



Prévenir
Accompagner
Prendre soin

Rapport annuel | 2019 de gestion | 2020

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

Québec 

Table des matières

4	Sigles et acronymes	125	Application de la politique portant sur les soins de fin de vie
10	Le message des autorités		
12	Déclaration de fiabilité des données et contrôles afférents		
13	Présentation de la région et de son réseau de santé et de services sociaux	129	Les ressources humaines
14	Les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent	131	Les ressources humaines de l'établissement
15	L'occupation du territoire	132	La gestion et le contrôle des effectifs
16	Les conditions démographiques et socioéconomiques	133	Les ressources financières
18	Le portrait de santé des Bas-Laurentiens	135	L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme
		136	L'équilibre budgétaire
			Les contrats de service
21	Présentation de l'établissement et des faits saillants	137	L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant
22	Le CISSS du Bas-Saint-Laurent en bref		
23	Notre vision, nos valeurs, nos rôles et responsabilités		
24	L'organigramme de la haute direction		
26	Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	141	La divulgation des actes répréhensibles
46	Les faits saillants des différentes directions	145	Les organismes communautaires
55	Résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	153	Annexe — Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration
57	Chapitre III — Attentes spécifiques		
63	Chapitre IV — Les engagements de l'établissement		
97	Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité		
99	L'agrément		
99	La sécurité des soins et des services		
122	Le nombre de mises sous garde selon la mission		
122	L'examen des plaintes et la promotion des droits		
123	L'information et la consultation de la population		

Sigles et acronymes

A		B	
AAOR	Accueil, analyse, orientation et référence	BACC-USI	Bactériémie associée aux cathéters centraux aux unités de soins intensifs
AAPA	Approche adaptée à la personne âgée	BAC-SARM	Bactérie à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
AASM	<i>American Academy of Sleep Medicine</i>	BCM	Bilan comparatif des médicaments
ACEQ	Association du cancer de l'Est du Québec	BEM	Bureau d'évaluation médicale
ACMQ	Association des conseils multidisciplinaires du Québec	BGNPC	Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases
ACR	Analyse de cause racine	BiPAP	<i>Bilevel Positive Airway Pressure</i>
ACVA-TCC	Association des personnes accidentées cérébro-vasculaires, aphasiques et traumatisées crâniocérébrales	BPO	Bureau de projet organisationnel
ADH	Accueil, désintoxication et hébergement	BSL	Bas-Saint-Laurent
AES	Approche École en santé	C	
AGA	Assemblée générale annuelle	C. difficile	<i>Clostridium difficile</i>
AIDES	Actions intersectorielles pour le développement des enfants et leur sécurité	CA	Conseil d'administration
AMM	Aide médicale à mourir	CAAP	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
AMP	Activité médicale particulière	CAB	Centre d'action bénévole
AMPEQ	Association des médecins en protection de l'enfance du Québec	CAFE	Crise-ado-famille-enfant
AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux	CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
APAVVA	À pied, à vélo, ville active	CAR	Comité d'arrimage régional
APPR	Agent de planification, de programmation et de recherche	CC-DRMG	Comité consultatif du DRMG
APSS	Accès priorisé aux services spécialisés	CCSN	Commission canadienne de sûreté nucléaire
APTS	Alliance du personnel professionnel et technique du réseau de la santé et des services sociaux	CDCBSL	Consortium en douleur chronique du Bas-Saint-Laurent
AQEPA	Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs	CDPDJ	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
ARQ	Association des radiologistes du Québec	CDRH	Comité de développement des ressources humaines
ATIVAD	Antibiothérapie intraveineuse à domicile	CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
ATP	Assistance technique en pharmacie	CECM	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire
ATS	<i>American Thoracic Society</i>	CECMDP	Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
AVAC	Accouchement vaginal après césarienne	CÉCO	Comité d'éthique clinique et organisationnelle
AVC	Accident vasculaire cérébral	Cégep	Collège d'enseignement général et professionnel
AVD	Activités de la vie domestique	CEPI	Candidat à l'exercice de la profession infirmière
AVQ	Aides à la vie quotidienne	CEPIA	Candidat à l'exercice de la profession infirmière auxiliaire
A3	Outil de gestion de projet	CEPSP	Comité de l'évolution de la pratique des soins pharmaceutiques

CER	Comité d'éthique de la recherche	CSF	Conseil des sages-femmes
CES	Chèque emploi-service	CSU	Centre de services aux utilisateurs
CFP	Centre de formation professionnelle	CSV	Carrefour sécurité en violence conjugale
CGE	Comité de gouvernance et d'éthique	C-TA-C	Contre toute agression conjugale
CH	Centre hospitalier	CU	Comité des usagers
CHRG	Centre hospitalier régional du Grand-Portage	CUC	Comité des usagers continué
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	CUCI	Comité des usagers du Centre intégré
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	CVI	Comité de vérification et des immobilisations
CII	Conseil des infirmières et infirmiers	CVQ	Comité de vigilance et de la qualité
CHIA	Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires		
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux	D	
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	DA	Déficiences auditives
CJ	Centre jeunesse	DACD	Diarrhée associée au Clostridium difficile
CLSC	Centre local de services communautaires	DCat-HB-VPI-Hib	Diphtérie, coqueluche, tétanos, hépatite B, poliomyélite et infections à Haemophilus influenzae de type B
CM	Conseil multidisciplinaire	DCI	Dossier clinique informatisé
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	DEC	Diplôme d'études collégiales
CML	Coordonnateur médical local	DGPPQ	Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité
CMQ	Collège des médecins du Québec	DGTI	Direction générale des technologies de l'information
CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale	DI	Déficiences intellectuelles
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail	DI-TSA	Déficiences intellectuelles et trouble du spectre de l'autisme
CoDir	Comité de direction	DI-TSA-DP	Déficiences intellectuelles, trouble du spectre de l'autisme et déficiences physiques
COMPAS	Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services	DL	Direction de la logistique Déficiences du langage
COSMOSS	Communauté ouverte et solidaire pour un monde outillé, scolarisé et en santé	DME	Déficiences motrices enfant
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019	DO	Développement organisationnel
CPE	Centre de la petite enfance	DP	Déficiences physiques
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	DPDI-TSA-DP	Direction du programme de déficiences intellectuelles, trouble du spectre de l'autisme et déficiences physiques
CPPE	Clinique pédiatrique de protection de l'enfance	DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
CPSEQ	Conférences populaires en santé de l'Est du Québec	DPJ-PJe	Direction de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse
CPSS	Coût par parcours de soins et services	DPSAPA	Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées
CR	Comité des résidents	DPSMD	Direction des programmes santé mentale et dépendance
CRDI	Centre de réadaptation en déficiences intellectuelles	DOEPE	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique
CRDI-TSA-DP	Centre de réadaptation en déficiences intellectuelles, trouble du spectre de l'autisme et déficiences physiques	DRF	Direction des ressources financières
CRDP	Centre de réadaptation en déficiences physiques	DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
CRDS	Centre de répartition des demandes de services	DRI	Direction des ressources informationnelles
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation		
CRLA	Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise		
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques		

DRMG	Département régional de médecine générale	ICI	Intervention comportementale intensive
DSI	Direction des soins infirmiers	I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC
DSM	Direction des services multidisciplinaires	IMNP	Intervention multifactorielle non personnalisée
DSP	Direction des services professionnels	IMP	Intervention multifactorielle personnalisée
DSPu	Direction de la santé publique	INC	Incorporé
DSQ	Dossier santé Québec	INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
DST	Direction des services techniques	INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
DV	Déficience visuelle	IPS	Infirmier praticien spécialisé ou infirmière praticienne spécialisée
E		IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée de première ligne
EESAD	Entreprise d'économie sociale d'aide à domicile	IRM	Imagerie par résonance magnétique
EGI	Entente de gestion et d'imputabilité	ISO	Organisation internationale de normalisation (<i>International Organization for Standardization</i>)
ELI	Externat longitudinal intégré	ISO-SMAF	Organisation internationale de normalisation (<i>International Organization for Standardization</i>) - Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
ÉPI	Équipement de protection individuelle	ISQ	Institut de la statistique du Québec
EQES	Enquête québécoise sur l'expérience de soins	ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
EQLAV	Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement	IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et pneumologie du Québec
ERS	<i>European Respiratory Society</i>	J	
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine	JASP	Journées annuelles de santé publique
ETC	Équivalent temps complet	JED	Jeunes en difficulté
F		J.P.	Jours-présence
FAP	Financement axé sur le patient	K	
FACT	<i>Flexible Assertive Community Treatment</i>	KRTB	Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata et Les Basques
G		L	
GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille	LASER	Laboratoire de recherche sur la santé en région
GASM-D	Guichet d'accès en santé mentale et dépendance	LCOP	Loi sur les contrats des organismes publics
GESTRED	Système de suivi de gestion et de reddition de comptes	LGCE	Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État
GIS	Groupe interdisciplinaire de soutien	LGRI	Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement
GMAO	Gestion de maintenance assistée par ordinateur	LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales
GMF	Groupe de médecine familiale/groupe de médecine de famille	LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
GMF-R	Groupe de médecine de famille réseau		
GMF-U	Groupe de médecine familiale universitaire/groupe de médecine de famille universitaire		
GRH	Gestion des ressources humaines		
GRM	Gestion des ressources matérielles		
GVSS	Groupe vigilance pour la sécurité des soins		
I			
IAB	Initiative des amis des bébés		

LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
LSST	Loi sur la santé et la sécurité du travail

M

M.A.IN.S. BSL	Mouvement d'aide, d'information et de soutien du Bas-Saint-Laurent
MALDI-TOF	Appareil de spectrométrie de masse (<i>Matrix Assisted Laser Desorption Ionisation - Time of Flight</i>)
MOI	Main-d'œuvre indépendante
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MU	Mesure d'urgence

N

N/D	Non déterminé
NSA	Niveau de soins alternatifs

O

OC	Ordonnance collective
OCCI	Outil de changement clinique informatisé
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OIIAQ	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OIS	Ordonnance individuelle standardisée
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPIQ	Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
OPUS-AP	Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – antipsychotiques
ORIIBSLIGIM	Ordre régional des infirmières et infirmiers du Bas-Saint-Laurent/Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
ORL	Oto-rhino-laryngologie
OSIRSIPA	Outil de suivi de l'implantation des réseaux de services intégrés aux personnes âgées

P

PAAT	Programme accès aux aides technologiques
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PACS	Système d'archivage et de transmission d'images (<i>Picture Archiving and Communication System</i>)
PAPFC	Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire

PAR	Plan d'action régional
PARI	Projets et activités en ressources informationnelles
PAS	Plan d'action stratégique
PCEM	Plan de conservation des équipements médicaux
PCFI	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière
PCI	Prévention et contrôle des infections
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale
PCR	Amplification en chaîne par polymérase (<i>Polymerase Chain Reaction</i>)
PDE	Plan de développement de l'expertise
PDG	Présidente-directrice générale/ Présidence-direction générale
PDGA	Président-directeur général adjoint Présidence-direction générale adjointe
PDSB	Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires
PEM	Plan d'effectifs médicaux
PERCA	Programme d'évaluation et de réadaptation en conduite automobile
PFT	Programme fonctionnel et technique
PI	Plan d'intervention
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PII	Plan interdisciplinaire d'intervention
PIN	Programme d'intervention en négligence
PIV	Programme d'identification visuelle
PLAIDD-BF	Promotion, lutte, aide, intervention, défense, droit – Bas-du-Fleuve
PMA	Procréation médicalement assistée
PMO	Planification de main-d'œuvre
PMU	Plan des mesures d'urgence
PNAV	Programme national d'assistance ventilatoire à domicile
PNSC	Plan national de sécurité civile
POR	Pratique organisationnelle requise
PPP	Partenariat public-privé
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PROS	Plan régional d'organisation des services médicaux généraux
PS	Plan stratégique
PSIAS	Plan de services individualisés et d'allocation de services
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires

PTAAC Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité

PTPARI Plan triennal des projets et activités en ressources informationnelles

R

RAC Réadaptation en résidence à assistance continue

RAMQ Régie de l'assurance maladie du Québec

RCR Réanimation cardiorespiratoire

RDL Rivière-du-Loup

RDM Retraitement des dispositifs médicaux

RGD Retard global du développement

RH Ressources humaines

RI Ressource intermédiaire

RI-RTF Ressource intermédiaire et ressource de type familial

RIS Ressource intermédiaire spécialisée

RLRQ Recueil des lois et des règlements du Québec

RLS Réseau local de services

ROCASM-BF Regroupement des organismes communautaires en santé mentale du Bas-du-Fleuve

RQSUCH Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier

RPA Résidence privée pour aînés

RPA-RI Résidence privée pour aînés et ressource intermédiaire

RPA-RI-RTF Résidence privée pour aînés, ressource intermédiaire et ressource de type familial

RPCU Regroupement provincial des comités d'usagers

RROVar Vaccin contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle

RRSS Répertoire des ressources en santé et services sociaux

RSIPA Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées

RSSS Réseau de la santé et des services sociaux

RSV Virus respiratoire syncytial

RTF Ressource de type familial

RTS Réseau territorial de services

RUIS Réseau universitaire intégré de santé

RUISSS Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux

RVSQ Rendez-vous santé Québec

S

SAC Spécialiste en activités cliniques

SAD Soutien à domicile

SAD LD Soins à domicile de longue durée

SAIME Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi

SAPA Soutien à l'autonomie des personnes âgées

SARM Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline

SARROS Soutien aux régions pour le recrutement des omnipraticiens et spécialistes

SAT Service des aides techniques

SC Sécurité civile

SCPD Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

SCT Secrétariat du Conseil du trésor

SERG Service d'évaluation et de réadaptation gériatrique

SI Suivi intensif

SIAD Soins intensifs à domicile

SID Système d'information décisionnel

SIGCH Système d'information pour la gestion de la coordination à l'hébergement

SI-GFA Système intégré - gestion financière et approvisionnement

SIGP Système intégré de gestion de la performance

SIL Système d'information de laboratoire

SIM Suivi intensif dans le milieu

SIMASS Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés

SIMDUT Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail

SIPAD Système d'information pour les personnes ayant une déficience

SIPPE Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

SI-SPIN Système d'information pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales

SIV Suivi d'intensité variable

SMAF Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

SPCI Service de la prévention et du contrôle des infections

SPIN Surveillance provinciale des infections nosocomiales

SQETGC Service québécois d'expertise en trouble grave du comportement

SQI Société québécoise des infrastructures

SST Santé et sécurité au travail

T

TAI	Tableau d'aide individualisé
TBIG	Tableau de bord des informations de gestion
TEP	Tomographies par émission de positrons
THPH	Programme transport et hébergement pour les personnes handicapées
TI	Technologie de l'information
TIR-SHV	Tables intersectorielles régionales en saines habitudes de vie
TL	Technicien en loisirs
TNO	Territoire non organisé
TROC-BSL	Table régionale des organismes communautaires du Bas-Saint-Laurent
TRPIN	Table régionale en prévention des infections nosocomiales
TS	Travailleur social
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

U

UCDG	Unité de courte durée gériatrique
UL	Université Laval
UMF	Unité de médecine familiale
UQAM	Université du Québec à Montréal



Le message des autorités

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent : engagé envers sa région



M^{me} Isabelle Malo
Présidente-directrice générale



M^{me} Louise Bolduc
Présidente du conseil
d'administration

Une autre année fort occupée s'achève, cette fois-ci dans un contexte historique sans précédent. La pandémie de COVID-19 qui secoue la planète depuis le début de l'année 2020 a également touché le Bas-Saint-Laurent. Les mesures nécessaires sont prises actuellement pour contenir la propagation du virus sur notre territoire et répondre de la façon la plus efficace possible à toute éventualité, grâce à notre capacité à s'ajuster et à une solidarité organisationnelle et communautaire exemplaire. Nous sommes persuadées que la force de tous les membres de l'équipe du CISSS du Bas-Saint-Laurent et le niveau de responsabilité collective de notre population continueront à freiner la progression de cette pandémie.

C'est avec une immense fierté que nous vous présentons ce rapport annuel de gestion qui met en évidence le bilan de nos activités ainsi que les résultats obtenus en regard de la vision axée sur l'humanisation des soins et services que nous désirons porter à l'échelle de notre organisation, dans un esprit de collaboration, d'engagement et de responsabilisation. Pour une cinquième année consécutive, l'atteinte de l'équilibre budgétaire, jumelé à un réel engagement à faire les choses efficacement et rigoureusement, a permis au CISSS de poursuivre le développement d'activités et de services ou de consolider nos activités à un rythme soutenu.

Au quotidien, l'accessibilité des soins et des services a alimenté nos réflexions et marqué le pas de l'ensemble de nos réalisations. Qu'il s'agisse de la mise en place d'un numéro unique pour les demandes de services sociaux et de santé au Bas-Saint-Laurent, de l'intégration des équipes jeunesse qui s'est poursuivie, des efforts constants pour limiter les ruptures de services, de la reprise des services de sage-femme au KRTB ou du développement de l'offre du service de curiethérapie de la prostate à l'hôpital de Rimouski, l'usager demeure véritablement au cœur de nos actions.

Autres exemples éloquents : le nombre d'heures de service de soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services et le nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée aux adultes et personnes âgées ont

Même si les obstacles sont nombreux, un fait demeure : le CISSS du Bas-Saint-Laurent est à l'image de ses ressources humaines : engagé, efficace, déterminé et de plus en plus agile.

connu une augmentation substantielle au cours des 12 derniers mois. Une progression importante du nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile a également été observée, de même que la bonne performance de nos urgences et le nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille qui dépasse les cibles nationales. Vous aurez d'ailleurs un aperçu détaillé des réalisations de notre organisation à la lecture de ce document, qui fait également état des réalisations attribuables aux importants investissements de quelque 21 millions de dollars consentis sur une base récurrente en cours d'année par le gouvernement pour améliorer nos soins et services.

Des projets remplis de promesses sont également à portée de mains, dont la délocalisation du programme de doctorat en médecine de l'Université Laval, qui permettra d'accueillir la première cohorte d'étudiants à compter de septembre 2022 à Rimouski. D'autres sont ardemment en chantier, comme le développement de deux maisons des aînés.

Parallèlement aux projets et aux réalisations, il y a cependant les défis auxquels l'organisation est confrontée. À ce chapitre, les enjeux de main-d'œuvre sont omniprésents dans la région, comme ailleurs au Québec, bien que des exercices de rehaussement de postes ont amélioré les conditions de nos professionnels de la santé et des services sociaux et que nous ayons procédé à la signature des cinq conventions collectives locales qui régissent les conditions d'exercice de notre personnel. Nous demeurons vigilants afin de répondre au mieux aux besoins et continuer d'être attractifs pour la main-d'œuvre qui désire offrir ses services dans nos installations.

De solides bases pour l'avenir

Même si les obstacles sont nombreux, un fait demeure : le CISSS du Bas-Saint-Laurent est à l'image de ses ressources humaines : engagé, efficace, déterminé et de plus en plus agile. C'est dans ce contexte que nous désirons une fois de plus souligner le soutien indéfectible du personnel, des médecins et des gestionnaires qui contribuent d'une manière inestimable aux avancées de notre organisation. Les Bas-Laurentiens peuvent compter sur une équipe dévouée, déterminée à offrir des soins et des services à proximité et à relever les défis liés, notamment, à l'accessibilité des soins et services, à la pénurie de certaines ressources et au vieillissement de notre population.

Nous remercions également nos précieuses fondations, notre Comité des usagers du Centre intégré et nos comités des usagers continués et de résidents, qui veillent à ce que les usagers soient traités dans le respect de leur dignité et en reconnaissance de leurs droits et libertés, nos



fidèles bénévoles et nos partenaires communautaires engagés; tous participent d'une façon toute particulière à l'amélioration de la qualité de soins et des services. Des collaborations de plus en plus fluides avec des partenaires locaux et régionaux portent également leurs fruits, que ce soit en enseignement et recherche, par le biais de démarches de concertation telles COSMOSS et Vieillir en santé, ou dans le cadre des échanges avec les membres du comité des partenaires du CISSS, qui regroupe des représentants des milieux économique, social et politique de la région.

Enfin, nous désirons souligner le soutien indéfectible des membres du conseil d'administration qui, encore cette année, ont mis leurs connaissances et leurs expertises au service du CISSS du Bas-Saint-Laurent. Le conseil d'administration a d'ailleurs une nouvelle présidente, qui succède à monsieur Hugues St-Pierre, à qui nous rendons hommage pour son engagement des quatre dernières années et sa précieuse contribution à la mise en place de la gouvernance de notre organisation de 2015 à 2019. De nouveaux membres ont également rejoint les rangs du conseil d'administration et participent déjà de façon active aux décisions.

C'est dans ce contexte et forts des liens étroits entretenus avec nos communautés internes et externes que nous poursuivons sur notre lancée, appuyés sur de solides bases qui nous permettent de réaliser notre mission avec humanisme, rigueur et grande détermination, pour le mieux-être de notre population.



M^{me} Louise Bolduc

Présidente du conseil d'administration



M^{me} Isabelle Malo

Présidente-directrice générale

Déclaration de fiabilité des données et contrôles afférents

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2019-2020 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 2020.



