressources financières

L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé physique	362 812 121 \$	33,2 %	302 876 769 \$	33,5 %	59 935 352 \$	19,8 %
Santé publique	58 889 211 \$	5,4 %	34 613 991 \$	3,8 %	24 275 220 \$	70,1 %
Services généraux, activités cliniques et aides	58 250 309 \$	5,3 %	42 442 262 \$	4,7 %	15 808 047 \$	37,2 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	220 404 900 \$	20,2 %	183 834 859 \$	20,3 %	36 570 041 \$	19,9 %
Déficience physique	40 686 157 \$	3,7 %	35 254 970 \$	3,9 %	5 431 187 \$	15,4 %
Déficience intellectuelle et TSA	47 117 558 \$	4,3 %	40 170 764 \$	4,4 %	6 946 794 \$	17,3 %
Jeunes en difficulté	55 749 914 \$	5,1 %	46 958 942 \$	5,2 %	8 790 972 \$	18,7 %
Dépendances	4 647 302 \$	0,4 %	4 286 652 \$	0,5 %	360 650 \$	8,4 %
Santé mentale	47 341 609 \$	4,3 %	40 626 838 \$	4,5 %	6 714 771 \$	16,5 %
Programme soutien						
Administration	64 913 371 \$	5,9 %	53 192 172 \$	5,9 %	11 721 199 \$	22,0 %
Soutien aux services	70 020 068 \$	6,4 %	63 740 609 \$	7,0 %	6 279 459 \$	9,9 %
Gestion des bâtiments et des équipements	62 044 665 \$	5,7 %	57 295 206 \$	6,3 %	4 749 459 \$	8,3 %
TOTAL	1 092 877 185 \$	100 %	905 294 034 \$	100 %	187 583 151 \$	20,7 %

*L'écart provient de la différence entre les dépenses de l'exercice courant et celles de l'année précédente.

**Résultat de l'écart divisé par les dépenses de l'année antérieure.

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

9.2 L'équilibre budgétaire

L'établissement a terminé le présent exercice financier au 31 mars 2022 avec un résultat déficitaire. Les résultats globaux inscrits au rapport financier annuel AS-471 présentent des revenus de 1 133 236 355 \$ et des dépenses de 1 139 598 189 \$ pour un déficit de l'exercice de 6 361 834 \$. Ce montant se décompose comme suit : un déficit de 11 020 588 \$ provenant du fonds d'exploitation et d'un surplus de 4 658 754 \$ au fonds d'immobilisations. Le déficit au fonds d'exploitation s'explique par l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante qui a connu une évolution importante depuis les trois dernières années et sera comblé par le solde de fonds de l'organisation.

De plus, afin de corriger la situation déficitaire pour les prochaines années, des chantiers d'optimisation ont été mis en place au niveau de la main-d'œuvre indépendante, du temps supplémentaire, des fournitures, des déplacements des usagers, des transports et autres mesures identifiées par les directions. Un suivi rigoureux est assuré par l'équipe de direction.

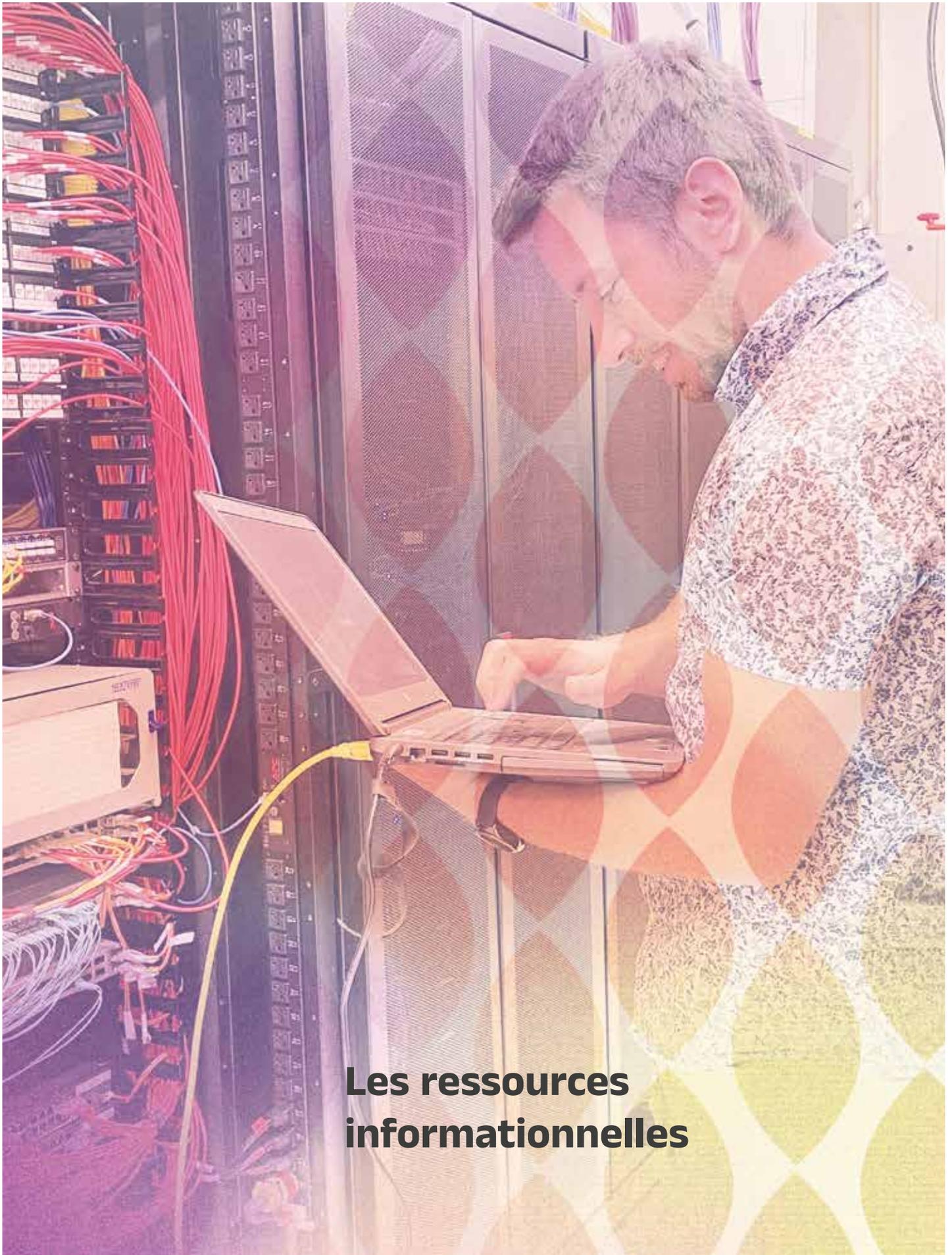
9,3 Les contrats de service

Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus conclus entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique ¹	39	3 339 015,17 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ²	132	45 095 384,36 \$
Total des contrats de service	171	48 434 399,53 \$

¹ Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

² Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.



**Les ressources
informationnelles**

Les ressources informationnelles

LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

La pandémie a fait ressortir la contribution essentielle des technologies de l'information pour une prestation efficace et efficiente des soins et services. Les efforts investis dans la dernière année ont été consacrés à moderniser les outils technologiques, à rehausser la cybersécurité, à gérer la désuétude technologique, à amorcer le virage vers l'infonuagique et à mettre en place les fondations nécessaires à l'implantation du Dossier santé numérique.

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

- Le développement d'une application Web dans le cadre du projet Accès réseau pertinence dont l'objectif était de rendre accessible l'offre de service de première ligne aux patients orphelins.
- La modernisation des infrastructures technologiques pour soutenir la transformation numérique notamment grâce au remplacement des équipements des sept infrastructures locales de traitement informatique, des systèmes d'alimentation sans coupure du centre de traitement informatique et des équipements de télécommunication.
- Le rehaussement de la cybersécurité grâce à l'implantation d'un antivirus moderne sur les postes de travail, au déploiement d'un navigateur normalisé et à la mise à niveau du système d'exploitation de plus de 1 400 postes de travail.
- La sensibilisation de plus de 3000 employés à la cybersécurité grâce à des formations, des capsules et des communications écrites (Flash sécurité).
- 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.
- La mise en œuvre des projets d'informatisation clinique tels que le dossier patient électronique, la dictée numérique, la numérisation et la gestion des formulaires avec pour objectif notamment de :
 - bonifier l'accès à l'information clinique des usagers pour tous les cliniciens 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.
- La poursuite du déploiement des projets de modernisation des systèmes téléphoniques et d'infrastructure sans fil qui permettent la mise en place d'une architecture d'entreprise optimale en matière de technologie de l'information;