M^{me} Isabelle Malo

Présidente-directrice générale

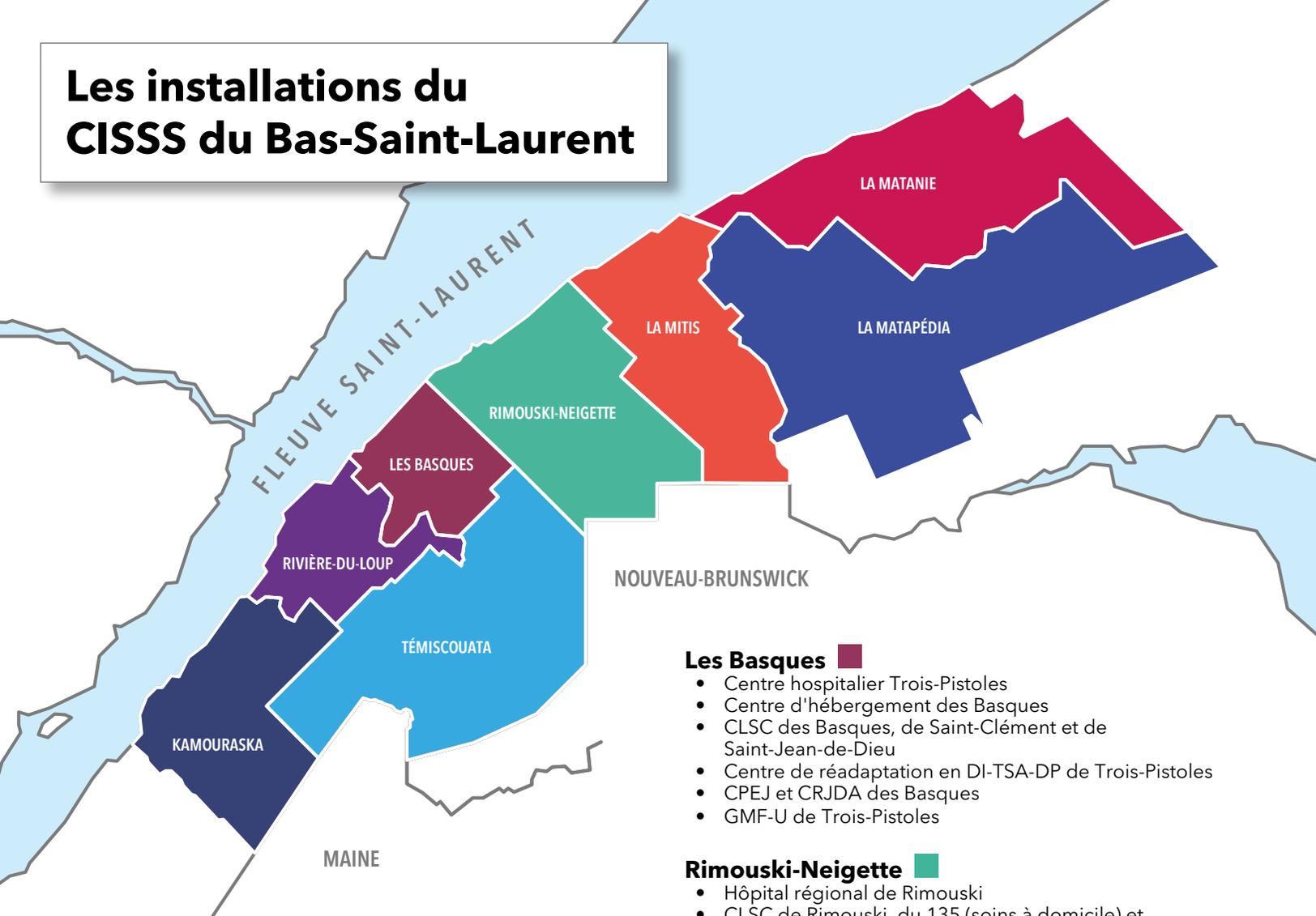
Prévenir
Accompagner
Prendre soin



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



Les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent



Kamouraska

- Hôpital Notre-Dame-de-Fatima
- CLSC de Saint-Pascal et de La Pocatière
- Centres d'hébergement de Saint-Pacôme et Villa Maria
- CPEJ de Saint-Pascal
- Centre de réadaptation en DI-TSA-DP Thérèse-Martin

Rivière-du-Loup

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

Témiscouata

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

Les Basques

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

Rimouski-Neigette

- Hôpital régional de Rimouski
- CLSC de Rimouski, du 135 (soins à domicile) et du 180 (jeunesse-enfance-famille)
- CLSC (Saint-Fabien, Saint-Marcellin et Saint-Narcisse)
- Centre d'hébergement de Rimouski
- CRDP de Rimouski-Neigette
- Centre de réadaptation en DI-TSA-DP de Rimouski
- CPEJ de Rimouski-Neigette et Pierre-Saindon
- CRJDA de Rimouski-Neigette et Arthur-Buies
- GMF-U de Rimouski

La Mitis

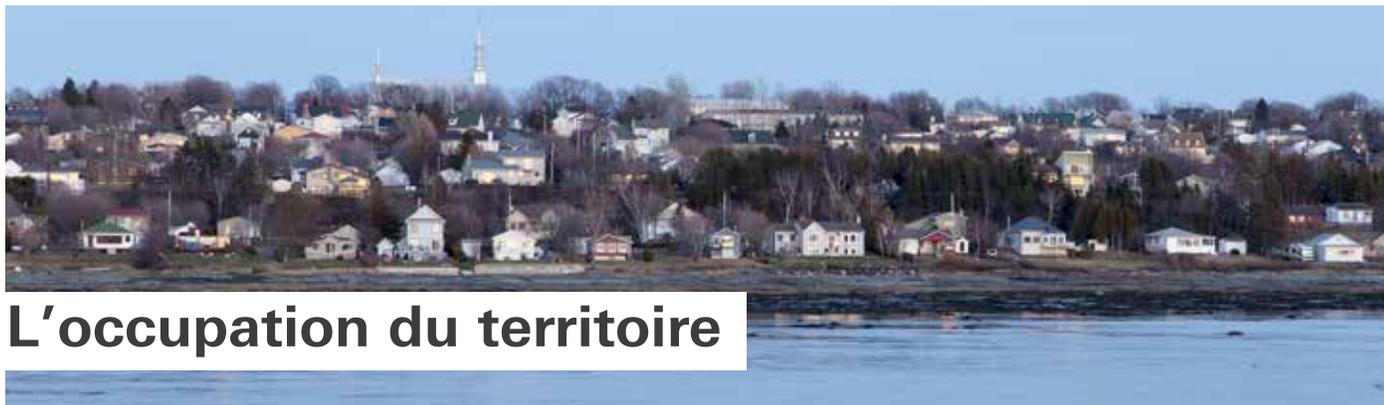
- Centre hospitalier de La Mitis
- CLSC de Mont-Joli, Les Hauteurs et de Sainte-Jeanne-D'Arc
- Centre d'hébergement de La Mitis
- Centre de réadaptation en DI-TSA-DP de La Mitis
- CPEJ de La Mitis
- Maison des naissances Colette-Julien

La Matapédia

- Hôpital d'Amqui
- CLSC de Causapsal, d'Amqui, de Sayabec et de Saint-Moïse
- Centre d'hébergement Marie-Anne-Ouellet
- Centre de réadaptation en DI-TSA-DP d'Amqui
- CPEJ de La Matapédia

La Matanie

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



L'occupation du territoire

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

En 2020, la région compte 197 044 habitants au total répartis dans 8 MRC correspondant aux 8 réseaux locaux de services (RLS) existants. Cette population, distribuée sur un territoire de 22 185 km² (densité de 9 habitants/km²), comprend 114 municipalités ainsi que 14 territoires non organisés (TNO) et 2 réserves autochtones. Les MRC de Kamouraska, de Rivière-du-Loup, de 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 57 400.

La plupart des 114 municipalités que compte la région ont vu la taille de leur population changer entre 2013 et 2019. Selon les dernières estimations de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), 85 territoires municipaux ont subi une baisse de population (5 023 personnes au total), 10 sont demeurés inchangés ou ont connu de très faibles variations et 19 ont enregistré une hausse (2 210 personnes au total).

Les municipalités dont les effectifs ont diminué sont généralement de petite taille, quoique certaines villes présentant un poids démographique important figurent sur cette liste : Matane (-454), Mont-Joli (-300), Trois-Pistoles (-197), Amqui (-182), La Pocatière (-111) et Témiscouata-sur-le-Lac (-86). À l'inverse, Rimouski (+1 476), Rivière-du-Loup (+360) et Saint-Antonin (+88) font partie des municipalités qui ont vu leur population s'accroître pour la période de 2013 à 2019.

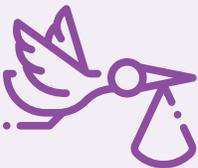
Dans son ensemble, la population de la région a diminué de 1,4 % de 2013 à 2019. Il s'agit d'une perte plus importante que celle de la période précédente (-0,7 % de 2007 à 2013). D'ici 2030, les projections démographiques de l'ISQ prévoient une diminution de 2,1 % de la population dans la région.

Les conditions démographiques et socioéconomiques



Vieillesse de la population

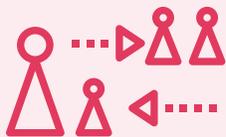
Parmi les éléments caractérisant la population de la région du Bas-Saint-Laurent, on peut certes affirmer que le vieillissement de la population est ce qui conditionne le plus l'organisation des services. En 2020, quelque 53 026 personnes ont 65 ans et plus, ce qui représente plus de 27 % de la population totale de la région. Cette proportion est supérieure de 7 points de pourcentage à celle du Québec. En 2001, 19 ans plus tôt, les personnes âgées de 65 ans et plus ne constituaient que 15 % du total de la population bas-laurentienne. Le fait que les premiers baby-boomers aient franchi le cap des 65 ans en 2010 entraîne un accroissement du vieillissement. On estime qu'en 2031, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus sera de 35 % soit, 10 points de pourcentage de plus qu'en 2020.



Accroissement naturel

Selon les données provisoires, 1 618 bébés sont nés dans la région en 2018. Depuis les années 2000, le nombre annuel de naissances a varié grosso modo entre 1 600 et 1 900. La diminution observée depuis 2012 devrait se poursuivre au cours des prochaines années.

Le nombre de décès dépasse celui des naissances au Bas-Saint-Laurent pour les 7 dernières années (2012 à 2018). 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 2018, l'écart entre le nombre de décès et celui des naissances est de 476, alors qu'en 2012, il était de 18.



Mouvements migratoires interrégionaux

La migration interrégionale est un autre facteur qui agit sur la taille de la population. Depuis les années 2000, le solde migratoire du Bas-Saint-Laurent est déficitaire : le nombre de personnes quittant la région est plus élevé que le nombre de personnes qui arrivent. En 2017-2018, la région a perdu 132 personnes dans ses échanges avec les autres régions. Au cours des 10 dernières années, ces pertes ont fluctué entre 5 et 456 personnes pour un solde total d'environ 1 900 personnes. Les 15-24 ans sont ceux qui quittent la région en plus grand nombre. Les gains chez les 30-64 ans ne parviennent pas à combler le départ des jeunes. Ce phénomène contribue à l'accroissement de la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus au Bas-Saint-Laurent.



Environnement social

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

Depuis quelques années, le décrochage scolaire est moins fréquent dans la région que dans l'ensemble du Québec. Dans le réseau public d'éducation, parmi les élèves sortants du secondaire inscrits en formation générale en 2016-2017, 9,5 % n'avaient ni diplôme ni qualification dans la région, alors qu'ils étaient 15,1 % au Québec. Le Bas-Saint-Laurent est la région du Québec présentant la plus faible proportion de décrocheurs. Il se démarque également par rapport au Québec sur le plan de la diplomation après 7 années au secondaire. Pour la cohorte de 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.

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



Conditions socioéconomiques

En 2019, le taux d'emploi demeure moins élevé au Bas-Saint-Laurent que dans l'ensemble du Québec (55,3 % contre 61,5 %). Pour ce qui est du taux de chômage, selon l'Institut de la statistique du Québec, il est légèrement plus élevé au Bas-Saint-Laurent qu'au Québec (5,5 % contre 5,1 %) en 2019. La proportion des 18-64 ans recevant une aide financière du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale en mars 2019 s'élève à 6,5 %. Dans l'ensemble du Québec, le taux d'assistance sociale est un peu moins élevé (5,7 %).

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



Le portrait de santé des Bas-Laurentiens

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

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



Habitudes de vie et comportements

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

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

Santé des mères et des tout-petits

Pour la période 2015-2017, la région se distingue positivement selon l'indicateur du taux de grossesse chez les adolescentes de 14 à 17 ans, avec un taux de 4,1 pour 1 000 adolescentes. Le Bas-Saint-Laurent est parmi les régions présentant les taux les plus faibles de la province (taux du Québec : 6,0 pour 1 000 adolescentes).

Sur le territoire, selon les données provisoires de 2018, les naissances de faible poids (5,7 %) et les naissances prématurées (7,5 %) sont comparables aux proportions de l'ensemble du Québec (avec respectivement 6,1 % et 7,2 %) pour l'année 2017.



Personnes vivant avec des limitations

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



Santé mentale et suicide

En 2015-2016, 72 % des Bas-Laurentiens de 12 ans et plus ont déclaré avoir une excellente ou très bonne santé mentale. Toutefois, en 2017-2018, 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 2014-2016, le taux de mortalité par suicide du Bas-Saint-Laurent (15,5 par 100 000 habitants) est semblable à celui du Québec (13,7 par 100 000 habitants).



Maladies chroniques

La prévalence du cancer au Bas-Saint-Laurent est semblable à celle du Québec. Au cours des 5 années qui ont précédé l'année 2011, c'est 1,4 % des Bas-Laurentiens et des Québécois qui ont reçu un diagnostic de cancer. 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 2016-2017, cette prévalence s'élève à 11,6 % pour la région et à 9,8 % pour le Québec.

Depuis le début des années 2000, le Bas-Saint-Laurent présente une prévalence du diabète légèrement inférieure à celle du Québec



pour la population de 20 ans et plus. En 2017-2018, 8,1 % de la population âgée de 20 ans et plus de la région était aux prises avec le diabète, alors que dans la province, cette proportion est de 9,1 %.

Espérance de vie et mortalité



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

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

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

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



Même si la population du Bas-Saint-Laurent ne représente qu'environ 2,4 % de celle du Québec, on y enregistre, selon les données de 2014 à 2016, 4,7 % des décès par traumatismes non intentionnels, comme les accidents, les chutes, les noyades, etc.

Services de santé

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

Pour en savoir plus sur la population du Bas-Saint-Laurent et son état de santé, il faut consulter les productions de la Direction de la santé publique (DSPu) et de son équipe de surveillance. Dans la prochaine année, la DSPu publiera le rapport du directeur sur les maladies à déclaration obligatoire et mettra à jour le Portrait jeunesse disponible sur le site Web au cisss-bsl.gouv.qc.ca, dans la section Documentation > État de santé de la population.

Prévenir
Accompagner
Prendre soin



**Présentation de
l'établissement et
des faits saillants**

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent en bref



7815
employés



Budget global de l'établissement :
755 millions de dollars



266
médecins de famille



219
médecins spécialistes
actifs



11
dentistes



65
pharmaciens



59
pharmacies
communautaires



471
lits de courte durée
(mission centre hospitalier)



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



1
maison de naissance



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



105
endroits où sont offerts
des soins et services



installations propriétaires
et **79** installations non
propriétaires



50
cliniques médicales



12
groupes de
médecine familiale (GMF)



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



127
organismes communautaires



136
résidences privées
pour aînés (RPA)

Notre vision

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

Nos valeurs

Collaboration

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

Humanisation

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

Engagement

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

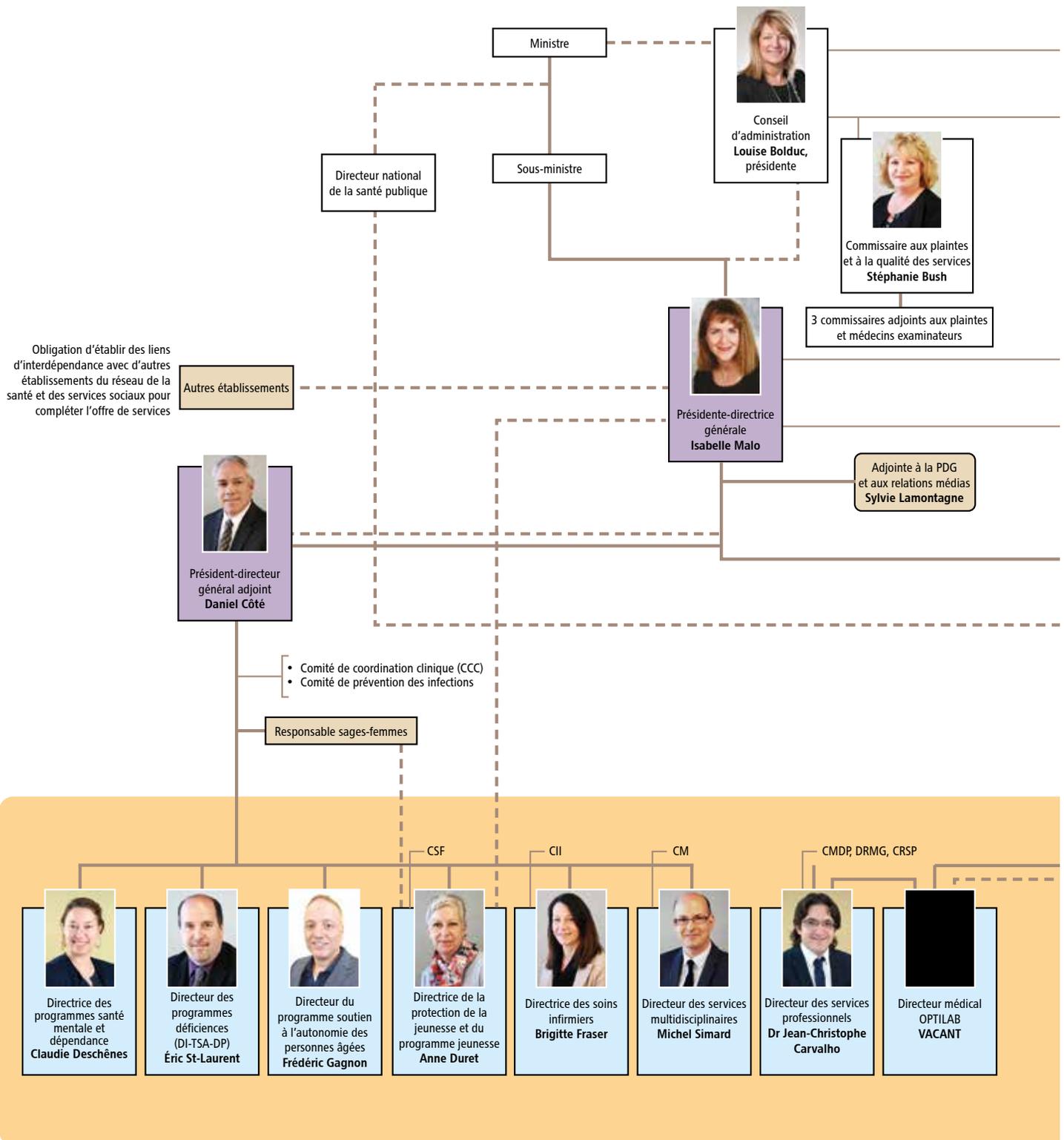
Responsabilisation

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

Nos rôles et responsabilités

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

L'organigramme de la haute direction



LÉGENDE



Conseils professionnels au CA :

- CMDP
- CII
- CM
- CSF

- Comité des usagers (CUCI et CUC)
- Comité de gouvernance & d'éthique
- Comité de vérification et des immobilisations
- Comité de vigilance & qualité
- Comité d'éthique de la recherche
- Comité de révision
- Comité de développement des ressources humaines
- Comité d'accès aux services en langue anglaise

Comités de la PDG :

- DRMG
- CRSP

- Comité exécutif (CE)
- Comité de direction (CoDir)
- Comité d'arrimage (CAR)
- Comité cogestion médico-administratif (CCGMA)
- Comité de gestion des risques
- Comité de gouvernance des ressources informationnelles (CGRI)
- Comité d'éthique clinique et organisationnelle
- Comité de coordination administratif (CCA)

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).



Directeur clinico-administratif
OPTILAB
René Bergeron



Directeur de la santé publique
Dr Sylvain Leduc



Directeur qualité, évaluation, performance et éthique clinique
Gino Beaudoin



Directrice de la logistique
Cathy Deschênes
(par intérim)



Directrice des ressources informationnelles
Cathy Gauthier



Directeur des services techniques
Martin Legault



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



Directrice des ressources financières
Caroline Morin

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

Conseil d'administration

Composition

Membres désignés



M^{me} Nathalie Chenel
Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)



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



Dr Gabriel Houle
Département régional de médecine générale (DRMG)



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



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



M^{me} Renée Furlong,
expertise en santé
mentale



M^{me} Nathalie Dubé,
expertise dans
les organismes
communautaires



M^{me} Lucie Lapointe,
expertise en réadaptation



M^{me} Mélanie Leblanc,
compétence en
ressources immobilières,
informationnelles ou
humaines



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



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

Membre observateur



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

Mandat

Le conseil d'administration doit en outre :

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

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

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. Cette année, il y a eu un manquement.

Réalisations

- Tenue d'une assemblée générale annuelle le 4 décembre 2019, de sept séances régulières et de cinq 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 et suivi du tableau de bord de gestion portant sur les indicateurs d'accès.
- Nominations :
 - de nouveaux membres au comité d'éthique de la recherche;
 - de membres au Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise (CRLA) du Bas-Saint-Laurent;
 - d'un vice-président et d'une secrétaire du conseil d'administration;
 - d'un médecin examinateur;
 - de la cogestionnaire médicale du programme de cancérologie;
 - médicales et renouvellement des nominations médicales;
 - d'un auditeur indépendant pour l'exercice 2019-2020;
 - de quatre cadres supérieurs.
- Approbation de la constitution de l'assemblée des chercheurs.
- Accueil de quatre nouveaux membres du conseil d'administration, dont un nommé par le conseil d'administration et trois ayant été nommés par la ministre de la Santé et des Services sociaux.
- Autorisation d'aller de l'avant en vue de la signature d'un contrat d'affiliation avec l'Université Laval.
- Reconduction de la désignation du comité d'éthique de la recherche du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Suivi des résultats des différents audits et de la démarche d'agrément et des projets spéciaux d'envergure de l'établissement.
- Octroi de contrats de service avec des sages-femmes.
- Adoption de l'*Entente de gestion et d'imputabilité 2019-2020*, du *Bilan de l'entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019* et du *Rapport annuel de gestion 2018-2019*.
- Répartition de l'enveloppe régionale 2019-2020 du soutien financier aux organismes communautaires.
- Adoption du *Rapport financier annuel 2018-2019* et du *Budget 2019-2020*.
- Entérinement de la mise en place de deux comités de développement durable.
- Approbation de plusieurs autres documents, dont :
 - le code de conduite;
 - le règlement sur les règles de fonctionnement du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise du Bas-Saint-Laurent;
 - les modifications au *Règlement du conseil des infirmières et infirmiers (CII)*;
 - le rapport annuel du comité d'éthique de la recherche;
 - le *Protocole de mise sous garde en établissement de santé et de services sociaux des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou autrui en raison de leur état mental*;
 - la politique de protection d'un majeur inapte;
- la mise à jour du règlement de régie interne du comité de gouvernance et d'éthique;
- la modification du *Cadre réglementaire sur l'organisation et les bonnes pratiques en recherche* au CISSS du Bas-Saint-Laurent en vue de l'octroi des privilèges et statuts de chercheurs.

Comité des usagers du Centre intégré (CUCI)

Composition

M^{me} Claire St-Onge, présidente, La Mitis
M^{me} Marielle Raymond, vice-présidente, Rivière-du-Loup
M^{me} Sylvie Rousseau, trésorière, Rivière-du-Loup
M. Bertrand Martel, La Matapédia
M^{me} Julette Rioux, Les Basques
M. René Dufour, Kamouraska
M^{me} Manon Pedneault, Rimouski-Neigette (CRDI-TSA-DP)
M^{me} Fernande Dupont-Grondin, Témiscouata
M^{me} Denyse Landry, Rimouski-Neigette
M. Réginald Michaud, La Matanie
Vacant, (CPEJ)

Mandat

Assurer les fonctions de représentation, de coordination et d'harmonisation auprès et au nom des comités des usagers (CU) et des comités de résidents (CR).

Assurer les liens de communication avec les CU et les CR, et travailler conjointement avec ces derniers aux intérêts de tous les usagers sur tout le territoire couvert par le CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Faire une liste des enjeux prioritaires et des recommandations au conseil d'administration pour l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Réalisations

- Tenue de sept rencontres régionales et de trois rencontres statutaires avec la présidente-directrice générale de l'établissement.
- Information ou consultation des membres sur plusieurs sujets, dont :
 - le bilan annuel du sondage général de satisfaction des usagers;
 - le projet de justice réparatrice pour les jeunes contrevenants;
 - le déploiement du service régional d'accueil, analyse, orientation et référence (AAOR);
 - le projet de bonification des centres de jour;
- l'offre de service alimentaire en CHSLD.
- Collaboration à deux projets de l'établissement dans les CHSLD du territoire :
 - une série de concerts chants et musique pour les résidents et leurs proches;
 - la production de bannières extérieures « Visitons nos aînés. Offrons notre présence. »;
- Soutien au processus de révision de l'offre alimentaire en CHSLD et tournée des comités de résidents avec la gestionnaire responsable.
- Production d'un message télévisuel de remerciement aux membres du personnel pour leur grand dévouement dans le cadre de la pandémie de coronavirus.
- 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 et le comité-conseil sur les soins et les services à la jeunesse et aux familles.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Composition du comité exécutif du CMDP

Dr Jean-Philippe Allard, président par intérim, Kamouraska
Dre Annie Charbonneau, secrétaire CECMDP, Les Basques
Dre Janie Pedneault, trésorière CECMDP, Témiscouata
Dr Jean-Philippe Boulanger-Dorval, Rimouski-Neigette
Dre Josée Côté, Rimouski-Neigette
Dre Gabrielle Gagnon, présidente sortante du CMDP, Rimouski-Neigette
Dre Renée Gagnon, La Matanie
Dr Sylvain Lachance, Rivière-du-Loup
Dr Martin Lefebvre, Rivière-du-Loup
Dre Thuy-Tien Nguyen-Dang, La Matapédia
M^{me} Cynthia Paradis, La Mitis
Dr Jocelyn Tremblay, Rimouski-Neigette
M^{me} Isabelle Malo, présidente-directrice générale
Dr Jean-Christophe Carvalho, directeur des services professionnels
Dre Diane Comeau, directrice de l'enseignement médical (invitée)
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 conseil lors de l'assemblée générale annuelle et représentant les différentes missions et secteurs géographiques de notre organisation.