L'élaboration et le dépôt au ministère de la Santé et des Services sociaux d'un plan de modernisation technologique visant à contribuer, par le biais de gains technologiques rapides, à :

- réduire la pression sur le personnel;
- améliorer l'accessibilité aux soins;
- améliorer la qualité des services.



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

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

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2022 - AUDITÉE

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX) 2017	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022 0620 Non réglé
L'établissement n'a pas atteint le minimum de 2 % d'investissement en matière d'entretien préventif et curatif dans l'ensemble de la région (Réf. 03.02.30.05).	2014	0510 Observation	Les investissements se poursuivent pour atteindre le niveau minimal requis par le MSSS.	0620 Non réglé
La description du système de compilation des unités de mesure n'est pas complète pour toutes les unités de mesure. En conséquence, le processus de compilation des unités de mesure n'est pas standardisé pour chacune des installations.	2020	0520 Commentaire	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. La recommandation a été appliquée.	0610 Partiellement réglé
Nous avons noté que les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès aux applications financières (Virtuo, Magistra et Logibec) et qu'il n'y a pas d'autorisation exigée par le système pour le faire. Comme ces applications ne permettent pas l'ajout d'une autorisation électronique, il devrait y avoir une autre autorisation, par exemple, par le biais d'un rapport qui serait approuvé et paraphé par un gestionnaire pour toutes les modifications dans la gestion des accès des utilisateurs.				0600 Régulé

La divulgation des actes répréhensibles

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



**Les organismes
communautaires**

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 72 organismes communautaires de recevoir le financement additionnel en mission globale.
- Le suivi des différents financements supplémentaires en lien avec le contexte de la pandémie de la COVID-19.
- La répartition régionale du rehaussement financier en mission globale selon certains secteurs d'activités.
- Le suivi des ententes d'activités spécifiques.
- La poursuite des travaux ministériels concernant le programme de soutien aux organismes communautaires.

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

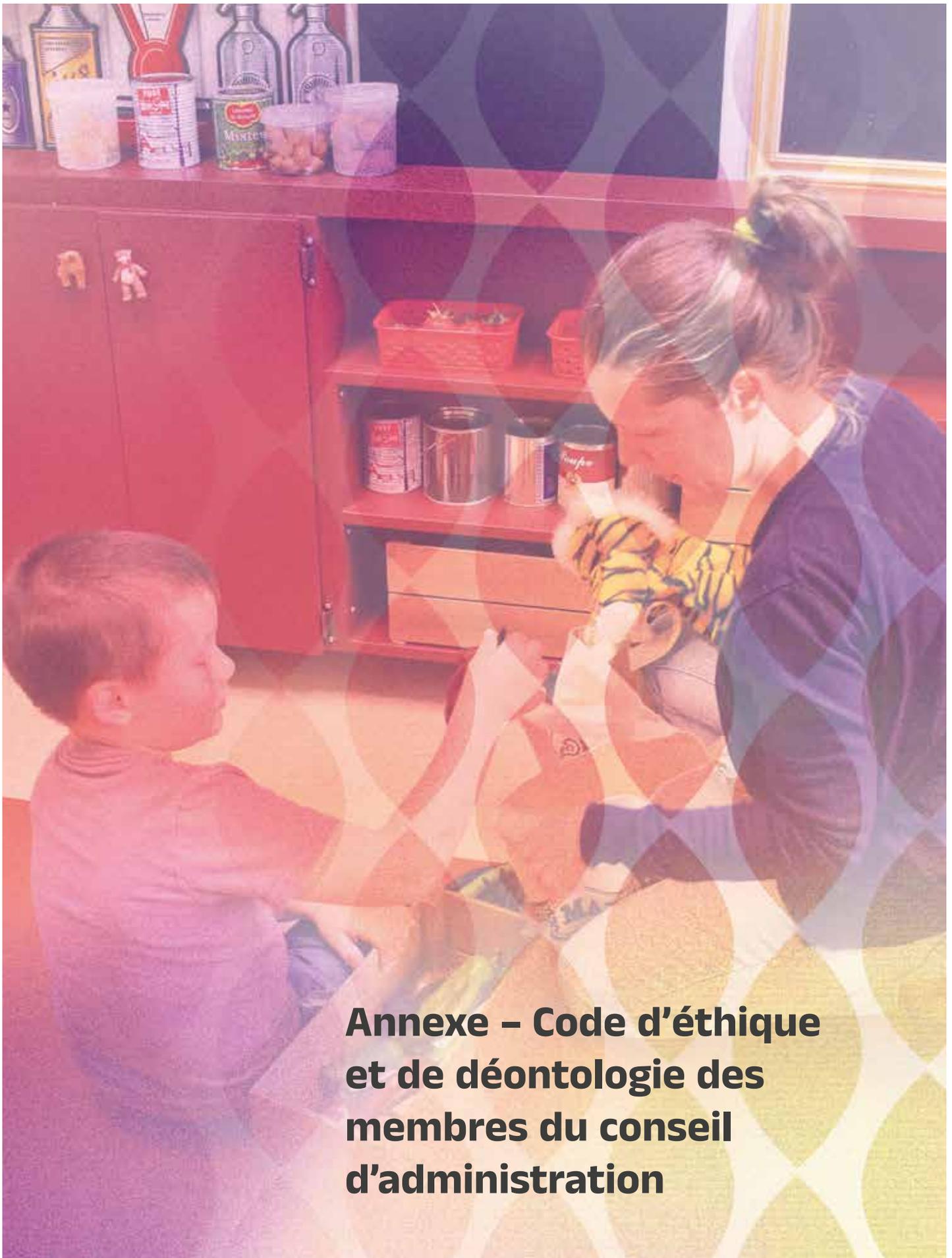
ORGANISMES 2021-2022		ENVELOPPE	
		2020-2021	2021-2022
MRC DE KAMOURASKA			
1	Arc-en-ciel du cœur	105 573 \$	94 410 \$
2	Association des personnes handicapées du Kamouraska Est inc.	128 959 \$	126 928 \$
2	Association kamouraskoise en santé mentale La Traversée	181 189 \$	173 651 \$
4	Association pocatoise des personnes handicapées inc.	131 326 \$	119 648 \$
5	Carrefour des jeunes de La Pocatière	151 603 \$	141 180 \$
6	Centre d'action bénévole Cormoran inc.	226 371 \$	222 806 \$
7	Centre-Femmes, La Passerelle du Kamouraska	209 421 \$	206 123 \$
8	La Montée, Centre prévention et traitement des dépendances au BSL	315 592 \$	302 145 \$
9	Maison de la famille du Kamouraska	15 953 \$	15 702 \$
10	Moisson Kamouraska	128 191 \$	118 978 \$
11	Quartier-jeunesse 1995	148 475 \$	137 858 \$
12	Tandem-Jeunesse	353 900 \$	341 124 \$
TOTAL – KAMOURASKA		2 096 553 \$	2 000 553 \$
MRC DE RIVIÈRE-DU-LOUP			
13	Association des stomisés du Grand-Portage	11 331 \$	11 153 \$
14	Association du trouble primaire du langage de l'Est	127 119 \$	113 600 \$
15	Association Multi-défis	139 767 \$	137 566 \$
16	Carrefour d'initiatives populaires de RDL	132 616 \$	123 785 \$