Le comité exécutif du CMDP s'est rencontré environ 10 fois au cours de l'année.

Réalisations

- Révision des règlements de régie interne du CMDP instaurant des instances locales du CMDP dans les différentes installations (adoption projetée à l'automne 2020).
- Mise à jour des ordonnances collectives et protocoles afin de les uniformiser au sein du CISSS du Bas-Saint-Laurent (environ 100 outils de collaboration interprofessionnelle).
- Bonification de la représentativité de l'exécutif avec des membres provenant de chacune des installations.
- Travaux de suivis de la visite du Collège des médecins du Québec en 2019 :
 - plusieurs dossiers traités aux comités locaux d'évaluation de l'acte et au comité central;
 - le sous-comité de l'évaluation de l'acte périnatal en implantation.
- Le nombre des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement est d'environ 600 membres, dont 450 sont des membres actifs (pratique principale au sein de l'établissement).

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

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

Membres élus

M^{me} Anick Chouinard, présidente, La Matapédia, direction de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse (DPJ-PJe)

M^{me} Katherine St-Pierre, vice-présidente, Rimouski-Neigette, représentante des directions de soutien

M^{me} 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)

M^{me} Sandra Côté, Rimouski-Neigette, direction des soins infirmiers (DSI)

M^{me} 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

M^{me} Kathy-Alexandre Chenel, La Matanie, conseillère en soins infirmiers

M^{me} Stéphanie Allard, Les Basques, infirmière praticienne spécialisée

M^{me} Deyna L'Heureux, Rimouski-Neigette, adjointe à la direction des soins infirmiers (DSI)

Membres d'observation

M^{me} Isabelle Gagnon, Rimouski-Neigette, volet recherche

M^{mes} Colombe Pelletier et Manon Savard, Ordre régional des infirmières et infirmiers du Bas-Saint-Laurent/Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (ORIIBSLGIM)

Membres nommés d'office

M^{me} Marie-Josée Bélanger, La Matapédia, représentante du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

M. Daniel Côté, président-directeur général adjoint

M^{me} Brigitte Fraser, directrice des soins infirmiers
Poste vacant, membre représentant du CIIA

Invités permanents

M^{me} Isabelle Beaulieu, Rimouski-Neigette, représentante des centres de formation professionnelle

M^{me} 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 (CA) :

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

Responsabilités envers la présidente-directrice générale

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

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

Autres responsabilités et pouvoirs

Le CII adopte ses règlements concernant sa régie interne, forme un comité exécutif (CECII) et doit aussi constituer un comité d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires (CIIA).

Le CII peut mettre en place des comités et statuer sur leur fonctionnement ainsi que sur la poursuite de leurs fins et désigner un membre pour siéger au conseil d'administration de l'établissement comme prescrit.

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

Réalisations

- Tenue de trois séances régulières et de l'assemblée générale annuelle (AGA) le 9 mai 2019.
- Avis et recommandations sur :
 - les règles de soins infirmiers :
 - ▶ pratique infirmière qui exerce en obstétrique;
 - ▶ assistance opératoire en orthopédie;
 - ▶ relevé d'une ordonnance médicale;
 - ▶ ordonnances verbales ou téléphoniques;
 - ▶ débridement chirurgical
 - ▶ conservateur d'une plaie;
 - ▶ contribution de l'infirmière lors d'un constat de décès à distance;
 - ▶ la politique et la procédure de demande de surveillance particulière en CH et CHSLD;
 - ▶ le programme en oncologie;
 - ▶ le guide *Présence infirmière obligatoire en CHSLD – Mesures d'exception*.
- Modification du règlement du CII et présentation à l'AGA et au conseil d'administration pour adoption.
- Présentation du plan d'action et des réalisations du CECII aux visiteurs d'Agrément Canada.
- Élection des membres.
- Mise en place d'un comité d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires provisoire.
- Ajustement du règlement du CII au projet de règlement du MSSS.
- Suivi de la visite d'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) et plan d'action.

Conseil multidisciplinaire (CM)

Composition du comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM)

- M^{me} Annie Gauthier, présidente, ergothérapeute au programme SAPA (Kamouraska)
- M^{me} Eugénie Jean-Label, vice-présidente, spécialiste en activité clinique, programme services multidisciplinaires (Rimouski)
- M^{me} Julie Lavoie, secrétaire, nutritionniste en maladies chroniques, programme DSP (Rimouski),
- M^{me} Hélène Beaudoin, travailleuse sociale, programme SAPA (Rimouski)
- M^{me} Marie-Josée Castonguay, travailleuse sociale, programme santé mentale et dépendance (Rivière-du-Loup)
- M^{me} Linda Cloutier, ergothérapeute, programme DI-TSA-DP (Rivière-du-Loup)
- M^{me} Judith Dion, coordonnatrice administrative pour le PQDCS, programme santé publique (Rimouski)
- M^{me} Crystal Fournier, ergothérapeute, programme jeunesse (Matane)
- M^{me} Léa Gosselin, neuropsychologue, programme DI-TSA-DP (Rivière-du-Loup)
- M^{me} Nancy Isabel, technologue en imagerie médicale, programme services multidisciplinaires (Rimouski)
- M^{me} Geneviève Migneault, travailleuse sociale, programme santé mentale et dépendance (Kamouraska)

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

M. Jérémie Hébert, technicien en éducation spécialisée, programme jeunesse (Matane)

M. Michel Simard, directeur des services multidisciplinaires, CISSS du Bas-Saint-Laurent

M. Daniel Côté, président-directeur général adjoint, CISSS du Bas-Saint-Laurent

Mandat

Mandat général du conseil multidisciplinaire

- Procurer un véhicule d'expression aux préoccupations professionnelles de groupes définis de dispensateurs de services, et dont l'apport d'expertise et le vécu clinique peuvent contribuer à améliorer la qualité, l'organisation et la dispensation des soins et services.
- Auprès du conseil d'administration : il constitue les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la pratique professionnelle de ses membres. Il fait des recommandations sur la distribution des soins et services dispensés par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercices requises pour assurer des services de qualité.
- Auprès de la Présidence-direction générale : il

conseille sur l'organisation technique et scientifique. Il propose les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres.

- Il répond aussi à toute autre fonction que le conseil d'administration ou la Présidence-direction générale porte à son attention.

Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année

Aucun mandat reçu de la Présidence-direction générale, du conseil d'administration ou autre.

Réalisations

- Avis et recommandations émis par le CM :
 - un avis et un rapport d'un comité de programme (offres de service en ergothérapie).
- Des avis favorables et des commentaires ont été émis concernant :
 - la politique et la procédure de protection d'un majeur inapte;
 - la procédure de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et toute autre personne en situation de vulnérabilité;
 - le programme de cancérologie;
 - le programme et la procédure de demande de surveillance particulière en centre hospitalier et en centre d'hébergement et de soins de longue durée;
 - la procédure pour la réalisation d'audit de qualité sur la représentativité des plans d'intervention interdisciplinaire au dossier des usagers;
 - la politique sur l'apparence personnelle et la tenue vestimentaire des intervenants.
- Principaux projets présentés et commentés par le CECM à la demande de différentes directions, dont :
 - le comité stratégique sur la sécurité des soins et services professionnels;
 - le service régional d'accueil, analyse, orientation et référence (AAOR);
 - le pavillon d'enseignement;
 - la matrice de cohérence de la Présidence-direction générale;
 - la recherche de main-d'œuvre
- Soutien aux comités de pairs :
 - soutien au comité travaillant à la création d'outils de communication pour améliorer la sécurité et la qualité des services aux usagers utilisant des équipements pour leur autonomie à domicile par des professionnels en réadaptation.
- Comités de programme (*ad hoc*)
 - formation d'un groupe d'experts en ergothérapie pour éclairer l'avis du CECM concernant le projet d'offres de service en ergothérapie. Transmission des recommandations à la direction concernée.

Résultats obtenus et poursuite du mandat

- Les résultats quant à la mise en place d'un mécanisme de suivi des dossiers prioritaires touchant les pratiques et les services professionnels et au soutien aux comités de pairs ont été atteints.
- La mise en place de stratégies de mobilisation des membres du CM dans le but de soutenir la qualité de la pratique professionnelle doit se poursuivre afin que ceux-ci utilisent davantage le CM comme véhicule d'expression de leurs préoccupations professionnelles en lien avec les soins et services.
- L'ampleur des défis auxquels le CM fait face depuis la création du CISSS du Bas-Saint-Laurent n'a pas permis d'investir pleinement le mandat en lien avec le maintien de la compétence des membres.
- La poursuite du développement des liens avec les autres instances professionnelles et les directions ainsi que de sa crédibilité en tant qu'instance consultative.

Pour conclure, le CECM souhaite jouer un rôle dynamique et constructif au sein de l'organisation et est satisfait du travail accompli dans l'année, compte tenu de l'ampleur des défis auxquels il fait face en tant qu'instance représentant plus de 2000 membres issus de plus de 40 titres d'emploi différents.

Conseil des sages-femmes (CSF)

Composition

M^{me} Karine Dubon, sage-femme
M^{me} Geneviève Guilbault, sage-femme
M^{me} Sarah Kelly, sage-femme
M^{me} Elisabeth Lamarre, sage-femme
M^{me} Camille La Rochelle, sage-femme
M^{me} Chantal Lavallée, responsable des services de sage-femme
M^{me} Cynthia Plourde, sage-femme
M^{me} Marie-Pier Robillard-Pichette, sage-femme
M^{me} Christine St-Onge, sage-femme soutien (jusqu'au 28 février 2020)

Membres du comité exécutif

M^{me} Anne Duret, directrice de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse, représentante désignée par la Présidence-direction générale
M^{me} Sarah Kelly, membre
M^{me} Camille La Rochelle, vice-présidente
M^{me} Chantal Lavallée, secrétaire
M^{me} Marie-Pier Robillard-Pichette, membre

Mandat

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

Réalisations

Le conseil des sages-femmes a été dissous en décembre 2018 considérant le manque de sages-femmes, donc il n'y a eu aucune assemblée générale annuelle pour l'année 2019-2020. Toutefois, avec l'arrivée de trois sages-femmes pour le secteur ouest, une assemblée générale spéciale s'est tenue le 16 octobre 2019 afin d'élire un nouveau conseil des sages-femmes.

- Tenue de trois réunions du comité exécutif.
- Autoévaluation des dossiers par trois sages-femmes en voie d'être complétée et élaboration d'outils de choix éclairés en cours.
- Adoption des résolutions suivantes :
 - l'embauche de sages-femmes pour les remplacements d'été dans le secteur est;
 - l'octroi de trois contrats à temps partiel régulier et d'un contrat de sage-femme de soutien pour le secteur ouest;
 - l'octroi d'un contrat à temps partiel régulier dans le secteur est à la suite d'un départ à la retraite;
 - la modification de deux contrats pour le secteur ouest avec le départ de la sage-femme de soutien.

Comité de vérification et des immobilisations (CVI)

Composition

M^{me} Louise Bolduc, présidente du comité de vérification et des immobilisations
M. Gilbert Beaupré, membre du conseil d'administration
M. Gilles H. Tremblay, membre du conseil d'administration

Personnes-ressources

M^{me} Isabelle Malo, présidente-directrice générale
M^{me} Caroline Morin, directrice des ressources financières

Mandat

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

Réalisations

- Tenue de huit rencontres régulières.
- Recommandations aux membres du conseil d'administration pour l'adoption des dossiers suivants :
 - les états financiers 2018-2019, le rapport financier annuel au 5 janvier 2019 du Fonds de santé au travail ainsi que les prévisions budgétaires 2019-2020;
 - la nomination de la firme Raymond Chabot Grant Thornton comme auditeur indépendant pour l'exercice 2019-2020;
 - la répartition et l'indexation de l'enveloppe régionale budgétaire 2019-2020 des subventions versées aux organismes communautaires et aux entreprises d'économie sociale;
 - le plan de conservation et fonctionnalité immobilière (PCFI) 2019-2022, incluant le PCFI 2019-2020;
 - l'utilisation du solde de fonds pour le financement de certains projets;
 - les modifications au *Règlement de délégation de signatures engageant la responsabilité de l'établissement*;
 - la politique encadrant la gestion des risques de corruption et de collusion dans les processus de gestion contractuelle;
 - la déclaration d'immeuble excédentaire partiel en vue d'une cession de gré à gré d'une parcelle de terrain et de l'octroi de deux servitudes de passage sur deux autres parcelles de terrain à Pohénégamook;
- la servitude de passage pour le stationnement en faveur du Groupe Blouin sur une propriété du CISSS (150, avenue Rouleau à Rimouski);
- la délégation de signatures pour les dépenses de fonction de la PDG et du PDGA;
- le régime d'emprunts à long terme.
- Divers sujets et des suivis de dossiers sont également traités lors des rencontres et ont suscité des échanges, dont :
 - la situation financière périodique;
 - les chantiers d'optimisation et les mesures du plan d'équilibre budgétaire;
 - le portrait personnalisé des activités contractuelles 2017-2018 du Secrétariat du Conseil du trésor;
 - les modifications à la directive *Lignes internes de conduite concernant la gestion des contrats d'approvisionnement, de services et de travaux de construction*;
 - la présentation sur le financement axé sur le patient (FAP);
 - le projet de complexe chirurgical et de mise aux normes des services en psychiatrie de l'Hôpital régional de Rimouski;
 - le projet de mise en œuvre de l'infrastructure sans-fil;
 - le projet de modernisation des systèmes téléphoniques;
 - la présentation concernant l'évolution des coûts des médicaments;

- le plan de gestion du risque de collusion et de corruption dans le processus de gestion contractuelle;
- le bilan 2018-2019 et le plan d'action 2019-2020 en matière de sécurité de l'information;
- la présentation du plan d'audit pour l'exercice financier 2019-2020;
- l'état de situation du projet Optilab et son autofinancement;
- l'état de situation des stationnements;
- le suivi des travaux concernant le processus achat-décaissement;
- l'état de situation du projet d'optimisation du déplacement des usagers.
- Suivi des rencontres du comité de vérification et des immobilisations effectué à chacune des séances plénières du conseil d'administration.

Comité de développement des ressources humaines (CDRH)

Composition

M^{me} Kathleen Bouffard, présidente
M^{me} Lise Verreault, vice-présidente
M. Hugues St-Pierre, président du conseil d'administration (mandat échu au 29 septembre 2019)
Dr Gabriel Houle, membre du conseil d'administration
M^{me} Isabelle Malo, présidente-directrice générale

Personne-ressource

M^{me} Annie Leclerc, directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Mandat

- Contribuer à l'élaboration des grandes orientations en matière de développement organisationnel et de gestion des ressources humaines.
- Contribuer à l'élaboration du plan de développement des compétences et à la planification des ressources humaines.
- Contribuer au sentiment d'appartenance et aux stratégies de mobilisation.
- Reconnaître l'apport des ressources humaines dans les succès de l'organisation et proposer des activités de reconnaissance.
- Recommander au conseil d'administration l'adoption de politiques ou orientations autres qu'opérationnelles, lorsque 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 :
 - la campagne de publicité interne en lien avec la politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail;
 - le rehaussement des postes des titres d'emploi infirmière, infirmière auxiliaire, inhalothérapeute de la catégorie 1 et auxiliaire en santé et services sociaux, préposé aux bénéficiaires de la catégorie 2;
 - l'embauche d'un directeur adjoint à la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques et de deux gestionnaires de proximité;
 - le Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023;
 - la politique visant la gestion des congés sociaux du personnel cadre;
 - la politique visant les modalités de rémunération et de compensation des heures supplémentaires pour le personnel cadre;
 - le Programme d'uniformisation de l'identification visuelle et de la rédaction en matière de gestion documentaire;
 - le *Code de conduite du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent*;
 - la recommandation de garantie d'emploi à offrir aux préposés aux bénéficiaires et auxiliaires en santé et services sociaux;
 - les investissements dans plusieurs directions – affichage spécial.

Comité de gouvernance et d'éthique (CGE)

Composition

M^{me} Louise Bolduc, présidente
Dr Daniel Dionne, vice-président
M^{me} Stéphanie Allard, membre du conseil d'administration
M^{me} Isabelle Malo, présidente-directrice générale

Personne-ressource

M. Daniel Côté, président-directeur général adjoint

Mandat

- S'assurer du respect des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement.
- S'assurer du respect du *Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration*.
- S'assurer 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.

Réalisations

- Tenue de quatre rencontres régulières et d'une rencontre spéciale.
- Accueil des nouveaux membres du conseil d'administration par la présidente et la présidente-directrice générale.
- Recommandation au conseil d'administration de six candidatures au Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise du Bas-Saint-Laurent.
- Tenue d'un atelier de formation par HEC Montréal à l'intention des administrateurs.
- Discussion sur une situation de manquement au code d'éthique de l'établissement en lien avec une personne faisant partie d'instances relevant du conseil d'administration.
- Discussion sur une situation de manquement au *Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration*.
- Analyse des résultats de l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance du conseil d'administration d'Agrément Canada.
- Suivi du plan d'amélioration stratégique de la norme gouvernance en lien avec Agrément Canada.
- Mise en place d'une démarche d'évaluation continue du fonctionnement du conseil d'administration.
- Révision de la composition des comités du conseil d'administration.
- Mise à jour du Règlement sur les règles de fonctionnement du comité de gouvernance et d'éthique.
- Travaux portant sur la mise à jour du Règlement sur la régie interne du conseil d'administration.

Comité de vigilance et de la qualité (CVQ)

Composition

M^{me} Mélanie Leblanc, présidente
M. Gilbert Beaupré, vice-président
M^{me} Julette Rioux, membre du conseil d'administration et représentante du CUCI
M^{me} Isabelle Malo, présidente-directrice générale
M^{me} Stéphanie Bush, commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Personne-ressource

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

Mandat

- Assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, 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, 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.

Réalisations

- Tenue de six rencontres au cours de l'année.
- Suivis des rencontres du comité de vigilance et de la qualité effectués à chacune des séances plénières du conseil d'administration.
- Suivi des dossiers suivants :
 - le bilan des plaintes et des recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services : les plaintes reçues touchaient les mesures suivantes :
 - ▶ accessibilité (16 mesures);
 - ▶ relations interpersonnelles (30 mesures);
 - ▶ soins et services dispensés (79 mesures);
 - ▶ organisation du milieu et des ressources matérielles (25 mesures);
 - ▶ droits particuliers (23 mesures);
 - ▶ aspect financier (33 mesures).
 - le rapport statistique en gestion des risques;
 - le suivi des recommandations faisant suite aux événements sentinelles;
 - les rapports et recommandations du coroner;
 - l'état de situation des résidences privées pour aînés (RPA) et le suivi des plans d'amélioration;
 - le suivi du rapport et des recommandations du Protecteur du citoyen;
 - la vigie en lien avec les délais de transmission des formulaires de déclaration des incidents et accidents (AH-223).
- Différents sujets ont été traités et ont suscité des échanges ou ont défini des orientations, dont notamment :
 - la réorganisation à venir du service aux plaintes et à la qualité des services;
 - la fragilité du service de radiologie au KRTB et les enjeux de recrutement de technologues en médecine nucléaire et de radiologistes.
- De l'information a également été transmise en regard des dossiers suivants :
 - le cadre de référence et le guide d'intervention en matière de vie intime, affective, amoureuse et sexuelle s'adressant aux usagers des programmes de DI-TSA-DP;

- le comité assurance-qualité en retraitement des dispositifs médicaux;
- la sécurité civile et les mesures d'urgence;
- les travaux du comité stratégique sur la sécurité des soins et services;
- le projet de regroupement des services administratifs pour les RI-RTF;

- les centres de jour en DI-TSA-DP et les centres de jour communautaires de la DPSAPA.

Il est à noter que le comité de vigilance et de la qualité n'a pas fait de recommandation au conseil d'administration en cours d'année.

Comité de révision (traitement des plaintes)

Composition

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

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

Réalisations

Réception de neuf demandes de révision. De ce nombre, le comité de révision a confirmé les conclusions des médecins examinateurs dans six des dossiers. Une demande de révision n'a pas été étudiée, car la plainte avait été rejetée par le médecin examinateur. Deux dossiers sont en cours d'analyse.

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.

Comité de gestion des risques

Composition

M^{me} Jocelyne Bérubé, adjointe à la direction des services professionnels
M^{me} Sandra Blanchette, représentante du conseil des infirmières et infirmiers
M^{me} Judith Dion, représentante du conseil multidisciplinaire
M^{me} Mylène Guénard, chef de service en prévention et contrôle des infections
Dre Anne Lavigne, représentante du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
M^{me} Isabelle Malo, présidente-directrice générale
M^{me} Isabelle Ouellet, directrice adjointe des soins infirmiers
M^{me} Marielle Raymond, représentante du Comité des usagers du Centre intégré
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 la pharmacie
M. Éric St-Jean, directeur adjoint des programmes santé mentale et dépendance (représentant des programmes et des services sociaux)
M. Michel Simard, directeur des services multidisciplinaires

Trois membres ont quitté le comité et trois nouveaux membres ont été accueillis (deux membres désignés par la DSI et un membre désigné par le CII).

Mandat

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

Réalisations

- Tenue de cinq rencontres au cours de l'année. Les principaux sujets traités sont les suivants :
 - l'analyse des statistiques :
 - ▶ bilan des incidents-accidents;
 - ▶ suivi des recommandations des événements sentinelles;
 - ▶ surveillance des infections nosocomiales;
 - ▶ bilan des éclosions;
 - ▶ résultats des audits d'hygiène des mains;
 - l'état de situation des réfrigérateurs à médicaments dans l'organisation;
 - l'introduction de nouveaux équipements médicaux (pompes à perfusion);
 - l'utilisation des dispositifs de succion jetables;
 - la déclaration obligatoire des réactions indésirables graves à un médicament et des incidents liés aux instruments médicaux (*Loi de Vanessa*);
 - la politique sur la gestion des avis sur les produits;
 - le programme québécois des soins sécuritaires;
 - le rapport du comité de triage du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - le plan de sécurité du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - les transcriptions médicales de plus de 90 jours;
 - le registre national 2018-2019;
 - le suivi du comité stratégique sur la sécurité des soins et des services;
 - la Semaine nationale de la sécurité des patients;
 - la décentralisation de la saisie des formulaires AH-223.