ORGANISMES 2021-2022		ENVELOPPE	
		2020-2021	2021-2022
17	Centre d'action bénévole des Seigneuries inc.	242 712 \$	238 890 \$
18	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du KRTB	289 690 \$	285 128 \$
19	Centre de prévention suicide du KRTB	224 959 \$	206 079 \$
20	Centre d'entraide l'horizon de Rivière-du-Loup	192 032 \$	184 323 \$
21	Centre-femmes du Grand-Portage	209 421 \$	206 123 \$
22	Centre-jeunes de Cacouna	104 600 \$	102 953 \$
23	Comité d'accompagnement La Source inc.	72 546 \$	71 404 \$
24	Corporation de l'Entre-jeunes de Rivière-du-Loup	141 472 \$	130 422 \$
25	Corporation du comité jeunesse	129 506 \$	117 716 \$
26	Justice alternative du KRTB inc.	202 705 \$	199 513 \$
27	Les Diabétiques-amis du KRTB	125 769 \$	123 788 \$
28	Les Grands Amis du KRTB	105 573 \$	94 410 \$
29	Maison des jeunes de Saint-Épiphanie	147 032 \$	136 327 \$
30	Maison de la famille du Grand-Portage	10 694 \$	10 526 \$
31	Maison d'hébergement La Bouffée d'air du KRTB	489 351 \$	473 261 \$
32	Trajectoires hommes du KRTB	439 967 \$	347 258 \$
	TOTAL – RIVIÈRE-DU-LOUP	3 538 862 \$	3 314 225 \$
MRC DE TÉMISCOUATA			
33	Association de personnes handicapées Entre-Amis du Témiscouata	142 986 \$	132 031 \$
34	Centre d'action bénévole région Témis inc.	227 744 \$	224 157 \$
35	Centre des femmes du Ô-Pays	209 421 \$	206 123 \$
36	Centre des femmes du Témiscouata	209 421 \$	206 123 \$
37	Cuisines collectives de Cabano	120 213 \$	110 313 \$
38	Cuisines collectives de Dégelis	120 223 \$	110 324 \$
39	Cuisines collectives du Haut-Pays	114 349 \$	103 943 \$
40	L'Autre-Toit du KRTB	1 031 386 \$	849 052 \$
41	Maison de la famille du Témiscouata	15 686 \$	15 439 \$
42	Maison des jeunes « La Piôle »	120 421 \$	108 067 \$
43	Maison des jeunes « le coin de Dégelis »	147 683 \$	137 017 \$
44	Maison des jeunes Pirana	165 926 \$	153 947 \$
45	Maison Entre-Deux de Cabano	127 221 \$	115 288 \$
46	Place des jeunes de Squatec	106 430 \$	93 211 \$
47	Source d'espoir Témis inc.	188 518 \$	175 327 \$
	TOTAL – TÉMISCOUATA	3 047 628 \$	2 740 362 \$
MRC DES BASQUES			
48	Association de personnes handicapées l'Éveil des Basques inc.	148 648 \$	138 041 \$
49	Centre d'aide aux proches aidants des Basques	100 213 \$	88 589 \$
50	Centre d'action bénévole des Basques inc.	149 336 \$	146 984 \$
51	Centre-femmes Catherine Leblond inc.	209 421 \$	206 123 \$
52	Corporation de la maison des jeunes de Trois-Pistoles	155 655 \$	145 483 \$