Faits saillants

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Nombre total de déclarations d'incidents et d'accidents :<ul style="list-style-type: none">➤ 2019-2020 : 17 538➤ 2018-2019 : 17 506➤ Variation : 0 %• Principaux risques établis au cours de la dernière année :<ul style="list-style-type: none">➤ chutes : 32,7 %➤ médicaments : 26,0 %➤ tests de laboratoire : 10,5 % | <ul style="list-style-type: none">• Les conseillers cadres en gestion des risques et éthique clinique ont :<ul style="list-style-type: none">➤ procédé à l'enquête et à l'élaboration de 87 rapports d'événements sentinelles, dont 45 % ont nécessité des recommandations;➤ soumis 133 recommandations au comité de gestion des risques. | <p>Une recommandation a été acheminée au comité de triage du CISSS.</p> <p>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.</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Département régional de médecine générale (DRMG)

Composition

Dr Olivier Groulx, Rimouski-Neigette
Dr Guildo 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 Éric Paradis, 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

- Un plan d'action qui vise à diminuer le nombre de patients orphelins sur le Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) a été produit en consultant les partenaires du réseau, soit le comité de direction du DRMG, les coordonnateurs médicaux locaux (CML) du Bas-Saint-Laurent, les représentants des directions en santé mentale, enfance-jeunesse-famille, déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique, services multidisciplinaires, soutien à l'autonomie des personnes âgées, soins infirmiers et la présidence du comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP). Quatre rencontres de concertation ont permis aux acteurs du terrain d'élaborer des pistes d'action et des moyens pour y parvenir. Le MSSS a octroyé un financement de 114 000 \$ au Bas-Saint-Laurent pour soutenir l'atteinte de la cible en vue de diminuer le nombre de personnes inscrites au GAMF et les délais d'attente.
- Le projet « accès réseau » : une projection des retraites médicales nous permet d'anticiper une libération soutenue de patients qui deviendront orphelins. Afin de répondre à leurs besoins grandissants, nous demanderons aux cliniques de médecine familiale de dégager des visites pour cette clientèle. Nous souhaitons assurer la pertinence de ces rendez-vous dégagés avec l'utilisation d'une centrale de répartition. Cette centrale agira comme une interface qui recevra les appels des patients orphelins et qui permettra de faire les liens entre les demandes des patients et l'offre de service clinique à proximité. À ce sujet, le Bas-Saint-Laurent a présenté un projet au MSSS et a obtenu une autorisation de financement de 2 ans pour la mise sur pied d'une centrale d'appels et la gestion de pertinence des visites.
- La distribution des effectifs médicaux en omnipratique tenant compte de :
 - l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM);
 - la détermination des besoins prioritaires de recrutement en collaboration avec les installations (2019-2020);
- l'évaluation du besoin en effectif défini à partir des travaux régionaux paramétrant les tâches liées aux différentes activités cliniques et administratives par sous-territoire.
- La répartition des primes d'installation 2019-2020 en conservant les montants bonifiés aux milieux éloignés et en pénurie, soit les RLS de Témiscouata et de La Matapédia.
- L'application du respect des exigences des groupes de médecine de famille (GMF) liée à leur adhésion au Programme de financement et de soutien professionnel des groupes de médecine de famille (inscriptions pondérées et taux d'assiduité).
- La représentation au MSSS pour adapter le programme GMF concernant l'atténuation des exigences au sujet du taux d'assiduité.
- Le suivi du Plan régional d'organisation des services médicaux généraux 2018-2021 (PROS) et le suivi des cibles à atteindre par RLS et régionalement.

- Le soutien aux RLS afin de diminuer l'attente des patients orphelins inscrits au GAMF.
- Le soutien au déploiement des soins intensifiés à domicile (SIAD) et à la prestation de soins continus en CHSLD par des groupes de médecins concertés.
- L'application de l'entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (AMP).
- Au PREM 2019, 3 postes demeuraient vacants et ont été pourvus au cours de l'année 2019. Il s'agit de 2 postes dans La Mitis et 1 dans La Matanie.
- Au PREM 2020, 16 nouveaux postes étaient accordés, dont
 - 4 sont encore vacants (1 dans La Matapédia, 1 dans La Matanie et 2 au Témiscouata).
 - Au 31 mars 2020, 263 omnipraticiens étaient installés au Bas-Saint-Laurent.
 - Au total, il y a eu, depuis le 1^{er} avril 2019, 16 arrivées et 18 départs. Dans ces arrivées, nous comptons 2 postes du PREM 2018 qui ont été octroyés au cours de l'année 2019.

Réseaux locaux de services	Arrivées prévues de nouveaux médecins
Kamouraska	2
Témiscouata	3
Rivière-Du-Loup	2
Les Basques	1
Rimouski-Neigette	4
La Mitis	1
La Matapédia	2
La Matanie	1
Total	16

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Composition

Pharmaciens élus

M. Mathieu Boucher Simard, vice-président, Rivière-du-Loup
 M^{me} Marie-Josée Papillon, Rimouski-Neigette
 M^{me} Cynthia Paradis, présidente, La Mitis

Pharmaciens cooptés

M^{me} Amélie Boudreau, Rivière-du-Loup
 M^{me} Fleur-Ange Denis, secrétaire, Rivière-du-Loup
 M^{me} Nathalie Chenel, Rimouski-Neigette
 M^{me} Gabrielle Ouellet, Témiscouata

Membres d'office

M^{me} Isabelle Malo, présidente-directrice générale
 M. François Paradis, chef du département de pharmacie

Mandat

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

Réalisations

- Tenue de trois réunions où les sujets suivants ont été abordés :
 - le plan d'action de lutte aux opiacés;
 - la révision de l'ordonnance collective quant aux fournitures associées à la prise d'une médication;
 - les sorties d'hôpital;
 - la présentation de la loi 41 (Loi modifiant la Loi sur la pharmacie) aux tables médicales locales;
 - un projet de désanticoagulation;
 - le projet de loi n° 31 (*Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services*);
 - l'ordonnance médicale individualisée (soins de fin de vie);
 - l'utilisation du furosémide (soins à domicile);
 - la reprise de la concertation en tables locales de pharmaciens;
 - la formation en assistance technique en pharmacie (ATP);

Réalisations (suite)

- la transmission aux pharmaciens communautaires et d'établissement :
 - ▶ d'une note de la Direction de la santé publique sur le risque de surdose de drogues de rue;
 - ▶ d'une note sur le déploiement de l'ordonnance individuelle standardisée (OIS) *Détresse respiratoire chez l'adulte en soins de fin de vie* et sur le déploiement de l'OIS *Gestion des symptômes d'une personne adulte en fin de vie* en lien avec les soins intensifs à domicile (SIAD);
- ▶ d'une note sur l'ordonnance collective pour l'ajustement de médication;
- ▶ des bulletins CEPSP portant sur la pharmacie d'oncologie;
- ▶ de notes de service au sujet de la COVID-19.
- Présence de la présidente du CRSP aux tables CC-DRMG.
- Présence de membres du CRSP à certaines tables locales médicales (l'objectif est d'avoir un représentant pour chacun des RLS).

Comité d'éthique clinique et organisationnelle

Composition

M^{me} Cyndie Arsenault, représentante du programme jeunesse
M^{me} Louise Boucher, représentante du programme santé mentale et dépendance
M^{me} Marie-Josée Boucher, juriste
M^{me} Julie Gagnon, conseillère cadre DQEPE – secteur centre
M^{me} Anne Groleau, membre de la communauté
M^{me} Denyse Landry, représentante du comité des usagers du Centre intégré
M^{me} Chantale Lefrançois, conseillère-cadre DQEPE – secteur est
M^{me} Nancy Lévesque, représentante de la gouverne, vice-présidente du comité
M^{me} Renée Michaud, représentante du programme DI-TSA-DP
M^{me} Marie-Andrée Morin, conseillère cadre DQEPE – secteur ouest
M^{me} Karen Smith, représentante du programme SAPA, présidente du comité
M^{me} Marie-Josée Tremblay, représentante du programme santé publique
M. Mathieu Bernier, représentant de la protection de la jeunesse
M. Bruno Leclerc, spécialiste en éthique

Le poste de représentant du programme santé physique est non pourvu.

Mandat

Afin de contribuer au développement d'une culture de l'éthique dans le CISSS du Bas-Saint-Laurent, le comité d'éthique clinique et organisationnelle exerce les fonctions suivantes :

- Élaboration de repères en éthique clinique ou organisationnelle;
- Aide à la décision sur un enjeu d'éthique clinique ou organisationnelle;
- Promotion et sensibilisation en éthique.

Réalisations

- Tenue de cinq rencontres au cours de l'année. Les principaux sujets traités lors des rencontres du comité sont :
 - l'utilisation de caméras en salle de traumatologie;
 - le désaccord entre la famille et l'équipe soignante quant aux soins à donner à un usager inapte;
 - l'utilisation du verticalisateur;
 - l'échange d'informations avec les partenaires du service de réadaptation en dépendance;
 - l'usage d'un assistant vocal en milieu d'hébergement;
 - le trouble grave du comportement;
 - les enjeux éthiques de la mixité de la clientèle;
 - l'évaluation du fonctionnement du comité d'éthique clinique et organisationnelle;
 - le plan de communication.
- 29 demandes ont été reçues par les conseillères cadres en gestion des risques et éthique clinique. De ce nombre, 5 ont été déposées au CECO et 24 ont été traitées directement par les conseillères.
- 7 avis éthiques ont été réalisés par le comité et transmis aux demandeurs.
- 2 avis éthiques ont été soumis au comité de direction.
- Une fiche éthique sur le refus catégorique du majeur inapte a été produite.

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
M^{me} Caroline Dubé, ergothérapeute
M^{me} Nancy Martin, pharmacienne
Me Gabrielle Rouleau, avocate
M^{me} Karina Soucy, représentante de la collectivité

Membres substitués

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

Coordination

M. Éric Sévigny

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.

Réalisations

- Tenue de six rencontres régulières et de quatre rencontres déléguées.
- Évaluation et approbation de 19 nouveaux projets de recherche.
- 66 suivis de projets de recherche.
- Reconduction de sa désignation par le MSSS pour l'application de l'article 21 du *Code civil du Québec*, ce qui lui permet d'examiner et de suivre des projets de recherche susceptibles de porter atteinte à l'intégrité de participants mineurs ou majeurs inaptes.

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

Composition

M^{me} Sandra de la Ronde, présidente, La Mitis
M^{me} Anna Cone, vice-présidente, Rimouski-Neigette
M^{me} Joan Sullivan, Rimouski-Neigette
M^{me} Geneviève Pageau, Rimouski-Neigette
M. John E. Savage, La Mitis
M. Brett Mitchell, La Mitis

Deux postes sont vacants.

Mandat

- Émettre son avis à la présidente-directrice 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.

Réalisations

- Tenue de trois rencontres.
- Rédaction d'un avis et de recommandations à la Présidence-direction générale sur la prestation de services de santé et de services sociaux en langue anglaise au Bas-Saint-Laurent.
- Diffusion d'informations disponibles en anglais liées à la pandémie de coronavirus.
- Information ou consultation des membres sur les sujets suivants :
 - la procédure visant l'accueil des usagers anglophones et la prestation de soins et de services en langue anglaise au CISSS du Bas-Saint-Laurent – installations de La Mitis et de Rimouski-Neigette;
 - le programme d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise du Bas-Saint-Laurent (2020-2025).

Les faits saillants des différentes directions

Le travail de collaboration des directions du CISSS du Bas-Saint-Laurent se concrétise par de belles réalisations permettant d'améliorer l'accessibilité, la qualité et la sécurité des services et des soins au bénéfice de la population. Cette collaboration apporte aussi un vent de mobilisation de l'ensemble des acteurs vers une culture organisationnelle innovante et efficiente qui se traduit par ces quelques faits saillants.

Direction de la santé publique (DSPu)

- L'obtention d'un soutien financier pour :
 - élaborer le portrait des vulnérabilités régionales aux changements climatiques qui permettra de réaliser un plan d'adaptation régional aux changements climatiques;
 - réaliser une évaluation d'impact sur la santé concernant le projet de réaménagement urbain à Rimouski-Est.
- La rédaction de différents documents :
 - rapport du directeur de la santé publique 2020 sur la problématique des maladies à déclaration obligatoire au Bas-Saint-Laurent;
 - plan d'action régional sur la prévention en matière d'opioïdes en collaboration avec la Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD);
 - plan d'action pour augmenter la vaccination contre l'influenza chez les personnes ayant une maladie chronique;
 - rapport sur l'implantation de la politique pour un CISSS du Bas-Saint-Laurent sans fumée et sa présentation au conseil d'administration de l'établissement.
- La mise en place d'une nouvelle directive de vaccination chez la femme enceinte avec un taux de réussite remarquable.
- Les diverses présentations du directeur de la santé publique concernant la légalisation du cannabis selon les demandes des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et de la communauté.
- Le début des travaux pour une meilleure prise en compte des inégalités sociales de santé dans le cadre des actions du *Plan d'action régional de santé publique*.
- L'optimisation du travail des équipes locales en collaboration avec le milieu scolaire dans le cadre de l'approche École en santé.
- Les contributions majeures aux instances de concertation bas-laurentienne : COSMOSS, Tables intersectorielles régionales en saines habitudes de vie (TIR-SHV), alliances pour la solidarité et l'inclusion sociale, Table de concertation bioalimentaire du Bas-Saint-Laurent, Table Par notre PROPRE énergie, etc.
- La tournée régionale pour présenter les données par MRC de l'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes au secondaire* (2016-2017) aux assemblées de COSMOSS.
- La formation *Attention! Enfants en mouvement* offerte dans les centres de la petite enfance et en milieu scolaire.

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

- L'adoption d'une gamme de services unifiés en DI-TSA-DP afin d'assurer une meilleure réponse aux besoins de la clientèle tout en facilitant son parcours de soins et de services et en favorisant sa participation sociale. Cette gamme de services (soutien et accompagnement, développement et reprise des habitudes de vie, soutien aux partenaires et à la collectivité) sera déployée auprès du personnel de la Direction des programmes de DI-TSA-DP, des autres directions du CISSS du Bas-Saint-Laurent et auprès des partenaires de la communauté qui interviennent auprès de cette clientèle.

- La mise en place d'un comité de travail visant l'élaboration d'un guichet unique et une trajectoire concertée avec la Direction de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse (DPJ-PJe) concernant les enfants ayant un trouble développemental du langage et de la motricité qui permettra l'actualisation d'un projet pilote dans les MRC de La Mitis et de Rivière-du-Loup au cours de l'année 2020-2021.
- L'investissement important en soutien à domicile auprès de la clientèle des programmes de DI-TSA-DP qui permettra de réduire les délais d'attente et de favoriser un rehaussement de l'intensité de services auprès des usagers et des familles.
- L'augmentation du nombre de places en logements sociaux avec surveillance dans la région du Bas-Saint-Laurent pour la clientèle des programmes de DI-TSA-DP.
- La révision de l'organigramme de la direction afin de favoriser une meilleure fluidité et continuité des services auprès des usagers et de leur famille.

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

- La structure d'organisation de la direction, soit le regroupement des directions de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse, est maintenant pérenne à la suite de l'obtention de l'autorisation du MSSS.
- L'obtention d'excellents résultats à la suite de la visite d'Agrément Canada visant les services en santé publique, obstétrique, procréation médicalement assisté (PMA), sage-femme, santé mentale, centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, protection de la jeunesse et services de proximité pour les jeunes en difficulté.
- La poursuite des travaux de rénovation et d'agrandissement du Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Rivière-du-Loup.
- L'intégration de l'équipe du continuum 0-21 ans et de l'équipe de l'application des mesures dans la MRC de La Mitis.
- Plusieurs investissements ont permis :
 - le rehaussement du personnel dans les services de santé physique, de protection de la jeunesse ainsi que la bonification du soutien clinique en centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et en services de proximité pour les jeunes en difficulté;
 - des développements en réadaptation physique dans le contexte du déploiement du programme Agir tôt et en santé mentale jeunesse considérant l'implantation à venir du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM);
- La conclusion d'une entente avec le Carrefour sécurité en violence conjugale (CSVC) comme attendue par le MSSS.
- La conclusion d'une entente de collaboration avec les cinq commissions scolaires de la région conformément à la *Loi sur la protection de la jeunesse*.
- La mobilisation sans précédent du personnel, des gestionnaires et des médecins pour le maintien des services essentiels dans le contexte de l'urgence sanitaire.

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

Volet transversal à la direction

- La révision de l'organigramme de la direction du programme SAPA afin de positionner les services de proximité auprès des usagers, permettant entre autres, l'ajout d'un gestionnaire pour les services psychogériatriques et les mécanismes d'accès à l'hébergement.
- L'amorce de l'implantation de l'approche usager-partenaire.
- L'implantation :

- d'un bureau de projets à la DPSAPA pour suivre en temps réel l'évolution des chantiers de la direction;
- de la procédure pour la plateforme RSIPA (réseau de services intégrés pour les personnes adultes);
- du cadre de référence en soutien à domicile et des mécanismes d'accès à l'hébergement.
- La poursuite de la phase de planification de l'informatisation des services cliniques.
- La coordination du comité d'implantation de la politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité en collaboration avec la DSPu, la DQEPE, la DPSMD et la DPDI-TSA-DP.
- La rédaction d'un projet de paramédecine communautaire en collaboration avec la DSP.

Service d'accueil

- La réalisation et le déploiement d'un service régional d'accueil, analyse, orientation et référence pour la réception de l'ensemble des demandes provenant de la population.

Volet hébergement de longue durée

- Le rehaussement des structures de postes en CHSLD pour atteindre les recommandations émises par le Dr Philippe Voyer.
- L'ajout d'un nouveau service de soins buccodentaires pour les résidents.
- La poursuite de l'intégration des aides de service dans les équipes de travail et la mise en place d'un chantier de réorganisation dans les milieux de vie afin de pallier les nombreux postes vacants de préposés aux bénéficiaires (PAB).
- La création d'un programme uniformisé pour les soins de fin de vie en CHSLD, en collaboration avec la DSI.
- Les investissements majeurs en équipement médical dans tous les CHSLD.
- La poursuite de la capsule sur l'approche milieu de vie pour la clientèle ayant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).
- La planification concernant la création de deux maisons des aînés au Bas-Saint-Laurent.

Service psychogériatrique

- La création d'un nouveau service régional en psychogériatrie avec l'ajout de professionnels, d'un comité interdisciplinaire et d'arrimages formels avec la gériatrie et la psychiatrie.
- La révision des mécanismes d'accès à l'hébergement afin de simplifier les processus et l'accès des usagers aux places d'hébergement.

Volet non institutionnel (SAD, RPA-RI et réadaptation)

- L'investissement majeur en soutien à domicile pour consolider les équipes dans toutes les MRC.
- Le déploiement d'un nouveau service de soutien à domicile intensifié, en cogestion médicale.
- L'implantation de la révision du travail en équipe interdisciplinaire.
- L'implantation de la fonction de gestionnaire de cas selon les bonnes pratiques du Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke, et ce, pour les secteurs de Rimouski et de Rivière-du-Loup.
- La poursuite des travaux d'intensification des activités en RPA et RI amenant ainsi un travail de collaboration plus fluide avec les partenaires.
- La réalisation d'appels d'offres en ressources intermédiaires (La Matapédia, Rimouski-Neigette, Les Basques, Témiscouata, Rivière-du-Loup).
- Le renouvellement des ententes de collaboration avec différents partenaires : RI-RTF, RPA, Entreprise d'économie sociale d'aide à domicile (EESAD), centres d'action bénévole (CAB).
- La révision de la procédure de services achetés pour les aides à la vie quotidienne (AVQ) à domicile et les services d'hébergement temporaire.
- Le début des travaux de bonification de l'offre de service des centres de jour communautaires avec les partenaires de la communauté.

- Les échanges et la concertation pour la création de maisons de répit, sous le modèle de la Fondation Maison Gilles-Carles, en collaboration avec la DPDI-TSA-DP.
- L'investissement en ajout d'équipements médicaux pour tous nos partenaires des RPA-RI-RTF.
- Les travaux visant le rehaussement des services destinés aux proches aidants.

Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD)

- La consolidation de l'équipe d'intervention de crise dans le milieu (Escouade 24/7) et la poursuite de l'entente avec les deux organismes de crise au Bas-Saint-Laurent. Cette année, il y a eu 299 interventions effectuées sur tout le territoire du Bas-Saint-Laurent.
- L'implantation et la consolidation du guichet d'accès en santé mentale, dépendance et services sociaux généraux révèle une diminution de 10 % des listes d'attente. Le développement et l'amélioration de ce service se poursuit.
- La continuité du déploiement régional du service régional d'accueil, analyse, orientation et référence (AAOR). La mise en place d'un numéro unique et utilisation d'un logiciel de gestion des services informatisés (Octopus) pour les demandes régionalisées.
- Le recrutement d'un nouveau propriétaire pour exploiter une ressource de type familial (RTF) dans le secteur de La Mitis, et ce, en continuité avec le propriétaire précédent. Les usagers n'ont pas eu à vivre un déménagement et l'acclimatation au changement s'est très bien passée.
- La mise en place d'un lien de communication (télécomparution) avec les palais de justice et les milieux de détention permettant aux détenus de comparaître sans mettre à risque leur santé ou mettre d'autres milieux à risque.
- L'amélioration de la sécurité des usagers et des employés par les rénovations majeures réalisées à l'unité de soins psychiatriques de Rivière-du-Loup.
- L'intégration d'un infirmier praticien spécialisé (IPS) en santé mentale à Rimouski.

Direction des soins infirmiers (DSI)

- La mise en place de différentes stratégies d'action pour rehausser le taux de conformité à l'hygiène des mains, qui était à 55,7 % en 2018-2019, pour atteindre 64,8 % en 2019-2020.
- L'adoption d'un programme clinique et le déploiement d'une formation sur les pratiques de prévention des lésions et des soins de la peau et des plaies de pression.
- L'adoption d'une politique et d'une procédure pour les demandes de surveillance particulière en CH et en CHSLD.
- L'adoption de règles de soins infirmiers :
 - le relevé d'une ordonnance médicale et validation à effectuer après le traitement de l'ordonnance par la pharmacie;
 - l'ordonnance verbale et téléphonique;
 - l'assistance opératoire en orthopédie.
- L'intégration clinique d'un premier infirmier praticien spécialisé (IPS) en santé mentale.
- Le déploiement d'outils cliniques et d'un programme d'orientation harmonisé en obstétrique.
- La mise à jour et l'harmonisation du programme de préceptorat (méthode d'enseignement et d'apprentissage en soutien clinique).
- Le soutien et le déploiement de la formation nationale pour le triage à l'urgence.

Direction des services professionnels (DSP)

- Le déploiement des soins intensifiés à domicile dans tous les réseaux locaux de services et la mise en place d'une équipe de déploiement et de soutien au système de prise de rendez-vous Rendez-vous santé Québec (RVSQ).
- L'élaboration du programme intégré de cancérologie du CISSS Bas-Saint-Laurent et du CISSS de la Gaspésie et le plan d'action en matière de communications.
- La mise en place des quatre volets du projet du pavillon d'enseignement médical décentralisé qui comprend :
 - la construction du pavillon d'enseignement;
 - le déploiement de l'externat longitudinal intégré communautaire dans le Bas-Saint-Laurent, programme universitaire de doctorat en médecine qui permet aux futurs médecins qui étudient à l'Université Laval de faire leur stage en région;
 - le développement de la collaboration interprofessionnelle infirmière praticienne spécialisée/médecin;
 - le développement d'un centre de formation clinique.

Direction des services multidisciplinaires (DSM)

- Le déploiement du consortium des ressources électroniques du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUISSS) de Montréal.
- Le maintien des services en imagerie médicale au Centre hospitalier régional du GrandPortage (CHRGP) de Rivière-du-Loup par le soutien de médecins dépanneurs.
- La campagne régionale de recrutement de nouveaux bénévoles par l'intégration d'une page Web de recrutement au site Web du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Le déploiement des offres de service harmonisées en ergothérapie.
- La nouvelle offre de service en orthophonie au CHRGP.

Direction Optilab – Laboratoires de biologie médicale (grappe 01-11)

- L'optimisation des travaux de mise aux normes en vue d'une accréditation ISO des laboratoires par un ajustement à la structure de gouvernance en ajoutant une équipe (nommée « SWAT ») dédiée au dossier d'accréditation. L'accréditation des laboratoires est une orientation ministérielle ayant pour but le maintien et l'amélioration de la qualité pour l'ensemble des laboratoires. Cette démarche d'amélioration continue requiert de bâtir un système de gestion de la qualité assurant ainsi une vigie rigoureuse de tous les processus analytiques et administratifs.
- L'ajustement de la structure de gouvernance par l'ajout d'une table de concertation avec les directions du CISSS de la Gaspésie. La Direction Optilab travaille en collaboration avec le CISSS de la Gaspésie afin de répondre à son rôle de gouvernance des laboratoires de biologie médicale pour les installations de la Gaspésie. Cette particularité nécessite des arrimages optimaux afin d'offrir des services de qualité à la population.
- La mise à jour de l'outil de gestion documentaire en préparation de l'accréditation. Cet outil de communication permet une traçabilité de la prise de connaissance et de l'application des politiques et procédures de la direction. Cette amélioration contribue à l'harmonisation des pratiques techniques tout en maintenant les plus hauts standards de la qualité.