ORGANISMES 2021-2022		ENVELOPPE	
		2020-2021	2021-2022
53	Cuisine collective Croc-Ensemble des Basques	109 717 \$	98 912 \$
54	Périscope des Basques	164 272 \$	149 791 \$
	TOTAL – LES BASQUES	1 037 462 \$	973 923 \$
MRC DE RIMOUSKI-NEIGETTE			
55	Association de la déficience intellectuelle (région de Rimouski)	120 283 \$	110 389 \$
56	Association des personnes ACVA-TCC du BSL	166 421 \$	163 800 \$
57	Association des personnes handicapées visuelles du Bas-Saint-Laurent	174 590 \$	163 320 \$
58	Association du cancer de l'Est du Québec	30 454 \$	29 974 \$
59	Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA)	22 795 \$	22 436 \$
60	Autisme de l'Est-du-Québec	179 473 \$	168 434 \$
61	Aux Trois Mâts	161 407 \$	151 592 \$
62	Centre d'action bénévole Rimouski-Neigette	364 543 \$	336 979 \$
63	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Rimouski	433 633 \$	426 803 \$
66	Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du BSL	1 016 174 \$	985 375 \$
65	Centre périnatal Entre Deux Vagues	302 719 \$	259 007 \$
66	Centre polyvalent des aînés et aînées de Rimouski-Neigette	85 239 \$	83 897 \$
67	Centre-Femmes de Rimouski	209 533 \$	206 233 \$
68	Contre toute agression conjugale (C-TA-C)	480 832 \$	347 258 \$
69	Diabète Bas-Saint-Laurent inc.	135 183 \$	123 788 \$
70	Entraide Le Rameau Rimouski	10 000 \$	0 \$
71	Justice alternative de l'Est	72 176 \$	71 039 \$
72	L'Arrimage, Centre de traitement des dépendances	229 361 \$	225 749 \$
73	La Débrouille	396 882 \$	381 950 \$
74	La Lueur de l'Espoir du Bas-Saint-Laurent inc.	1 123 276 \$	930 481 \$
75	Le Répit du passant	297 184 \$	277 708 \$
75	Les Grands Amis de Rimouski	354 995 \$	342 238 \$
77	Loisirs de jeunesse de Rimouski inc.	115 732 \$	105 446 \$
78	M.A.I.N.S. Bas-Saint-Laurent	426 765 \$	409 218 \$
79	Maison des jeunes de Pointe-au-Père	171 518 \$	160 101 \$
80	Maison des jeunes de Rimouski	128 351 \$	116 488 \$
81	Maison des jeunes du Bic	163 747 \$	154 076 \$
82	Moisson Rimouski-Neigette inc.	127 139 \$	125 137 \$
83	PLAIDD du Bas-du-Fleuve	104 809 \$	103 158 \$
84	Popote le gourmet roulant inc.	267 142 \$	242 398 \$
85	Pro-Jeune-Est Rimouski-Neigette	126 864 \$	117 537 \$
86	Regroupement des dynamiques de Rimouski	97 333 \$	85 461 \$
87	Regroupement des organismes communautaires en santé mentale Bas du Fleuve	95 875 \$	80 877 \$

ORGANISMES 2021-2022		ENVELOPPE	
		2020-2021	2021-2022
88	Répit-Loisirs Autonomie	190 778 \$	180 275 \$
89	Ressource d'aide aux personnes handicapées du Bas-Saint-Laurent-Gaspésie	136 436 \$	123 358 \$
90	Santé mentale Québec-Bas-St-Laurent du Fleuve	339 289 \$	329 261 \$
91	Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi	117 938 \$	107 842 \$
92	Société canadienne de la sclérose en plaques, région BSL	23 888 \$	20 559 \$
93	Table régionale des organismes communautaires du Bas-St-Laurent	188 189 \$	176 709 \$
TOTAL – RIMOUSKI-NEIGETTE		9 188 946 \$	8 468 174 \$
MRC DE LA MITIS			
94	Centre d'action bénévole de La Mitis	244 135 \$	240 290 \$
95	Centre femme de La Mitis	209 421 \$	206 123 \$
96	Le Groupe de personnes handicapées Les Alcyons inc.	126 487 \$	114 509 \$
97	Maison de l'Espoir de Mont-Joli inc.	361 263 \$	348 616 \$
98	Maison des jeunes de Mont-Joli inc.	211 005 \$	207 682 \$
99	Maison des tournesols	191 524 \$	178 902 \$
100	Parkinson Bas-Saint-Laurent	11 898 \$	11 711 \$
101	Pivot-Famille Mitis	15 319 \$	15 077 \$
102	Unité Domrémy de Mont-Joli	135 879 \$	127 329 \$
TOTAL – LA MITIS		1 506 931 \$	1 450 239 \$
MRC DE LA MATAPÉDIA			
103	Centre d'action bénévole de la Vallée de La Matapédia	195 516 \$	192 437 \$
104	Centre de femmes de la Vallée de La Matapédia inc.	209 421 \$	206 123 \$
105	Centre Écllosion inc.	94 342 \$	81 542 \$
106	Grands Amis de la Vallée	119 842 \$	109 909 \$
107	La Jeunathèque d'Amqui inc.	159 777 \$	149 860 \$
108	La Maison des jeunes de Causapscal	93 672 \$	79 662 \$
109	La Maison des jeunes de Sayabec	151 997 \$	141 598 \$
110	La Maison des jeunes de Val-Brillant	59 629 \$	43 511 \$
111	Les Amirams de la Vallée inc.	146 964 \$	136 254 \$
112	Moisson Vallée Matapédia	123 075 \$	113 422 \$
113	Rayon de partage en santé mentale	186 776 \$	173 476 \$
TOTAL – LA MATAPÉDIA		1 541 011 \$	1 427 794 \$
MRC DE LA MATANIE			
114	Centre alternatif en santé mentale et sociale Le Marigot de Matane	189 940 \$	176 836 \$
115	Centre communautaire pour aînés Relais santé Matane	154 608 \$	143 105 \$
116	Centre d'action bénévole de la région de Matane inc.	188 968 \$	185 992 \$
117	Centre régional ADH « Le Tremplin »	356 348 \$	343 615 \$
118	La Cuisine collective de la région de Matane	116 923 \$	106 739 \$
119	Parent d'abord MRC de Matane	6 981 \$	6 871 \$
120	La Gigogne inc.	1 048 605 \$	876 130 \$
	Maison d'hébergement deuxième étage	240 350 \$	