L'équipe « SWAT » est le nom donné à l'équipe créée dans le cadre des travaux entourant la certification ISO des laboratoires. Cette équipe est constituée de technologistes médicaux actifs et retraités, de spécialistes de laboratoire, de l'assistante-chef volet qualité ainsi que d'une ressource-conseil de la DQPE. Ces personnes travaillent toutes à la rédaction de la documentation nécessaire au management de la qualité et aux normes ISO chapeautant le travail en laboratoire.

La recherche au CISSS du Bas-Saint-Laurent

- 119 projets de recherche en cours dans notre établissement, dont 35 nouveaux projets autorisés en 2019-2020. Il s'agit d'une augmentation de près de 15 % du volume de projets de recherche dans la dernière année.
- Démarrage de 10 essais cliniques offrant des thérapies innovantes à des patients en hémato-oncologie et en rhumatologie.
- Constitution de l'assemblée des chercheurs par le conseil d'administration de l'établissement.
- Reconnaissance du CISSS du Bas-Saint-Laurent à titre d'établissement gestionnaire reconnu par les Fonds de recherche du Québec.

Notons que les projets de recherche ont généré des revenus de près de 675 000 \$ en 2019-2020.

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

- La mise en place d'un bureau de projet organisationnel, d'un comité de gouvernance des projets stratégiques et d'un modèle de gestion des projets.
- L'accompagnement de 19 projets stratégiques multidisciplinaires de différentes envergures.
- L'informatisation des formulaires de déclarations d'incidents/accidents (AH-223) dans six des huit MRC du Bas-Saint-Laurent en 2019-2020.
- Le taux de conformité aux critères évalués de 92,2 % (séquence 1) et de 96,8 % (séquence 2) lors des visites d'Agrément Canada en 2019-2020.
- La mise en place d'un projet pilote sur l'implantation de l'approche usager-partenaire dans l'organisation.
- Le développement d'un programme d'actualisation des connaissances pour les ceintures vertes et obtention de la première ceinture noire en *Lean Management* dans l'organisation;
- L'actualisation du projet de mise en place d'une nouvelle structure de gestion des RI-RTF :
 - la mise en place de l'équipe qualité RI-RTF, composée de huit intervenants et d'un chef de service;
 - le regroupement des activités suivantes au sein de la DQEPE : détermination des services de soutien et d'assistance, enquête administrative, préapprobation des dépenses, coordination des comités locaux de concertation, vérification et maintien des critères généraux du ministre.
- La coordination des travaux d'harmonisation des pratiques en RI-RTF impliquant les différentes directions partenaires :
 - l'élaboration de politiques, procédures et outils conformes aux différents cadres applicables aux RI-RTF et aux suivis des usagers. Près de 100 documents élaborés, certains sont déployés et d'autres sont en cours de déploiement.
- Intensification des mesures de soutien et d'accompagnement aux résidences privées pour aînés (RPA) par l'intégration d'une personne supplémentaire à l'équipe de certification.
- Évaluation des milieux de vie :
 - la coordination de la visite ministérielle d'évaluation des milieux de vie en RI-RTF de la DPDI-TSA-DP;
 - la clarification des rôles et responsabilités et des modalités d'arrimage de directions impliquées dans la qualité du milieu de vie en CHSLD.

Direction des services techniques (DST)

- L'élaboration du programme fonctionnel et technique (PFT) et le début de la préparation du concept et des plans et devis pour le nouveau pavillon d'enseignement du programme universitaire de doctorat en médecine de l'Université Laval à l'Hôpital régional de Rimouski.
- La réalisation de près de 70 projets totalisant des engagements de près de 15 millions de dollars, dont près de 11 millions de dollars en maintien des actifs et un peu plus de 4 millions de dollars en rénovation fonctionnelle.
- La poursuite des travaux d'agrandissement et de réaménagement du Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation de Rivière-du-Loup (coût estimé du projet de 21,4 millions de dollars). La phase 1 – construction de l'agrandissement et relocalisation temporaire des occupants – a été livrée en novembre 2019. La phase 2 – démolition et réaménagement intérieur du bâtiment existant – est toujours en cours.
- La poursuite des attributions des aires de travail sur l'ensemble du territoire pour un total d'un peu plus de 100 aires de travail attribuées au cours de la période. L'annonce d'investissements gouvernementaux majeurs dans l'offre de service à la population a fait augmenter considérablement le volume des demandes au cours de la période, en lien avec l'arrivée prévue de nouveaux effectifs. Une revue des processus a été réalisée afin de mieux orienter les efforts de tous les acteurs concernés.
- L'acquisition et l'installation de navettes de distribution. Cet investissement de plus de 2,3 millions de dollars permet de conserver près de 880 000 repas par année à une température optimale avant le service aux usagers de quatre hôpitaux et aux résidents de quatre centres d'hébergement du Bas-Saint-Laurent.
- L'harmonisation des procédures et techniques de désinfection de l'environnement dans l'ensemble des installations du territoire du Bas-Saint-Laurent.

Direction des ressources informationnelles (DRI)

- La restructuration et la bonification de la structure de gestion et des services de la DRI afin de mieux répondre aux enjeux de la transformation numérique et de la sécurité informationnelle.
- L'investissement de près de 1,9 million de dollars pour le maintien des actifs informationnels et la gestion de la désuétude de nos infrastructures technologiques.
- Le lancement du projet d'infrastructure sans-fil au sein de l'organisation avec le déploiement dans 29 des 43 bâtiments répartis sur l'ensemble du territoire.
- Le lancement du projet de modernisation des systèmes téléphoniques vers la technologie IP.
- La finalisation de 18 projets cliniques et administratifs impliquant les ressources informationnelles.
- La réception et la prise en charge de 39 934 incidents et de 36 018 requêtes de service du centre de services à l'utilisateur (CSU) et de la proximité, avec un taux de 85 % de résolution à distance.
- L'octroi de plus de 600 jetons d'accès à distance dans la dernière année permettant, à ce jour, à plus de 2 000 utilisateurs de travailler à distance.

Direction de la logistique (DL)

- La prise en charge de l'offre de service en orthèses (enfants, adultes et podo-orthèses) par le Service des aides techniques (SAT) de La Mitis et de Rivière-du-Loup qui auparavant était assurée par le CIUSSS de la Capitale-Nationale.
- L'augmentation du volume d'activités du SAT : 300 personnes de plus ont été rencontrées au courant de l'année (pour déficience auditive, déficience visuelle et déficience motrice). De plus, les multiples restructurations ont permis de terminer l'année financière avec un bénéfice.
- Les travaux au niveau des stationnements et l'analyse sur leur gouvernance.
- La mise à jour des politiques et de la procédure en lien avec le déplacement des usagers.
- La bonification significative de la route de transport des matières dans la MRC de La Mitis.
- Le début du déploiement du formulaire *Bon de transport de matières* pour les transports urgents, ce qui assure une rigueur dans le traitement de la facturation.

- La réalisation de 59 836 commandes auprès de 1 445 fournisseurs, ce qui représente une valeur de 108 329 602 \$, et de 52 appels d'offres (publics et sur invitation) pour une valeur totale de 29 953 174 \$.
- La fusion des différentes bases de données de gestion (Octopus) en une seule pour tout le CISSS du Bas-Saint-Laurent réalisée par le service de génie biomédical permettant ainsi la normalisation de l'ensemble des types d'équipements, de la nomenclature, des modèles, des durées de vie théoriques et de la valeur de remplacement de tout le parc d'équipements médicaux. Cette normalisation permet aussi de planifier les remplacements au Plan de conservation des équipements médicaux (PCEM) pour plusieurs années à venir, tout en ayant la flexibilité de réajuster le plan au besoin chaque année.
- L'acquisition de plus de 11 millions de dollars en équipements médicaux, dont les principaux sont le tomodensitomètre de l'Hôpital régional de Rimouski et des salles de radioscopie et de radiographie du Centre hospitalier régional du Grand-Portage.

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

- La collaboration avec les centres de formation professionnelle (CFP) de la région et la direction SAPA pour la mise sur place de cohortes de préposés aux bénéficiaires (PAB) dans le cadre d'un programme novateur dans la région.
- L'organisation du séjour exploratoire en collaboration avec Place aux jeunes de Rivière-du-Loup et Rimouski.
- L'entrée en vigueur de la convention collective locale de l'Alliance du personnel professionnel et technique du réseau de la santé et des services sociaux (APTS) – Bas-Saint-Laurent.
- Le début des travaux pour la mise en place du Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023.
- La négociation de la convention collective locale Optilab-Gaspésie.
- L'accueil de 1076 stagiaires.

Afin de promouvoir et préparer la relève pour les postes de cadres intermédiaires, le Service du développement organisationnel a mis sur pied un programme de relève des cadres intermédiaires qui a permis de former une première cohorte d'une vingtaine de personnes dont la majorité a obtenu un poste de gestionnaire. Une deuxième cohorte d'une vingtaine de personnes a démarré à l'hiver 2020.

Le Service des communications a soutenu les différents projets organisationnels par la création de stratégies de communication, d'outils de diffusion et de conception graphique adaptés.

Direction des ressources financières (DRF)

- Les travaux portant sur le projet national de coût par parcours de soins et services (CPSS) se sont poursuivis. Le CISSS du Bas-Saint-Laurent possède maintenant une base de données unique et exploitable dans laquelle sont intégrées les informations cliniques et financières permettant d'attribuer l'ensemble des coûts du fonds d'exploitation à chacun de nos usagers.
- La réalisation des ateliers Kaizen (Lean) avec les principaux partenaires impliqués dans le processus d'acquisition d'immobilisations afin d'établir le processus idéal en partant de l'étape de la planification d'un projet, la détermination du financement ainsi que l'acquisition du bien ou du service. La rédaction de deux procédures, soit celle pour l'acquisition d'un bien et celle pour l'acquisition d'un service, dans le cadre de travaux immobiliers ainsi que la production d'un logigramme décrivant chacun des processus visés. Les étapes de présentation et d'adoption de ces procédures sont en cours.
- La tenue de deux activités de formation de groupe qui a rejoint plus de 150 personnes et l'offre d'une formation spécifique sur le volet du suivi budgétaire à certains gestionnaires sur une base individuelle, ceci afin d'accroître les compétences des gestionnaires en suivi budgétaire et en analyse de performance financière. Ces formations ont permis de consolider les acquis et de présenter les concepts de base en regard du financement axé sur le patient (FAP) et du déploiement en cours du CPSS.

Prévenir
Accompagner
Prendre soin



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



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

Chapitre III

Attentes spécifiques

Santé publique

1.1 Implanter, d'ici le 31 mars 2020, le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche dans tous les CHSLD publics et privés conventionnés de la province de Québec

Tout d'abord, les CISSS et CIUSSS pourront participer à une rencontre d'information avec l'équipe du MSSS afin de bien comprendre le cadre de référence pour implanter le programme. Les établissements devront, ensuite, faire parvenir un plan de déploiement au MSSS. Le personnel de l'équipe de soins (infirmières, infirmières auxiliaires et PAB) ainsi que les professionnels embauchés (hygiénistes, dentistes et denturologistes) devront suivre une formation en ligne. Selon le financement accordé aux établissements, ceux-ci devront envoyer la liste de tous les professionnels embauchés au fur et à mesure. Une reddition de comptes sera demandée sur les dépenses octroyées : à la formation de l'équipe de soins, aux salaires des hygiénistes, aux déplacements de celles-ci, à l'achat d'équipement portatif, à l'achat de matériel de soins d'hygiène et aux honoraires des dentistes et denturologistes. D'autres indicateurs sont en développement et pourront être demandés en lien avec les activités réalisées par les professionnels dentaires.

État de réalisation : Réalisé à 100 %

1.2 Assurer la participation des directions de santé publique aux travaux des conférences administratives régionales pour appuyer la concertation d'acteurs régionaux de divers secteurs d'activités autour de priorités et d'actions favorables à la santé

Que les PDG s'assurent que les DSPu et/ou des membres de leur équipe participent activement aux travaux des conférences administratives régionales, notamment comme membre des comités qui s'occupent des enjeux de développement social, ou même à titre de membre de la conférence administrative régionale s'ils en conviennent ainsi. Cette participation vise à ce que les DSPu mettent à profit leur expertise, qu'ils participent à la concertation intersectorielle et qu'ils veillent à la mobilisation des partenaires autour de priorités et d'actions en faveur de la santé de la population et de la qualité de vie. Les PDG s'assurent également que les DSPu effectuent les suivis nécessaires au sein du CISSS/CIUSSS au regard de ces travaux et que d'autres directions y contribuent selon les besoins.

Cette attente fait écho à l'action 1 du Plan d'action 2018 2020 du MSSS pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires et au résultat attendu que 100 % des DSPu participent aux travaux des conférences administratives régionales et d'autres instances pertinentes. Il s'agit aussi d'une condition facilitante pour la mise en œuvre du PNSP et de la PGPS.

État de réalisation : Réalisé à 100 %

1.3 Présenter un bilan des activités réalisées en matière de lutte contre le tabagisme

Un bilan faisant état des activités réalisées dans les milieux de vie est demandé (type d'activités, description des activités, objectifs, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre) à l'égard de la lutte contre le tabagisme chez les jeunes. Les activités déployées dans les différentes régions visent à contribuer à l'atteinte d'une des cibles du plan stratégique du ministère, soit la réduction de la proportion de fumeurs chez les 12 ans et plus. Le bilan régional permet de témoigner de la nature des activités déployées, des objectifs, des principaux partenaires engagés. Il sera ainsi possible d'apprécier l'intensité et l'ampleur des activités déployées ainsi que des retombées observées.

État de réalisation : Réalisé à 100 %

Programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés

2.1 Bonnes pratiques des établissements pour la prévention et la réduction des usagers en NSA

Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent compléter un état de situation de l'implantation des bonnes pratiques pour prévenir et résoudre le phénomène des usagers en niveau de soins alternatif.

État de réalisation : Non applicable

Commentaires : Cette attente a été retirée par le MSSS.

2.2 Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD

L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation, portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène ainsi que sur les résultats du 2^e soin d'hygiène complet par semaine, est demandé aux établissements.

État de réalisation : Réalisé à 100 %

Commentaires : L'état de situation de la période 6 a été transmis. Toutefois, le livrable de la période 13 a été retiré par le MSSS.

2.3 Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC)

L'établissement doit compléter et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation.

État de réalisation : Réalisé à 100 %

2.4 Plan d'action TSA (2017-2022)

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

État de réalisation : Réalisé à 100 %

2.5 Déploiement du programme Agir tôt

Un rapport de mise en œuvre est demandé pour le 15 janvier 2020 aux établissements.

État de réalisation : Réalisé à 100 %

2.6 Offrir des milieux résidentiels adaptés aux besoins des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA

Transmission par les établissements des données sur les listes d'attente et les types de milieux de résidence où vivent les usagers qu'ils desservent en DP-DI-TSA.

État de réalisation : Réalisé à 100 %

2.7 Suivi de l'ajout d'effectifs en CHSLD

Via un formulaire GESTRED, les établissements visés doivent rendre compte de l'ajout d'effectifs dans les équipes interdisciplinaires en CHSLD.

État de réalisation : Réalisé à 100 %

Affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques

4.1 Consolider l'organisation des soins et des services offerts aux personnes atteintes d'Alzheimer (et autres troubles neurocognitifs) et à leurs proches

Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS CIUSSS devra être produit au 31 mars 2020. Le gabarit fourni par le MSSS ayant servi aux redditions de compte des années précédentes devra être utilisé à cette fin.

État de réalisation : Réalisé à 100 %

4.2 État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018 — Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC

Autoévaluation sur la poursuite du Plan d'action déposé le 31 octobre 2016, composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'état d'avancement des travaux au 31 mars 2020, ainsi que les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action de l'établissement doivent être évalués.

État de réalisation : Non applicable

Commentaires : Cette attente a été retirée par le MSSS.

4.3 Contribuer au déploiement provincial de la télésanté

Les établissements devront démontrer leur contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du plan d'action en télésanté 2018-2020 et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour. Pour ce faire, un gabarit pour chacune des 3 actions sera fourni aux établissements par le MSSS pour complétion et retour en périodes 6 et 13.

État de réalisation : Réalisé à 100 %

Commentaires : Le livrable de la période 6 a été retiré par le MSSS et celui de la période 13 a été transmis.

4.4 État d'avancement du Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2017-2018 — Continuum de services, phase hyper aigüe, pour les personnes ayant subi un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST)

Autoévaluation au 31 mars 2020, du plan d'action déposé le 22 juin 2017, composée à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'avancement des travaux et les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être évalués.

État de réalisation : Réalisé à 100 %

Infrastructures, logistique, équipements et approvisionnement

7.1 Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés

Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour un bâtiment déficitaire inspecté en 2015 (lot #1) ou en 2016 (lot #2) et au 31 mars 2022 pour un bâtiment déficitaire inspecté en 2017 (lot #3). Si la cible de RDM d'un bâtiment inspecté en 2015 est de 80 % et que le différentiel entre l'IVP et le seuil d'état établi est de 3 %, l'IVP de ce bâtiment doit, au 31 mars 2020, minimalement diminuer de 2,4 % (80 % de 3 %) c'est-à-dire minimalement ramené à 15,6 %.

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

État de réalisation : Réalisé à 100 %

Coordination, planification, performance et qualité

8.1 Sécurité civile

Consolider les mécanismes de base en sécurité civile de façon à ce que l'établissement puisse assumer son rôle dans le déploiement de la mission Santé du PNSC. À cet effet, l'établissement doit :

- disposer d'un plan de sécurité civile à jour présentant le système de garde 24/7, les comités internes de sécurité civile et le processus d'alerte et de mobilisation des ressources;
- s'assurer que le personnel affecté à la sécurité civile a bénéficié d'une formation de base recommandée par le MSSS;
- établir ou raffermir des liens de partenariat en sécurité civile.

État de réalisation : Non applicable

Commentaires : Cette attente a été retirée par le MSSS.

8.2 Gestion des risques en sécurité civile — Santé et Services sociaux

Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit poursuivre sa démarche de gestion des risques en sécurité civile (GRSC) et traiter au minimum un risque identifié comme prioritaire.

État de réalisation : Non applicable

Commentaires : Cette attente a été retirée par le MSSS.

8.3 Plan de continuité des activités — Santé et Services sociaux

Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit lancer le projet d'élaboration d'un plan de continuité des activités (PCA) pour une portée d'établissement. Pour ce faire, la haute direction de l'établissement doit approuver une charte de projet présentant, entre autres :

- la durée estimée du projet;
- le calendrier de réalisation des étapes prévues au Guide pratique pour l'élaboration d'un plan de continuité des activités en établissement;
- la structure de gouvernance. Cette dernière doit notamment identifier le porteur de dossier et le comité tactique qui collaborera à l'élaboration du PCA.

État de réalisation : Réalisé à 100 %

Commentaires : Le livrable de la période 8 a été transmis. Toutefois le livrable de la période 13 a été retiré par le MSSS.

8.4 Révision des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise

Les établissements ont reçu au printemps 2018 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le conseil d'administration et ensuite transmis par courriel.

État de réalisation : Reporté

Commentaires : Cette attente a été reportée par le MSSS à une date ultérieure.

8.5 Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise

La mise sur pied d'un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise doit être réalisée. La composition de celui-ci sera entérinée par le conseil d'administration de l'établissement. Une résolution du conseil d'administration de l'établissement confirmant la création du comité régional, de même qu'une copie de la réglementation de celui-ci doivent être transmises par courriel.

État de réalisation : Réalisé à 100 %

Technologies de l'information

9.1 Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et en services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits

Comme stipulé au cadre normatif, à la section 1.3 Encadrement législatif et administration, l'établissement doit s'assurer que : « la qualité d'une ressource est basée sur la pertinence de sa présence dans l'application, la validité de la ressource et de ses composantes. L'attente exige un pourcentage de mise à jour de 95 % ou plus ». La méthode de calcul définie est le « Nombre de ressources mises à jour à la fin de la période » selon le calendrier établi au cadre normatif sur le « Nombre de ressources totales à la fin de la période ».

Si la proportion est en deçà de l'objectif prévu, cela indique à l'établissement qu'il lui faut s'assurer d'avoir les ressources humaines suffisantes pour effectuer cette tâche. Les données de l'application sont mises à jour en temps réel et les extractions servant aux rapports sont une représentation à un jour et une heure fixes.

État de réalisation : Réalisé à 100 %

9.2 Maintien des dispositions de la directive sur la cybersécurité

Conformément à la directive sur la cybersécurité, l'établissement devra se conformer à ses dispositions. Ces attentes spécifiques seront incluses dans l'outil permettant de faire la reddition de comptes en sécurité de l'information demandée chaque année dans le bilan de sécurité de l'information. Ainsi, au cours de l'année 2019-2020 les dates de transmission du bilan sont les suivantes : au plus tard le 31 mai 2019 pour l'exercice se terminant le 31 mars 2019 et le 31 mai 2020 pour l'année financière 2019-2020.

1. Maintenir à jour l'inventaire de l'ensemble des actifs informationnels;
2. Procéder à des tests de vulnérabilités;
3. Gérer efficacement les menaces;
4. Mener une analyse des risques de sécurité de l'information;
5. Gérer sainement la sauvegarde et la restauration des données.

État de réalisation : Réalisé à 100 %

Chapitre IV

Les engagements de l'établissement

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

Légende

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

Santé publique

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	87,4 %	86 %	★ 85,8 %
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	94 %	94,4 %	★ 95,1 %
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais	84,8 %	90 %	☆ 84,9 %
Plan stratégique 15-20			
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	2 423	2 416	★ 2 434
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	77,3 %	80 %	★ 80,4 %
1.01.32-EG2 Proportion des élèves de 4 ^e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec	90,7 %	90 %	☆ 12 %

Commentaires

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

Avec un résultat de 85,8 %, nous considérons l'engagement atteint au 31 mars 2020. On note une légère diminution par rapport au résultat de 2018-2019 qui était de 87,4 %.

La situation sanitaire causée par la COVID-19 nous a contraints à mettre sur pause les activités dans les écoles depuis le 12 mars 2020. Toutefois, au cours de la dernière année, nous avons mené des travaux pour faciliter le travail de partenariat avec le milieu scolaire afin d'optimiser nos interventions. Ainsi, nous estimons que le résultat aurait atteint la cible.

Écart relevé entre le résultat du MSSS et le CISSS

Au 31 mars 2020, il existe un écart entre notre résultat et celui figurant dans les tableaux de bord de l'EGI du portail du système d'information décisionnel (SID) du MSSS.

Dans le résultat du SID, deux écoles publiques ont été calculées en double (écoles desservies par deux installations différentes du CISSS du Bas-Saint-Laurent) et par mégarde une intervention d'une école privée a été saisie comme étant une école publique. Nous avons fait l'ajustement du résultat aux fins de la présente reddition de comptes pour inscrire le résultat réel. Au cours de la prochaine année, il faudra apporter des correctifs pour éviter la récurrence de cette problématique due à la saisie de statistiques.

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

L'engagement de 94,4 % est atteint au 31 mars 2020 avec un résultat de 95,1 %, alors que le résultat au 31 mars 2019 était de 94 %.

Les travaux des deux dernières années portant sur l'amélioration de l'offre de service en vaccination pour les enfants de 0-5 ans contribuent à cette augmentation. Le suivi des indicateurs de façon périodique permet une vigie et un ajustement des interventions plus rapide auprès des équipes de vaccination. Les interventions en périnatalité s'avèrent bénéfiques à la promotion de la vaccination pour ce premier vaccin.