ORGANISMES 2021-2022		ENVELOPPE	
		2020-2021	2021-2022
121	L'Association des handicapés gaspésiens	112510 \$	99666 \$
122	Les Grands Amis de la région de Matane	98964 \$	87232 \$
123	Maison des jeunes de Matane	169597 \$	160288 \$
124	Maison des jeunes Le Refuge Jeunesse	126184 \$	114187 \$
125	Regroupement des femmes de la région de Matane	209421 \$	206123 \$
126	Société Alzheimer du Bas-Saint-Laurent	281363 \$	269711 \$
	TOTAL – MATANE	3300762 \$	2776495 \$
	SOUS-TOTAL – ALLOCATIONS RÉGULIÈRES VERSÉES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	25257955 \$	23151765 \$
MRC AUTRES			
127	Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec inc.	59061 \$	58131 \$
	TOTAL – MRC AUTRES	59061 \$	58131 \$
	TOTAL GLOBAL :	<u>25317016 \$</u>	<u>23209896 \$</u>
	NOMBRES D'ORGANISMES SUBVENTIONNÉS*	127	127



**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-CR-0001
---	--

* 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
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.	2016 -03-23 CISSS-01.2016-03-197
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.

CADRE DE RÉFÉRENCE

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

Présidence-direction générale

Mars 2016

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	5
SECTION 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALE	6
SECTION 2 – PRINCIPES D’ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE.....	9
SECTION 3 – CONFLIT D’INTÉRÊTS.....	13
SECTION 4 – APPLICATION	15
Annexe I – Engagement et affirmation du membre.....	20
Annexe II – Avis de bris du statut d’indépendance	21
Annexe III –Déclaration des intérêts du membre	22
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général.....	23
Annexe V –Déclaration de conflit d’intérêts	24
Annexe VI – Signalement d’une situation de conflit d’intérêts.....	25
Annexe VII - Affirmation de discrétion dans une enquête d’examen	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 conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

PRÉAMBULE

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

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

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

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

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

2. Fondement légal

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

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

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

- Code :** Code d'éthique et de déontologie des membres élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.
- Comité d'examen ad hoc :** comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.
- Conseil :** conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.
- Conflit d'intérêts :** Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.
- Conjoint :** Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation* (RLRQ, chapitre I-16).
- Entreprise :** Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.
- Famille immédiate :** Aux fins de l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.
- Faute grave :** Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.
- Intérêt :** Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.
- LMRSS :** *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.
- LSSSS :** *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

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

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

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

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques 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 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

Coordonnées du bureau d'élection

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

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

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

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

Signature

Date

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

Signature

Date

Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

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

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

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

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

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

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

Signature **Date** **Lieu**

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

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

Signature

Date

Lieu

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-92790-7 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-92791-4 (version PDF)

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

Québec 