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

L'engagement de 90 % est presque atteint au 31 mars 2020 avec un résultat de 84,9 %. On note une légère augmentation par rapport au résultat de 2018-2019 qui était alors de 84,8 %.

Le contexte sanitaire causé par la COVID-19 a ralenti les travaux concernant l'amélioration de l'offre de service de vaccination pour les enfants de 0-5 ans et n'a pas permis de faire les corrections souhaitées, notamment celles entourant ce vaccin qui nécessite un défi depuis quelques années. De plus, bien que les cliniques de vaccination aient été maintenues dans le contexte de la COVID-19, un nombre important de parents ont annulé leur rendez-vous. Par conséquent, les délais de vaccination sont très courts et ne peuvent pas toujours être respectés, ceci explique la non-atteinte de la cible.

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

L'engagement de 2416 activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les jeunes de 15 à 24 ans est atteint en 2019-2020. En fait, on en dénombre 2434 au 31 mars 2020.

Les activités de dépistage mises en place depuis quelques années fonctionnent bien. Un suivi régulier et constant est fait auprès des équipes afin de faire les ajustements nécessaires (ex. : formation, saisie des données statistiques, rencontres cliniques, etc.). Malgré cette situation favorable à l'atteinte des résultats, nous devons maintenir une certaine vigilance en raison de la situation de la COVID-19 où les activités en milieu scolaire ont cessé depuis le 12 mars 2020, que les infirmières scolaires participent aux enquêtes épidémiologiques et que tous les dépistages asymptomatiques de chlamydia et de gonorrhée en clinique ITSS ont cessé afin de réserver les écouvillons au dépistage de la COVID 19.

1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1^{re} dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais

L'engagement de 80 % a été atteint au 31 mars 2020 avec un résultat de 80,4 %. Toutefois, on note une importante amélioration par rapport au résultat au 31 mars 2019, qui était de 77,3 %. Rappelons que les résultats au 31 mars 2018 étaient de 70,4 %.

Ces résultats illustrent l'impact positif des travaux d'amélioration pour l'offre de service de vaccination chez les enfants de 0-5 ans. Ils témoignent du travail de partenariat entre les directions de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse (DPJ-Pje) et de la santé publique (DSPu).

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

L'engagement de ce nouvel indicateur n'est pas atteint au 31 mars de 2020 avec un résultat de 12 %.

À la fin de la 11^e période financière (1^{er} février 2020), 93,9 % des élèves de 4^e année avaient reçu leur première dose du vaccin contre l'hépatite B, ce qui est un excellent résultat. Cette extraction nous permet d'estimer la couverture vaccinale (comportant deux doses) pour l'année financière 2019-2020 qui sera rendue officielle le 25 septembre 2020. Au 31 mars 2020, seulement 12 % des élèves avaient reçu les 2 doses requises, ce qui est bien en deçà du résultat obtenu en 2018-2019 (qui est rendu officiel à la fin septembre 2019).

L'atteinte de la cible de cet indicateur au 31 mars comporte un enjeu important de concordance des calendriers de l'EGI et de l'année scolaire comme illustré dans le paragraphe précédent. De plus, le contexte de la pandémie de la COVID-19 et la fermeture des écoles ont contribué à mettre sur pause ce programme de vaccination et complète l'explication. Toutefois, un rattrapage est prévu auprès de ces élèves lors de la reprise des activités scolaires.

Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Plan stratégique 15-20 1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i> (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	100 %	☆ 83,3 %
Plan stratégique 15-20 1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	100 %	★ 100 %
Plan stratégique 15-20 1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	100 %	☆ 50 %
Plan stratégique 15-20 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	55,7 %	80 %	☆ 64,8 %

Commentaires

La surveillance de l'incidence des diarrhées associées au *Clostridium difficile*, des bactériémies à *Staphylococcus aureus* **résistant à la méthicilline** (patient SARM) et des bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse est obligatoire pour les hôpitaux du Québec ayant un nombre minimum d'admissions ou d'activités. Ils font partie du programme provincial de surveillance des infections nosocomiales.

Au Bas-Saint-Laurent, les infirmières en prévention et contrôle des infections (PCI) et les médecins microbiologistes-infectiologues collaborent aux différentes activités de surveillance. La surveillance s'inscrit dans un processus continu de la qualité et de la sécurité des soins.

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

Notre engagement de 100 % n'est pas atteint au 31 mars 2020. Malgré le fait que le taux de conformité figurant dans les tableaux de bord de l'EGI du portail du SID du MSSS se situe à 66,7 %, notre résultat au 31 mars 2020 est de 83,3 %, ce qui est inférieur au taux de 100 % obtenu en 2018-2019.

Parmi les six installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent offrant des soins de courte durée (hôpitaux), nous observons cinq installations ayant des taux conformes pour l'année 2019-2020.

Répartition du résultat :

- Installations appartenant à la catégorie des hôpitaux « non universitaire de 110 lits et plus ayant une clientèle âgée de 65 ans et plus inférieure à 45 % » pour lesquels le taux d'incidence cible (taux établi) est de **5,6 % par 10 000 jours-présence** :
 - Les deux hôpitaux de cette catégorie ont un taux conforme.

- Installations appartenant à la catégorie des hôpitaux « non universitaire de moins de 110 lits » pour lesquels le taux d'incidence cible (taux établi) est de 4,4 % par 10 000 jours-présence :
 - Deux hôpitaux de cette catégorie obtiennent un résultat conforme selon les standards attendus par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ);
 - Un troisième hôpital est conforme puisque son taux se situant à 3,9 % est au-dessous de la cible de 4,4 % par 10 000 jours-présence. Toutefois, l'INSPQ a considéré cette installation non conforme dans les tableaux de bord du portail du SID puisque celle-ci n'avait pas complété les données de surveillance dans les délais, et ce, pour 11 des 13 périodes de l'année financière. Nous reconnaissons effectivement que les délais de transmission n'ont pas été respectés;
 - Un seul hôpital est au-dessus de la cible de 4,4 % puisque son seuil minimal d'intervalle de confiance se situe à 4,57 %. À noter que cette installation a été affectée par une écloison; toutefois, diverses mesures de prévention et de contrôle ont été prises pour réduire l'incidence de diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD).

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

Notre engagement de 100 % est atteint au 31 mars 2020. Malgré le fait que le taux de conformité figurant dans les tableaux de bord du portail du SID se situe à 50 %, notre résultat au 31 mars 2020 est bien de 100 %. Ce taux est identique à celui obtenu en 2018-2019.

Parmi les six installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent offrant des soins de courte durée (hôpitaux), il n'y a que trois installations que l'INSPQ a considéré conformes pour l'année 2019-2020, puisque les trois autres n'ont pas complété les données de surveillance dans les délais, et ce, pour 11 des 13 périodes de l'année financière. Au cours de 2019-2020, une seule bactériémie a été détectée dans une installation, mais cela n'a pas entraîné de dépassement du taux d'incidence établi à 0,41 % par 10 000 jours-présences (toutes nos installations appartiennent à la catégorie des hôpitaux « non universitaire »).

Dans la réalité, toutes nos installations sont conformes aux taux établis et notre engagement 2019-2020 est atteint, bien que nous reconnaissons également que les délais de transmission n'ont pas été respectés.

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

Notre engagement de 100 % n'est pas atteint au 31 mars 2020. Nous observons un résultat de 50 %, comparativement à 100 % obtenu en 2018-2019. Malgré le fait que le taux de conformité figurant dans les tableaux de bord du portail du SID mentionne 0 %, notre résultat au 31 mars 2020 est bien de 50 %.

Deux installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent sont concernées pour l'indicateur sur les bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse :

- Un hôpital est non conforme puisque son taux se situant à 0,62 % est au-dessus de la cible de 0,58 % par 1 000 jours-cathéters. Ce résultat est causé par une seule bactériémie.
- Un hôpital est conforme puisqu'il n'y a eu aucun cas de ce type de bactériémie en 2019-2020, ce qui explique notre résultat de 50 %. Toutefois, l'INSPQ a considéré cette installation non conforme dans les tableaux de bord du SID puisque celle-ci n'avait pas complété les données de surveillance dans les délais, et ce, pour 11 des 13 périodes de l'année financière. Nous reconnaissons également pour cet indicateur que les délais de transmission n'ont pas été respectés.

Nous avons constaté pour l'année 2019-2020 certaines difficultés concernant la qualité et la validité des données transmises, relatives aux trois indicateurs d'infections nosocomiales commentés précédemment. Divers facteurs ont été soulevés pouvant expliquer cette situation, notamment la présence de nouvelles conseillères dans l'équipe, une absence maladie et un poste à découvert pendant un certain temps. Toutefois, malgré la problématique reliée à la transmission des données, nous pouvons affirmer que les lignes directrices en vigueur et les recommandations en matière de prévention et contrôle des infections ont été appliquées avec rigueur. De plus, l'utilisation de logiciels de surveillance, la collaboration avec les laboratoires et le repérage rapide des cas nécessitant des interventions ont contribué à assurer la sécurité des usagers dans les installations concernées.

En 2020-2021, des interventions seront effectuées afin de s'assurer que les données soient transmises dans les délais et que nos résultats reflètent davantage notre réalité.

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

Le taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains ciblé de 80 % n'est pas atteint en 2019-2020, alors que les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent affichent un taux de 64,8 %. Toutefois, ce résultat démontre une amélioration de 9,1 % selon l'ensemble des audits sur l'hygiène des mains effectués par rapport à l'année 2018-2019.

Cette amélioration est équivalente pour les regroupements des 6 hôpitaux et des 2 centres d'hébergement ayant au moins 100 lits. Les taux observés des hôpitaux varient entre 54 % (Matane et Rimouski) et 79 % (Kamouraska, CH de La Pocatière), et ceux des centres d'hébergement varient entre 42 % (CHSLD de Rimouski) et 73 % (Matane). Malgré une progression globale moins significative que la dernière année, nous notons que cette progression est constante dans l'ensemble des installations, variant de 1 % à 30 % pour les centres hospitaliers et de 3 % à 9 % pour les CHSLD.

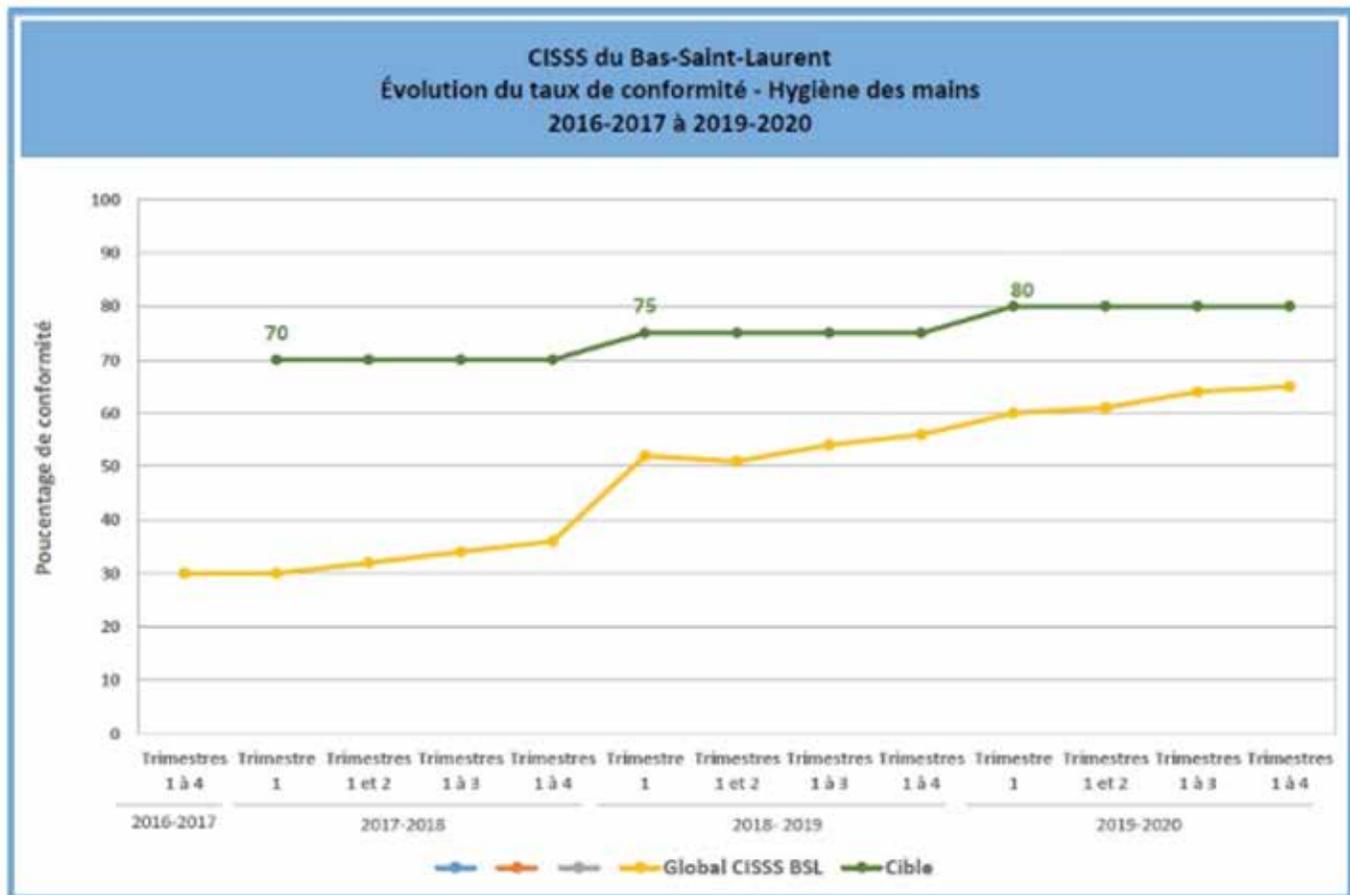
Pour l'ensemble des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent auditées en 2019-2020, les taux de conformité sont de 65,8 % pour les infirmières et infirmières auxiliaires (augmentation de 9,6 %), de 68,1 % pour les médecins (augmentation de 12 %) et de 60,9 % pour les préposés aux soins (augmentation de 6,6 %). Enfin, les taux de conformité demeurent plus élevés après un contact avec un patient ou son environnement (72,2 %), comparativement à avant un contact avec un patient ou son environnement (54,8 %).

Un plan d'action stratégique intitulé *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains au CISSS du Bas-Saint-Laurent 2017-2020*, instauré en janvier 2018 afin d'améliorer les taux de conformité des soignants et développer une culture en hygiène des mains, est toujours en déploiement pour améliorer l'adhésion à la pratique exemplaire d'hygiène des mains.

Dans la dernière année, le déploiement d'agents de promotion d'hygiène des mains (champions d'hygiène des mains), l'installation de distributeurs de solutions hydroalcooliques supplémentaires, les diverses campagnes de sensibilisation (ex. : intégrité de la peau et soins des mains), le renouvellement dans les moyens de diffusion des données auprès des équipes et des collaborateurs, l'instauration d'affiches pour informer les usagers des taux de conformité à l'hygiène des mains sur les unités de soins, la revue de la méthodologie et la standardisation des processus d'audits, les discussions lors des caucus opérationnels et la formation, notamment dans le cadre d'Agrément Canada, sont des actions qui ont été très favorables à cette constante progression.

La poursuite de la mobilisation générale des services et du personnel, incluant les médecins, du CISSS du Bas-Saint-Laurent est encouragée pour changer la culture entourant l'hygiène des mains et atteindre la cible de 80 % l'an prochain.

Évolution du taux de conformité – Hygiène des mains depuis 2016



Services généraux – Activités cliniques et d'aide

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
1.02.07-EG2 Pourcentage de réfugiés ayant bénéficié de l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique dans un délai de 30 jours	62,3 %	65 %	★ 83,3 %

Commentaires

1.02.07-EG2 Pourcentage de réfugiés ayant bénéficié de l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique dans un délai de 30 jours

La cible de 65 % a été atteinte et largement dépassée. Une hausse importante du résultat a pu être constatée, passant de 62,3 % en 2018-2019 à 83,3 % en 2019-2020, et nous croyons être en capacité de la maintenir.

L'excellence de ce résultat est particulièrement due au respect des rendez-vous et à la disponibilité du personnel concerné. Une meilleure coordination a été appliquée face au suivi des rendez-vous. La structure de postes a été consolidée, ce qui vient favoriser une meilleure fluidité de l'offre de service.

Soutien à domicile de longue durée

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	446 090	468 395	★ 720 872
Plan stratégique 15-20			
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	5 861	5 776	★ 6 388
Plan stratégique 15-20			
1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	89,5 %	90 %	★ 89,6 %

Commentaires

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

L'engagement de 468 395 heures est largement dépassé au 31 mars 2020. Nous observons une augmentation importante de 274 782 heures par rapport à l'année 2018-2019 avec un résultat de 720 872 heures pour 2019-2020.

Facteurs qui expliquent le dépassement de notre engagement :

- augmentation du nombre d'usagers suivis au soutien à domicile (SAD), au soutien intensif à domicile (SIAD), en résidences privées pour aînés (RPA), dans les ressources intermédiaires et dans les ressources de type familial (RI-RTF);
- ajout de personnel suite à l'investissement en SAD;
- intensification des services au SAD, au SIAD, au Service d'évaluation et de réadaptation en gériatrie (SERG) et

en RPA-RI-RTF, notamment par le Programme chèque emploi-service (CES) et l'achat de services auprès des RPA et des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EESAD);

- potentiel d'accueil des RPA-RI-RTF en soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) pour prendre de la clientèle ayant un profil de perte d'autonomie plus élevé;
- rigueur dans les mesures de contrôle de suivi des données;
- collaboration entre la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA), la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique (DOEPE), la Direction des soins infirmiers (DSI), la Direction du programme de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DPDI-TSA-DP) et la Direction des ressources financières (DRF).

Notre méthodologie sur le contrôle de la qualité des données a fait ses preuves cette année, nous permettant ainsi d'apporter les ajustements requis à chaque période.

Le résultat au 31 mars 2019 n'est pas disponible dans les tableaux de bord de l'EGI du portail du SID du MSSS, nous avons utilisé la donnée inscrite dans la reddition de comptes 2018-2019 afin de comparer les deux années financières.

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

Le résultat de cet indicateur démontre que nous avons dépassé notre engagement fixé à 5 776 usagers pour 20 192 020. Avec un résultat de 6 388 usagers, nous observons une augmentation de 527 par rapport à l'année 2018-2019 où nous avons 5 861 usagers.

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

- augmentation du nombre d'heures travaillées par l'ajout de ressources humaines, suite à l'investissement en SAD;
- intensification de l'offre de service en SAD, en SIAD, du SERG, des RPA et RI-RTF pour assurer les suivis selon la hiérarchisation des services où le CHSLD est la dernière option;
- gestion accrue de la qualité des données. La méthodologie de contrôle utilisée permet d'apporter les ajustements requis à chaque période.

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

Avec un résultat de 89,6 %, nous considérons l'engagement atteint au 31 mars 2020. Notre résultat est similaire à celui obtenu en 2018-2019 à 89,5 %.

Facteurs qui expliquent notre résultat :

- meilleur contrôle de la qualité des données par les gestionnaires et les intervenants. Les résultats obtenus à la sixième période nous ont permis de procéder à un redressement jusqu'à la fin de l'année financière en nous assurant de répartir adéquatement le nombre de personnes à évaluer chaque semaine;
- le contexte de la COVID-19, à partir du 13 mars 2020, a fait en sorte que nous avons perdu 18 jours pour finaliser les mises à jour des évaluations et des plans d'intervention. Notre résultat aurait été supérieur et aurait même dépassé significativement l'engagement de 90 %;
- un **réseau local de service (RLS) a éprouvé des difficultés au niveau de la gestion de ses ressources humaines (manque de personnel et suivi des compétences);**
- notre **méthodologie de contrôle des données a fait ses preuves cette année.**

Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Plan stratégique 15-20 1.03.07.00-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée	85,7 %	Cet engagement a été annulé par le MSSS	N/D
Plan stratégique 15-20 1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	Cet engagement a été annulé par le MSSS	N/D
Plan stratégique 15-20 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	85,7 %	Cet engagement a été annulé par le MSSS	N/D
Plan stratégique 15-20 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100 %	Cet engagement a été annulé par le MSSS	N/D
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	93,9 %	90 %	★ 91,6 %
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	96,9 %	90 %	★ 92,5 %

Commentaires

1.03.07.00-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée

En 2019-2020, le MSSS a annulé notre engagement pour cet indicateur.

1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée

En 2019-2020, le MSSS a annulé notre engagement pour cet indicateur.

1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée

En 2019-2020, le MSSS a annulé notre engagement pour cet indicateur.

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

En 2019-2020, le MSSS a annulé notre engagement pour cet indicateur.

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

L'engagement de 90 % est dépassé au 31 mars 2020 avec un résultat de 91,6 %. Nous observons une légère diminution de 2,3 % par rapport au résultat de l'année passée où nous avons obtenu un taux de 93,9 %.

Facteurs qui expliquent l'atteinte de notre engagement :

- processus rigoureux au mécanisme d'hébergement long terme où la hiérarchisation des services amène à considérer, pour chaque usager, que les CHSLD sont la dernière option à envisager comme milieu de vie substitut. Le cadre de référence a d'ailleurs été mis à jour;
- en collaboration avec les partenaires, augmentation de la capacité d'hébergement dans la communauté (RPA et RI-RTF) afin de pouvoir y héberger des personnes avec un profil d'autonomie plus lourd;
- travail en amont au volet institutionnel afin que les usagers puissent demeurer dans leur milieu de vie le plus longtemps possible;
- gestion des niveaux de soins alternatifs (NSA) en milieu transitoire selon le profil de l'utilisateur (RI-RTF ou CHSLD), permettant de confirmer le profil et d'orienter l'utilisateur au bon endroit;
- le taux d'occupation de l'hébergement dans la communauté est à plus de 95 %, ce qui fait que nous devons parfois transférer des personnes vers les CHSLD pour compenser le manque de places alors que certains usagers auraient pu être orientés autrement;
- notre gestion de la qualité des données est fiable et bien rodée.

Mesure d'amélioration pour l'année 2020-2021 :

- processus d'appels d'offres en RI pour les RLS du Témiscouata, des Basques, de Rimouski-Neigette et de La Matapédia afin de régulariser ou de développer le nombre de places en RI.

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

L'engagement de 90 % est atteint au 31 mars 2020. Toutefois, nous observons une légère baisse du résultat cette année à 92,5 % par rapport à celui de l'année dernière où nous avons un taux de 96,9 %.

Cette diminution s'explique par le fait qu'un CHSLD a été davantage en difficulté. Son manque de main-d'œuvre a occasionné une instabilité dans les équipes et nous avons dû recourir au plan de contingence et à de la main-d'œuvre indépendante (MOI). Un changement dans la coordination a aussi eu lieu dans ce CHSLD au cours de l'année. Plus de suivis et de contrôle de la part de la nouvelle gestionnaire sont attendus ainsi qu'un processus de recrutement plus agressif.

En contrepartie, on peut affirmer que l'atteinte de la cible est surtout attribuable à la vigie du processus d'admission et de notre accueil en CHSLD, permettant ainsi de bien suivre les dates de production et de révision de notre système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) et des plans d'intervention individualisée (PII).

Déficiences

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Plan stratégique 15-20			
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	57,45 jours	70 jours	★ 62,67 jours
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	92,6 %	90 %	☆ 85,1 %
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	87,1 %	90 %	☆ 86,8 %
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	97,3 %	90 %	★ 95 %
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	93 %	90 %	★ 98,7 %
Plan stratégique 19-23 1.45.45.05 - Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais	35,96 %	90 %	☆ 37,5 %
Plan stratégique 15-20			
1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	93,3 %	90 %	☆ 88,9 %
Plan stratégique 19-23			
1.47 - Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	N/D	711	☆ 623

Commentaires

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

L'engagement de 70 jours est atteint, voire dépassé, avec l'obtention d'un résultat de 62,67 jours pour 2019-2020. Notre performance organisationnelle, même si elle est légèrement inférieure à notre résultat de 2018-2019, dépasse amplement la cible de 90 jours qui était prévue au plan national.

Plusieurs facteurs expliquent le dépassement de notre engagement :

- ajout de ressources supplémentaires non récurrentes pour assurer un accès dans les délais;
- rehaussement des interventions en épisode de services comme le prescrit le Cadre de référence en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique;
- suivi étroit des dossiers 0-5 ans sur la liste d'attente;
- supervision individuelle statutaire des employés pour suivre leur performance clinique;

- rencontres d'équipe qui abordent des points statutaires, comme les données de performance de la direction;
- suivi en salle de pilotage des différents indicateurs de gestion.

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

L'engagement de 90 % n'est pas atteint pour 2019-2020. Nous observons une baisse significative avec un résultat de 85,1 % cette année par rapport à celui de l'année dernière qui avait atteint un taux de 92,6 %.

Les facteurs qui expliquent ce résultat :

- le faible résultat obtenu par un RLS en particulier (taux de 23,1 %) qui fait descendre la moyenne régionale;
- augmentation des demandes, sans toutefois augmenter le nombre d'intervenants, dans quelques RLS;
- mouvement du personnel et des gestionnaires;
- difficulté de maintenir une qualité des données : saisie et contrôle des statistiques;
- augmentation du nombre de postes vacants durant l'année au volet non institutionnel, passant de 78 à 125 postes.

Mesures d'amélioration pour l'année 2020-2021 :

- des corrections s'imposent dans 6 des 8 RLS pour atteindre l'engagement de 90 %;
- un RLS doit être redressé plus particulièrement par la mise en place de mesures de contrôle, la validation de la charge de travail, la validation et le contrôle de la saisie des statistiques.

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

L'engagement de 90 % est presque atteint pour 2019-2020. Nous observons une performance de 86,8 % en 2019-2020 comparativement à 87,1 % en 2018-2019.

Facteurs qui expliquent la non-atteinte de notre engagement :

- dossiers en déficience du langage (DL) et en déficience motrice enfant qui occupent une proportion importante dans la liste d'attente, donc des dépassements du délai d'accès (plus de 98 % des dossiers en déficience physique);
- augmentation notable de nouveaux usagers desservis au cours de la dernière année pour la clientèle en DL, soit 56 dossiers de plus pour le même nombre de postes à notre structure de postes. Ceci entraîne une pression continue sur la liste d'attente et les délais d'accès;
- changements liés à la détection du trouble développemental du langage qui amènent un accroissement des références;
- absence d'un audiologiste, malgré les efforts organisationnels pour veiller au remplacement. Cette situation a donc entraîné des délais d'accès en déficience auditive;
- près de 65 % des dossiers en attente et en dépassement de délais d'accès sont ceux touchant la clientèle des 6 ans et plus, puisqu'aucune offre de service claire n'est en place en première ligne ainsi qu'au niveau scolaire, et ce, pour la clientèle jeunesse présentant une déficience du langage et une déficience motrice;
- augmentation importante du nombre de jeunes présentant un retard global du développement (RGD), soit plus de 50 nouveaux dossiers pour la même structure de postes.

Mesures mises en œuvre pour améliorer la situation :

- pour le secteur en enfance, ajout de ressources temporaires et de postes permanents en orthophonie et ajout d'éducateurs dans le but de diminuer la liste d'attente en déficience du langage et en déficience motrice enfant;
- travaux en déficience du langage jeunesse pour revoir la programmation clinique et l'efficacité clinique pour mieux répondre aux dossiers des usagers de 6 ans et plus particulièrement;

- travaux avec la Direction de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse (DPJ-PJe) pour la mise sur pied d'une trajectoire de service conjointe au niveau du retard de développement, autant sur le plan moteur que langagier. Le but est de se doter de services complémentaires en services spécifiques et en services spécialisés. Mise en place du projet pilote à l'automne 2020;
- procédure de la liste d'attente pour définir les rôles, les responsabilités et les standards attendus de tous acteurs impliqués;
- supervision individuelle statutaire des employés pour suivre leur performance clinique;
- rencontres d'équipe qui abordent des points statutaires, comme les données de performance de la direction;
- suivi en salle de pilotage des différents indicateurs de gestion;
- poursuite des travaux du comité de travail avec la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) : sélection de la main-d'œuvre dans les secteurs vulnérables (ex. : orthophonie, audiologie);
- travaux visant l'ajout de contrat en main-d'œuvre indépendante pour les audiologistes. Contrat de service en main-d'œuvre indépendante pour réaliser des évaluations des usagers en attente de services pour la clientèle en déficience du langage et en déficience motrice enfant (45 dossiers réalisés en 2019-2020);
- actualisation du nouvel organigramme de la Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DPDI-TSA-DP) visant, entre autres, à centraliser les services en déficience du langage et en déficience motrice enfant sous un même chef plutôt que plusieurs chefs comme c'était le cas auparavant. Le tout permet un meilleur contrôle de l'accès et de la qualité des services et aidera à harmoniser les pratiques au sein du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- plan d'action mis en œuvre pour établir des standards d'attribution de dossiers pour tenter d'enrayer les dossiers en dépassement des délais d'accès d'ici la fin de 2021.

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

L'engagement est atteint pour 2019-2020. Le résultat de 95 % au 31 mars 2020 dépasse de 5 % notre engagement établi à 90 %. Nous observons une légère diminution du résultat de 2,3 % pour cet indicateur entre l'année 2018-2019 et 2019-2020.

Facteurs qui expliquent l'atteinte de notre engagement :

- l'intégration des équipes spécifiques de la mission CLSC avec celles des centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) assure une meilleure continuité des services et un plus grand contrôle des délais d'accès. Étant sous la même gouvernance, cette structure permet d'actualiser une vision transversale des services offerts;
- actualisation du rapport de gestion concernant le suivi des listes d'attente (maintenant en temps réel);
- procédure de la liste d'attente pour définir les rôles, les responsabilités et les standards attendus de tous les acteurs impliqués;
- suivi des indicateurs de gestion au niveau de la salle de pilotage de la direction.

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

L'engagement est atteint pour 2019-2020. Notre performance de 98,7 % au 31 mars 2020 dépasse de 8,7 % notre engagement établi à 90 %. Nous observons une augmentation de 5,7 % sur cet indicateur entre l'année 2018-2019 et l'année 2019-2020.

Facteurs qui expliquent le dépassement de notre engagement :

- actualisation de l'offre des services spécifiques/spécialisés et transfert des charges de cas des services spécialisés vers les services spécifiques. Impact positif sur les délais d'accès au niveau des services spécialisés;
- rehaussement des interventions en épisode de services comme le prescrit le *Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*;
- poursuite des travaux du comité de travail avec la DRHCAJ : sélection de la main-d'œuvre dans les secteurs vulnérables pour éviter des bris de services;
- ajout de ressources temporaires en services spécialisés en DI-TSA;
- procédure de la liste d'attente pour définir les rôles, les responsabilités et les standards attendus de tous les acteurs impliqués;
- suivi des indicateurs au niveau de la salle de pilotage de la direction.

1.45.45.05 Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais

L'engagement fixé à 90 % n'est pas atteint pour 2019-2020. Ce nouvel indicateur, qui a été mis en place seulement en février 2020 (addenda de l'EGI 2019-2020), a atteint un résultat de 37,5 %.

Facteurs qui expliquent la non-atteinte de notre engagement :

- dossiers en déficience du langage (DL) et en déficience motrice enfant qui occupent une proportion importante dans la liste d'attente, donc des dépassements du délai d'accès (plus de 98 % des dossiers en déficience physique);
- augmentation notable de nouveaux usagers desservis au cours de la dernière année pour la clientèle en DL, soit 56 dossiers de plus pour le même nombre de postes à notre structure de postes. Ceci entraîne une pression continue sur la liste d'attente et les délais d'accès;
- changements liés à la détection du trouble développemental du langage qui amènent un accroissement des références;
- près de 65 % des dossiers en attente et en dépassement de délais d'accès sont ceux touchant la clientèle des 6 ans et plus, puisqu'aucune offre de service claire n'est en place en première ligne ainsi qu'au niveau scolaire, et ce, pour la clientèle jeunesse présentant une déficience du langage et une déficience motrice;
- augmentation importante du nombre de jeunes présentant un retard global du développement (RGD), soit plus de 50 nouveaux dossiers pour la même structure de postes.

Mesures mises en œuvre pour améliorer la situation :

- pour le secteur en enfance, ajout de ressources temporaires et de postes permanents en orthophonie et ajout d'éducateurs dans le but de diminuer la liste d'attente en déficience du langage et en déficience motrice enfant;
- travaux en déficience du langage jeunesse pour revoir la programmation clinique et l'efficacité clinique : pour mieux répondre aux dossiers des usagers de 6 ans et plus particulièrement;
- travaux avec la Direction de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse (DPJ-PJe) pour la mise sur pied d'une trajectoire de service conjointe au niveau du retard de développement, autant sur le plan moteur que langagier. Le but est de se doter de services complémentaires en services spécifiques et en services spécialisés (mise en place du projet pilote à l'automne 2020);
- procédure de la liste d'attente pour définir les rôles, les responsabilités et les standards attendus de tous les acteurs impliqués;
- supervision individuelle statutaire des employés pour suivre leur performance clinique;
- rencontres d'équipe qui abordent des points statutaires, comme les données de performance de la direction.

Écart relevé entre le résultat du MSSS et le CISSS

Il existe un écart entre nos résultats et ceux figurant dans les tableaux de bord de l'EGI du portail du SID du MSSS. Aux fins de la présente reddition de comptes, nous avons inscrits nos données provenant du système de génération de rapport Cognos utilisant les bases de données du système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD).

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

L'engagement de 90 % est presque atteint pour 2019-2020. Avec un résultat de 88,9 %, nous observons une légère diminution par rapport au résultat de 93,3 % obtenu en 2018-2019.

Facteurs qui expliquent la non-atteinte de notre engagement :

- volume total de nouveaux dossiers assez faible, cela occasionne donc un impact marqué sur l'indicateur (loi des petits nombres : un total de 9 usagers pour l'année);
- un seul usager présente une situation de délais d'accès en dépassement. En centre d'activités de jour, la complexité des besoins de l'utilisateur nécessitait un accompagnement un pour un. De plus, un ajustement du milieu a été requis pour assurer la sécurité. Lorsque la situation s'est présentée, la DPDI-TSA-DP n'a pu dégager les ressources humaines nécessaires afin de répondre au besoin et d'effectuer les travaux dans les délais requis.

Mesures mises en œuvre pour améliorer la situation :

- les nouveaux investissements récurrents en centre d'activités de jour octroyés par le MSSS en 2019-2020 favoriseront la réponse à ce type de besoin particulier;
- révision de l'offre de service en activités des centres d'activités de jour prévue d'ici la fin de 2021 qui permettra à un plus grand nombre d'utilisateurs de bénéficier de présences en centre d'activités de jour.

1.47 Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme

L'engagement de 711 places en services résidentiels n'est pas atteint pour 2019-2020. Ce nouvel indicateur mis en place seulement en février 2020 (addenda de l'EGI 2019-2020) atteint un résultat de 623 places.

Toutefois, en avril 2020, nous avons constaté une erreur dans le calcul de cet indicateur. Lorsque nous avons transmis le nombre de places comblées et celles qui sont vacantes, nous avons inclus par erreur les places en hébergement temporaire associées à l'article 108 de la LSSSS ainsi que les places des usagers à domicile ayant un superviseur d'appartement. Cette erreur d'interprétation a fait en sorte que l'engagement 2019-2020 demandé par le MSSS envers notre établissement était surévalué. L'engagement pour la prochaine année devrait être revu à la baisse par le MSSS.

Jeunes en difficulté

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Plan stratégique 15-20 1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	14,22 %	13,77 %	★ 14,59 %

Commentaires

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

Nous n'avons pas atteint le résultat attendu fixé à 13,77 % au 31 mars 2020. Les résultats concernant cet indicateur ont peu varié dans les deux dernières années, passant de 14,22 % en 2018-2019 à 14,59 % en 2019-2020.

La négligence demeure le principal motif de signalement et le nombre de nouvelles situations prises en charge en protection de la jeunesse pour ce motif est demeuré stable (140 en 2018-2019 et 148 en 2019-2020). Nous observons toutefois une diminution importante des signalements retenus pour motif de négligence au cours de la dernière année (477 en 2018-2019 et 385 en 2019-2020).

Malgré le fait que nous ne réussissons pas à **atteindre notre engagement, il y a eu plusieurs investissements humains au cours des deux dernières années : animation du programme auprès des équipes de proximité et de protection de la jeunesse, formation, codéveloppement, animation du guide de saisie et comité de suivi.** Des enjeux d'application du programme demeurent. Le personnel de proximité éprouve des difficultés à promouvoir le programme auprès des familles et affirme essayer beaucoup de refus de la part des parents. Le programme est aussi sous-utilisé en protection de la jeunesse.

Dépendances

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	86,9 %	85 %	★ 84,1 %
Plan stratégique 15-20 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	85,7 %	90 %	★ 89,3 %
Plan stratégique 19-23 1.07.07 - Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	N/D	1 896	★ 1 923

Commentaires

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

Malgré les difficultés de main-d'œuvre rencontrées dans l'année 2019-2020, nous avons presque été en mesure d'atteindre la cible fixée à 85 %.

La légère diminution du résultat comparé à celui de l'année 2018-2019 peut s'expliquer par une problématique au niveau des ressources humaines (RH), soit un roulement important de ressources et du personnel moins expérimenté. Nous avons effectué des modifications en lien avec les titres d'emploi et les rôles et responsabilités afin d'améliorer l'atteinte de la cible. De plus, l'augmentation du nombre de demandes explique également notre écart.

Un suivi serré est effectué pour cet indicateur et un plan d'action concerté est en application.

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

La cible de 90 % est presque atteinte. Nous constatons une légère hausse du résultat passant de 85,7 % en 2018-2019 à 89,3 % en 2019-2020 et nous croyons atteindre la cible l'année prochaine.

Nous terminerons la mise en application du plan de formation déjà entamé. La formation des partenaires des 8 RLS est à finaliser, 4 MRC ont été formées cette année et les 4 autres le seront au cours de l'année 2020-2021. Une politique d'encadrement des services de détection et d'intervention précoce est à élaborer. De plus, un plan d'action interdirections et intersectoriel est en application pour cet indicateur.

1.07.07 Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance

La cible de 1896 personnes ayant reçu des services en dépendance est atteinte au 31 mars 2020. Ce nouvel indicateur, qui a été ajouté à notre entente à la fin de l'année financière (addenda à l'EGI en février 2020), présente un résultat de 1923 personnes pour 2019-2020. Nous observons une stabilité dans nos résultats puisque celui de 2018-2019 était de 1932 personnes.

Santé mentale

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Plan stratégique 15-20			
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	370,8	320	★ 387

Commentaires

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

L'engagement est atteint au 31 mars 2020 avec l'obtention d'un résultat de 387 places. Il s'agit d'une augmentation de 16,2 places par rapport au résultat de l'année précédente.

L'augmentation du nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) est due à l'ajout de personnel équivalent temps complet (ETC) en lien avec l'implantation du modèle FACT (*Flexible Assertive Community Treatment*) dans certaines MRC. Il y a donc eu un ajustement dans les places de suivi intensif dans le milieu (SIM) versus celles en SIV afin d'adapter l'offre de service à la réalité régionale. C'est la raison pour laquelle le nombre de places en SIM a connu une diminution. Une modulation des places SIM versus SIV est perceptible et était anticipée.

De plus, un suivi et des ajustements face à l'application du plan d'action sont effectifs pour cet indicateur.

Urgence

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Plan stratégique 19-23 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	6,79 heures	7 heures	★ 6,63 heures
Plan stratégique 19-23 1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	109 minutes	145 minutes	★ 112 minutes
Plan stratégique 15-20 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	71,6 %	90 %	☆ 71,3 %
Plan stratégique 15-20 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	76,5 %	95 %	☆ 76,7 %

Commentaires

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

L'engagement de 7 heures est atteint au 31 mars 2020, voire dépassé. La durée moyenne de séjour est relativement stable avec une légère diminution de 0,16 heure par rapport au résultat de l'année dernière. Notre résultat passant ainsi de 6,79 heures en 2018-2019 à 6,63 heures en 2019-2020.

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

- gestion des 24 heures en continu;
- réorientation des priorités 4 et 5;
- analyse de la durée moyenne de séjour.

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

Nouvel indicateur ajouté en cours d'année. L'engagement de 145 minutes est atteint, voire dépassé. Nous observons un délai moyen de prise en charge stable par rapport à l'année dernière. Notre résultat passant ainsi de 109 minutes en 2018-2019 à **112 minutes en 2019-2020**.

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

- réorientation des priorités 4 et 5;
- analyse de la durée moyenne de séjour.

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

L'engagement de 90 % n'est pas atteint au 31 mars 2020. Le taux de patients qui sont pris en charge par le médecin en moins de 2 heures atteint 71,3 %. Ce résultat est sensiblement le même que l'année dernière avec une **légère diminution de 0,3 %**.

Facteurs expliquant l'écart :

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

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

- gestion des 24 heures en continu;
- réorientation des priorités 4 et 5 : poursuite du projet favorisant l'accès adapté en GMF, formation du personnel au triage à l'urgence permettant de réorienter sans ordonnance collective;
- surveillance de la priorisation des usagers de l'urgence par le service d'imagerie médicale;
- audit de prises de décisions;
- discussion avec la Direction Optilab et la Direction des services multidisciplinaires (DSM) pour offrir des services de prélèvements et d'imagerie médicale selon les heures d'ouverture des GMF afin d'éviter que les usagers soient dirigés aux urgences pour obtenir ce service;
- suivi quotidien des prises en charge médicales de plus de deux heures.

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

L'engagement de 95 % n'est pas atteint au 31 mars 2020. Le pourcentage de patients ambulatoires dont la durée moyenne de séjour est de moins de 4 heures atteint 76,7 %. Ce résultat est sensiblement le même que l'année dernière avec une **légère augmentation de 0,2 %**.

Les facteurs expliquant l'écart et les mesures mises en œuvre pour favoriser l'atteinte de l'engagement sont les mêmes que pour l'indicateur précédent 1.09.43-PS.

Soins palliatifs et de fin de vie

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Plan stratégique 15-20 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	620	725	★ 757
Plan stratégique 15-20 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	34	34	★ 34
Plan stratégique 15-20 1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	5,3 %	3,6 %	★ 10,7 %

Commentaires

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

Pour l'année 2019-2020, le CISSS du Bas-Saint-Laurent a atteint son engagement qui était fixé à 725 usagers en soins palliatifs et fin de vie à domicile. Nous observons une augmentation importante du résultat, soit 137 usagers de plus que l'an dernier ayant bénéficié de ce service.

L'implantation graduelle du programme SIAD a grandement contribué à l'atteinte de ce résultat ainsi qu'une meilleure saisie des données I-CLSC par les professionnels du soutien à domicile.

Nous constatons que l'utilisation des outils de repérage précoce demeure un enjeu. Une stratégie de déploiement est prévue pour que tous les intervenants concernés puissent l'utiliser, préparant davantage en amont l'usager et sa famille pour ces soins à même le domicile.

Nous poursuivons nos interventions auprès des équipes, assurons le suivi étroit de cet indicateur et poursuivons le développement de soins à domicile pour cette clientèle.

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

Notre engagement est atteint au 31 mars 2020. Nous avons maintenu 34 lits dédiés aux soins de fin de vie répartis dans les 8 territoires de réseaux locaux de services de la région.

Les critères d'admissibilité sont bien compris et permettent l'amélioration de l'accès à ces lits pour les personnes en fin de vie même en considérant l'épisode de la COVID-19.

Le nombre de lits semble bien répondre aux besoins de notre population même si des pointes ont pu se manifester, ce qui démontre une certaine croissance. Il faudra donc procéder à une analyse plus longitudinale des besoins.

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

Notre engagement est atteint au 31 mars 2020. Les résultats concernant le pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile sont donc passés de 5,3 % à 10,7 %.

Nous déployons actuellement une coordination clinique dans chacun des 8 territoires de la région, spécifiquement pour les soins de fin de vie, au sein de l'équipe du soutien à domicile (infirmière répondante pour les soins de fin de vie). Cette coordination a pour objectif de mieux repérer la clientèle pouvant bénéficier d'une approche palliative et augmenter la réponse aux besoins de services à domicile en temps opportun. Nous croyons que cela va permettre de mieux suivre l'évolution de l'état de santé de la personne, assurer une meilleure gestion de ses symptômes et augmenter l'aide au proche aidant pour ultimement permettre le décès à domicile, si tel est le choix de la personne. Le déploiement de celui-ci en est à sa dernière phase.

Santé physique – Services spécialisés

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Plan stratégique 19-23 1.09.49-PS Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisé à l'intérieur des délais (Priorités A-B-C-D-E)	N/D	70 %	☆ 52,9 %

Commentaires

1.09.49-PS Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisé à l'intérieur des délais (Priorités A-B-C-D-E)

L'engagement de 70 % n'est pas atteint au 31 mars 2020. Il s'agit d'un nouvel indicateur et nous ne pouvons comparer notre résultat de 52,9 % avec celui de l'année dernière.

Les facteurs expliquant l'écart sont :

- enjeu de qualité de données expliqué plus bas et problème d'interface entre deux logiciels;
- **également**, certaines spécialités n'ont pas les effectifs complets, notamment l'ORL, l'urologie, la dermatologie et la gynécologie.

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

- comité composé de la Direction des ressources informationnelles (DRI) et de la Direction des services professionnels (DSP) pour le logiciel informatique;
- **épuration** des listes d'attente en continu. Mise en place d'audits de qualité;
- recrutement.

Les problèmes connus liés à la qualité des données :

- la version actuelle du logiciel ne permet pas de reconnaître la non-disponibilité des patients ou les références nominatives. Le problème d'interface rend difficile la traçabilité de certaines requêtes du Centre de répartition des demandes de services (CRDS).

Santé physique – Services de première ligne

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Plan stratégique 15-20 1.09.25-PS Nombre total de GMF	12	12	★ 12
Plan stratégique 19-23 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	89,62 %	90,8 %	☆ 89,48 %
Plan stratégique 19-23 1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	151 085	159 686	☆ 154 809
Plan stratégique 15-20 1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	0	0	★ 0

Commentaires

1.09.25-PS Nombre total de GMF

L'engagement est atteint en 2019-2020. Le nombre de GMF est demeuré identique à l'année précédente.

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

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

L'engagement de 90,8 % est presque atteint au 31 mars 2020. Le pourcentage de la population inscrit auprès d'un médecin de famille est demeuré stable par rapport au résultat de l'année précédente, passant de 89,62 % en 2018-2019 à 89,48 % en 2019-2020.

Les facteurs expliquant l'écart :

- notre résultat de 2019-2020 s'explique notamment par le départ de plusieurs médecins ayant un nombre important de patients. De plus, le début du projet « accès réseau pertinence » a été retardé par différents facteurs logistiques.

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

- la mobilisation médicale, afin d'augmenter l'accès à la clientèle orpheline, est toujours bien présente et se concrétise par :
 - la poursuite du déploiement de l'accès adapté dans les groupes de médecine de famille augmente la disponibilité pour l'inscription de nouveaux patients;
 - la diminution des activités hospitalières dans certains réseaux locaux de services permet une augmentation de la disponibilité médicale pour des activités de première ligne;
 - l'application des exigences liées aux activités médicales particulières de prise en charge chez les nouveaux médecins favorise l'inscription de patients orphelins;
 - l'application des lettres d'entente permettant une inscription en lot a été facilitante pour maintenir le taux d'inscriptions.

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

L'engagement de 159686 est presque atteint au 31 mars 2020. Nous observons une progression du nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF passant de 151090 en 2018-2019 à 154809 en 2019-2020.

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

- notre résultat de 2019-2020 s'explique notamment par le départ de plusieurs médecins ayant un nombre important de patients et le report du projet « accès réseau pertinence ».

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

- la mobilisation médicale, afin d'augmenter l'accès à la clientèle orpheline, est toujours bien présente et se concrétise par :
 - la poursuite du déploiement de l'accès adapté dans les groupes de médecine de famille augmente la disponibilité pour l'inscription de nouveaux patients;
 - la diminution des activités hospitalières dans certains réseaux locaux de services permet une augmentation de la disponibilité médicale pour des activités de première ligne;
 - l'application des exigences liées aux activités médicales particulières de prise en charge chez les nouveaux médecins favorise l'inscription de patients orphelins;
 - l'application des lettres d'entente permettant une inscription en lot a été facilitante pour maintenir le taux d'inscriptions.

1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent n'avait pas à développer de groupes de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique) en 2019-2020.

Chirurgie

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Plan stratégique 15-20 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	0	★ 0
Plan stratégique 19-23 1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	36	25	☆ 60

Commentaires

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

L'engagement est atteint au 31 mars 2020.

En 2019-2020, 11 064 chirurgies ont été réalisées dans les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent. Plus précisément :

- aucun patient en attente d'une chirurgie depuis plus d'un an;
- 97,1 % des patients ont été opérés à l'intérieur de 6 mois;
- la durée moyenne d'attente pour une chirurgie est de 8,2 semaines.

Afin de maintenir l'atteinte de la cible, nous continuerons d'exercer une saine gestion des listes d'attente et une vigie constante des délais.

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

L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2020. Ce nouvel indicateur, qui a été ajouté à notre entente à la fin de l'année financière (addenda à l'EGI en février 2020), présente un résultat de 60 demandes dans le système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS) en attente au 31 mars 2020 comparativement à 36 demandes l'année précédente.

L'atteinte de l'engagement s'annonçait bien à la fin de la 12^e période financière (29 février 2020), mais l'annonce de la pandémie le 13 mars 2020 a mis sur pause le programme chirurgical n'autorisant que les chirurgies urgentes et les chirurgies oncologiques faisant ainsi grimper le nombre de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois. Nul doute que, n'eût été cette situation très particulière, notre établissement aurait atteint 90 % et plus de la cible fixée.

Les autres facteurs expliquant l'écart sont :

- la difficulté à faire respecter la procédure de priorisation du programme chirurgical;
- le manque de personnel réduit les activités chirurgicales pour certains blocs opératoires.

Les mesures mises en œuvre afin d'améliorer la situation :

- reprise graduelle des activités chirurgicales en respectant les directives émises par le MSSS et selon les ressources disponibles;
- vérification hebdomadaire des cas en liste d'attente avec les chefs de département.

La qualité des données

Au 31 mars 2020, il existe un écart entre notre résultat figurant dans le SIMASS et les tableaux de bord de l'EGI du portail du SID du MSSS. Lors d'une vérification avec le MSSS en date du 11 juin 2020, la donnée provenant du SIMASS s'avérait conforme et celle-ci a été utilisée aux fins de la présente reddition de comptes.

Cancérologie

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Plan stratégique 19-23			
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	75,6 %	90 %	☆ 70,9 %
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	98,1 %	100 %	★ 96,9 %

Commentaires

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

L'engagement de 90 % n'est pas atteint au 31 mars 2020. Nous observons une légère diminution du pourcentage d'atteinte, passant de 75,6 % l'année dernière à 70,9 % en 2019-2020.

Les facteurs expliquant l'écart sont les suivants :

- pénurie de certains spécialistes, notamment en ORL et en urologie;
- manque de personnel réduit les activités chirurgicales pour certains blocs opératoires.

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

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

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

L'engagement de 100 % est presque atteint au 31 mars 2020. Nous observons une légère baisse du taux d'atteinte à l'engagement de 1,2 % par rapport au résultat de l'année dernière, passant ainsi de 98,1 % à 96,9 % en 2019-2020.

Tout comme l'indicateur précédent, la pénurie de certains médecins spécialistes, notamment en ORL et en urologie, et le manque de personnel dans certains blocs opératoires expliquent notre écart.

Les mêmes mesures que l'indicateur précédent ont été mises en place afin d'améliorer la situation :

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

Santé physique – Imagerie médicale

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Plan stratégique 15-20 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	86,7 %	95 %	☆ 82,1 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	80,2 %	95 %	☆ 81,1 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100 %	100 %	★ 100 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	83,3 %	90 %	☆ 64,2 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	71,3 %	90 %	☆ 64,9 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	78,6 %	90 %	☆ 68,6 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	88,2 %	100 %	★ 93,9 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	83,1 %	95 %	★ 89,1 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	100 %	100 %	★ 100 %

Commentaires

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

L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2020. Une diminution du pourcentage des scopies qui sont en attente depuis moins de trois mois est observée, passant de 86,7 % en 2018-2019 à 82,1 % en 2019-2020. Ce résultat demeure bien au-dessous de notre engagement établi à 95 %.

Les facteurs qui expliquent cet écart sont les suivants :

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

Les mesures mises en œuvre afin d'améliorer la situation :

- pour l'installation de Matane, arrimage entre l'imagerie et une clinique externe d'infiltrations pour accentuer l'offre de service localement;
- la présence à Matane du radiologiste d'Amqui de façon ponctuelle;
- la présence régulière de médecins dépanneurs à Rivière-du-Loup;
- des demandes à l'ARQ (Association des radiologistes du Québec) afin d'obtenir du soutien par des médecins dépanneurs et la relance des médecins spécialistes qui sont venus sur place antérieurement (Rivière-du-Loup).

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

L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2020. Une augmentation du pourcentage des mammographies diagnostiques qui sont en attente depuis moins de trois mois est observée, passant de 80,2 % en 2018-2019 à 81,1 % en 2019-2020. Ce résultat demeure bien au-dessous de notre engagement établi à 95 %.

Les facteurs qui expliquent cet écart sont les suivants :

- présence limitée du médecin spécialiste dans l'installation de Matane;
- atteinte de la capacité maximale des installations recevant les examens des autres territoires.

Les mesures mises en œuvre afin d'améliorer la situation :

- deuxième offre de rendez-vous aux usagers provenant de Matane vers l'installation de Rimouski;
- présence de médecins dépanneurs à Rivière-du-Loup avec une expertise dans le domaine de l'imagerie du sein;
- ajout de quarts de travail en fonction de la disponibilité des médecins et technologues.

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

L'engagement est atteint au 31 mars 2020. Nous avons été en mesure de maintenir une offre de service pour les échographies obstétricales qui sont en attente depuis moins de trois mois à un niveau de 100 %, ce qui est comparable aux résultats des années antérieures. Ce résultat respecte notre engagement établi à 100 %.

Les facteurs qui expliquent ce résultat sont les suivants :

- présence de technologues autonomes;
- ajout de ressources au besoin selon la demande.

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

L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2020. Une diminution importante du pourcentage des échographies cardiaques qui sont en attente depuis moins de trois mois est observée, passant de 83,3 % en 2018-2019 à 64,2 % en 2019-2020. Ce résultat demeure bien au-dessous de notre engagement établi à 90 %.

Les facteurs qui expliquent cet écart sont les suivants :

- demande supérieure à l'offre dans le secteur ouest;
- présence limitée des spécialistes en heures défavorables;
- pénurie majeure de main-d'œuvre dans l'installation de Rimouski;
- postes non comblés.

Les mesures mises en œuvre afin d'améliorer la situation :

- recrutement interne en cours avec processus de formation pour des technologues autonomes;
- ajout de quarts de travail à Rivière-du-Loup et au Kamouraska en fonction de la disponibilité des technologues;
- affichages externes provinciaux pour pourvoir les postes disponibles;
- démarche avec firme de main-d'œuvre indépendante;
- collaboration avec le CISSS de la Gaspésie pour le prêt d'une ressource;
- consolidation en cours dans l'installation de Notre-Dame-du-Lac par l'achat d'un échographe cardiaque dédié.

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

L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2020. Une diminution du pourcentage des échographies mammaires qui sont en attente depuis moins de trois mois est observée, passant de 71,3 % en 2018-2019 à 64,9 % en 2019-2020. Ce résultat demeure bien au-dessous de notre engagement établi à 90 %.

Les facteurs qui expliquent cet écart sont les suivants :

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

Les mesures mises en œuvre afin d'améliorer la situation :

- une deuxième offre de rendez-vous aux usagers provenant de Matane vers l'installation de Rimouski;
- formation des technologues autonomes à Matane afin qu'ils puissent augmenter le volume de ce type d'examen réalisés;
- présence du radiologiste d'Amqui dans l'installation de Matane, afin de libérer le radiologiste en place et permettre à celui-ci d'offrir un plus grand nombre de plages pour l'échographie du sein.

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

L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2020. Une diminution du pourcentage des autres échographies qui sont en attente depuis moins de trois mois est observée, passant de 78,6 % en 2018-2019 à 68,6 % en 2019-2020. Ce résultat demeure bien au-dessous de notre engagement établi à 90 %.

Les facteurs qui expliquent cet écart sont les suivants :

- présence limitée du médecin spécialiste dans l'installation de Matane;
- technologues autonomes limités à certains types d'examen à Matane;

- manque de médecins spécialistes pour les installations de Rivière-du-Loup et du Kamouraska;
- atteinte de la capacité de l'installation de Rimouski à recevoir les examens des autres territoires.

Les mesures mises en œuvre afin d'améliorer la situation :

- processus de formation en cours pour les technologues en poste dans les installations de Rivière-du-Loup et du Kamouraska;
- pour les technologues autonomes de Matane, approfondissement des connaissances pour accentuer l'offre de service;
- collaboration entre Matane et Rimouski (IRM de Rimouski pour les échographies musculaires et les scopies de Rimouski pour les infiltrations sous échographie);
- pour l'installation de Matane, arrimage entre l'imagerie et une clinique externe d'infiltrations pour accentuer l'offre de service localement (transfert de certaines infiltrations sous échographie vers la clinique de la douleur).

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

L'engagement est presque atteint au 31 mars 2020. Une augmentation du pourcentage des tomodensitométries qui sont en attente depuis moins de trois mois est observée, passant de 88,2 % en 2018-2019 à 93,9 % en 2019-2020. Ce résultat demeure légèrement au-dessous de notre engagement établi à 100 %.

Le facteur expliquant ce résultat est le suivant :

- présence en discontinu des médecins dépanneurs offrant l'accès à certaines techniques spécialisées à Rivière-du-Loup et au Kamouraska.

Les mesures mises en œuvre afin d'améliorer la situation :

- gestion serrée des listes d'attente à Rivière-du-Loup et à Rimouski;
- ajout de quarts de travail selon les besoins;
- formation de technologues.

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

L'engagement est presque atteint au 31 mars 2020. Une augmentation du pourcentage des résonances magnétiques qui sont en attente depuis moins de trois mois est observée, passant de 83,1 % en 2018-2019 à 89,1 % en 2019-2020. Ce résultat demeure légèrement au-dessous de notre engagement établi à 95 %.

Deux facteurs expliquent ce résultat :

- mouvements de personnel et formation du nouveau personnel à Rivière-du-Loup;
- dégât d'eau dans l'installation de Rivière-du-Loup ayant causé l'arrêt des services dans le secteur pendant quelques semaines.

Les mesures mises en œuvre afin d'améliorer la situation :

- formation de technologues à même l'équipe de base;
- gestion serrée des listes d'attente à Rivière-du-Loup et à Rimouski;
- révision des protocoles dans l'installation de Rimouski;
- ajout de quarts de travail selon les besoins à Rivière-du-Loup.

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

L'engagement est atteint au 31 mars 2020. Nous avons été en mesure de maintenir une offre de service pour les tomographies par émission de positrons (TEP) qui sont en attente depuis moins de trois mois à un niveau de 100 %, ce qui est comparable aux résultats des années antérieures. Ce résultat respecte notre engagement établi à 100 %.

Les facteurs expliquant ce résultat sont les suivants :

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

Ressources matérielles

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

Commentaires

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

L'engagement 2019-2020 est atteint. Le maintien de la présence d'une chargée de projet pour l'équivalent de deux jours par semaine est un facteur qui a contribué à maintenir notre résultat à 100 %.

En cours d'année, nous avons augmenté la prise en charge de zones grises par l'achat de brassards à pression artérielle pour dédier ceux-ci à des usagers pour la durée de leur **séjour en centre hospitalier**.

Notre objectif dans la prochaine année est de poursuivre l'augmentation de la prise en charge des zones grises et l'élimination de celles-ci par l'utilisation de stratégies comme celles déployées cette année. De plus, nous voulons déployer une politique et une procédure sur la prise en charge des zones grises.

Ressources humaines

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Plan stratégique 15-20 3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	6,23 %	6,2 %	★ 6,4 %
Plan stratégique 19-23 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	5,20 %	4,81 %	☆ 5,74 %
Plan stratégique 15-20 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,54 %	0,49 %	☆ 1,1 %
Plan stratégique 19-23 3.05.03 - Ratio de présence au travail	N/D	91,94 %	★ 91,8 %

Commentaires

3.01-PS Ratio d'heures en assurance salaire

Notre engagement est presque atteint au 31 mars 2020. Notre ratio qui se situe à 6,4 % est à peine plus élevé que l'engagement 2019-2020 (+0,2 %). De plus, nous observons que notre ratio est meilleur que la moyenne du Québec.

Les mesures prises pour améliorer la situation :

- mise en place des mesures financières rattachées à Prendre soin de notre personnel, programme lancé par Mme McCann en août 2019, avec la création à l'automne et en janvier de nouveaux postes;
- nous avons intensifié la formation pour le code blanc (formation de 4,75 h, 381 employés formés). Une formation Oméga (110 employés, formation de 26 h) ainsi que la formation sur les principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) **découlant des projets du comité paritaire avec les syndicats** ont été réalisées;
- nouveaux postes d'agent de gestion du personnel (absentéisme chronique et retour au travail) – entrée en fonction à la fin de l'automne 2019.

Nous pourrions commencer l'évaluation de l'impact de ces nouvelles mesures en 2020-2021. Cette année, nous avons encore un changement de chef de service (4^e chef depuis 2015).

3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires

L'engagement de 4,8 % n'est pas atteint et cette situation est similaire à celle des dernières années. Notre résultat s'est détérioré, passant de 5,2 % en 2018-2019 à 5,74 % en 2019-2020, le taux d'heures supplémentaires a donc augmenté de 0,54 %. Encore une fois, le recours aux heures supplémentaires est fait avant d'utiliser la main-d'œuvre indépendante (taux encore bas : inférieur à 1,2 %) et ceci a un impact direct sur le taux des heures supplémentaires.

Encore cette année, nous avons des économies très importantes en temps régulier par un manque de personnel disponible pour effectuer les remplacements à taux régulier. Nous maintenons nos analyses des directions plus critiques.

Nous avons reçu les investissements qui nous ont permis la création de 220 postes et le rehaussement de 78 postes, mais nous avons vu en contrepartie une augmentation de nos postes vacants : 205 postes restés vacants après affichage. Ces heures sont donc octroyées en heures supplémentaires.

Les mesures mises en œuvre pour améliorer la situation :

- nous avons poursuivi des rencontres mensuelles du comité stratégique avec les directions cliniques;
- nous avons terminé l'exercice de rehaussement des postes à temps complet pour les infirmières, les infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes, les préposés aux bénéficiaires et les auxiliaires en santé et services sociaux à l'automne 2019. Malheureusement, il y a peu de preneurs pour le temps complet. Par contre, nous avons atteint les cibles établies par le MSSS pour le ratio temps complet. Nous sommes à voir le rehaussement de plusieurs autres titres d'emploi par des offres de postes plus intéressantes (cat. 4, PAB);
- nous avons continué nos efforts de recrutement;
- suite au programme de bourses offertes aux étudiants comme préposés aux bénéficiaires, 46 bourses ont été octroyées et la plupart de ceux-ci travaillent à temps partiel dans différentes installations de l'établissement;
- mise en place de deux nouveaux postes de gestionnaire de proximité à la DRHCAJ (entrée en fonction en février et mars 2020);
- mise en place des mesures financières rattachées au programme Prendre soin de notre personnel à l'automne et janvier (nouveaux postes);
- embauche de cinq nouveaux employés pour la gestion des horaires et pour la dotation.

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

L'engagement de 0,49 % convenu pour 2019-2020 n'est pas atteint. Notre taux demeure très bas comparativement à l'ensemble des établissements du Québec, et ce, même si la situation ne s'est pas améliorée au cours de la dernière année, passant de 0,54 % en 2018-2019 à 1,1 % en 2019-2020.

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

- efforts de recrutement et stratégies de mise en œuvre de notre plan;
- exercice de rehaussement des postes pour plusieurs titres d'emploi.

3.05.03 Ratio de présence au travail

Avec un résultat de 91,8 %, nous considérons l'engagement atteint au 31 mars 2020.

L'indicateur a été ajouté à la fin de l'année financière (addenda à l'EGI en février 2020) et nous n'avons pas d'historique pour comparer. Par contre, l'indicateur a un lien direct avec celui du taux d'assurance salaire qui est presque atteint. Le fait d'assigner temporairement les employés lors de l'assurance salaire peut contribuer au taux de présence au travail. De plus, les efforts déployés au niveau des indicateurs sur les heures supplémentaires et l'assurance salaire viennent contribuer également à l'atteinte de notre cible.

Multiprogrammes

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Plan stratégique 15-20 7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	57,9 %	75 %	☆ 60,2 %
Plan stratégique 15-20 7.02.00-PS Taux d'implantation de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir	25 %	Engagement reporté en 2020-2021 par le MSSS	27 %

Commentaires

7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)

L'engagement de 75 % n'est pas atteint au 31 mars 2020. De façon globale, nous observons une augmentation de 2,3 % de l'atteinte à la cible pour cet indicateur en 2019-2020. Il s'agit d'une faible amélioration par rapport à l'an dernier, mais qui est tout de même fidèle à l'estimation d'atteinte à la cible réalisée à la mi-année.

Considérant que cet indicateur concerne plusieurs directions de programmes, nous présentons nos observations spécifiques pour chacune d'elles.

Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA) – incluant la déficience physique (DP) pour la première ligne :

Les facteurs de la non-atteinte sont les suivants :

- erreur de saisie de statistiques dans le système I-CLSC;
- augmentation du nombre de demandes versus plusieurs postes vacants (entre 78 et 125 postes vacants par période).

La mesure d'amélioration mise en place :

- la DPSAPA avait obtenu un bon résultat au 31 mars se situant à 72,5 %. Au cours de la prochaine année, les gestionnaires assureront un suivi plus serré des statistiques.

Direction de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse (DPJ-PJe) :**Les facteurs de la non-atteinte sont les suivants :**

- nombreux postes vacants en psychologie non dotés et incapacité de remplacer les congés de courte ou de longue durée (maladie, maternité);
- certaines demandes demeurent ouvertes plusieurs semaines alors que le service n'est plus requis;
- malgré l'implantation du guichet d'accès en santé mentale jeunesse, au cours de la dernière année, encore plusieurs ajustements à faire pour obtenir un fonctionnement optimal;
- défi de remplacement de spécialistes en activités cliniques en mission CLSC qui contribue de façon importante à la vigie;
- les listes d'attente étaient très élevées au 1^{er} avril 2019, ce qui a augmenté les délais d'attente pour les situations non urgentes et donc le % de premiers services hors délai.

Les mesures d'amélioration mises en place :

- poursuite des plans d'action afin d'améliorer les délais d'accès;
- révision des charges de cas pour respecter les épisodes de service;
- ajout d'intervenants lorsque disponibles, suivi des listes d'attente et repriorisation;
- suivi de cet indicateur dans la salle de pilotage;
- mise en place de cliniques d'accueil court terme en services sociaux généraux et début de travaux pour la mise en place d'interventions brèves en santé mentale;
- amélioration du processus de traitement des demandes en jeunesse pour certaines MRC.

Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD) :**Les facteurs de la non-atteinte sont les suivants :**

- enjeux de disponibilité des ressources humaines;
- mouvements de personnel.

Les mesures d'amélioration mises en place :

- consolidation du guichet d'accès en santé mentale et dépendance, incluant jeunesse et les services sociaux généraux;
- poursuite des travaux en lien avec les statistiques afin de s'assurer d'une saisie respectant le cadre normatif et reflétant les interventions réelles, tant par les intervenants que par l'AAOR (accueil, analyse, orientation et référence);
- maintien du suivi de cet indicateur inscrit au tableau de bord dans la salle de pilotage;
- suivi des secteurs particulièrement en difficulté par le biais d'un plan d'action.

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

La DPDI-TSA-DP a obtenu un excellent résultat au 31 mars 2020 avec un taux de 97,3 % dans ses programmes. Elle maintiendra les mêmes efforts au cours de 2020-2021.

Pour l'ensemble des secteurs, nous avons travaillé sur l'amélioration au niveau de la disponibilité et de l'extraction des données relatives à cet indicateur. Un rapport périodique est maintenant rendu disponible par la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique (DQEPE) et un plan d'action a été élaboré à partir de ces données afin de concentrer les efforts sur les secteurs les plus problématiques dans les différentes directions concernées.

7.02.00-PS Taux d'implantation de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir

Dans le contexte de la COVID-19, cet engagement a été reporté en 2020-2021 par le MSSS. Le taux de 27 % figurant dans le tableau comme résultat au 31 mars 2020 est dans les faits le taux d'implantation correspondant à la plus récente donnée valide, soit celle de la période 6 de 2019-2020.

Autres résultats pour certains indicateurs du plan stratégique du MSSS

Répartition de la croissance en omnipratique au Bas-Saint-Laurent – Plan régional d’effectifs médicaux (PREM 2020)

Indicateur	Résultat au 31 mars 2020	Commentaires
1.08.16 : Nombre de personnes en attente d’un service en santé mentale	930	<p>Pour la santé mentale adulte, étant donné le nombre élevé d’usagers en attente (649 personnes au 31 mars 2020), nous nous sommes dotés à la fin de l’année financière 2019-2020 d’un plan d’action concret afin de diminuer significativement le nombre d’usagers en attente pour la prochaine année. À ce jour, nous constatons une grande amélioration.</p> <p>Pour la santé mentale jeunesse, 281 usagers étaient en attente au 31 mars 2020. Il s’agit d’une diminution comparativement à 2018-2019 (-63). Des enjeux importants de main-d’œuvre en santé mentale jeunesse demeurent (postes vacants, préretraites, aucune liste de rappel).</p>
1.03.05.06 : Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	14809	<p>Il s’agit d’une augmentation de 14 % par rapport à 2018-2019, soit 1821 personnes de plus qui ont reçu des services de soutien à domicile. La cible était de 13079 et nous avons atteint 113 %. Le résultat témoigne de l’intensification des services au SAD, RPA-RI-RTF qui sont réalisés sur l’ensemble du territoire du Bas-Saint-Laurent depuis les dernières années, selon les besoins en constante évolution.</p>
1.03.05.05 : Nombre total d’heures de services de soutien à domicile	758 160	<p>Il s’agit d’une augmentation de 49 % par rapport à 2018-2019, soit 249 073 heures de services dispensées de plus de soutien à domicile. La cible était de 556 523 et nous avons atteint 136 %. Le résultat témoigne de l’intensification des services au SAD, RPA-RI-RTF qui sont réalisés sur l’ensemble du territoire du Bas-Saint-Laurent depuis les dernières années, selon les besoins en constante évolution.</p>
1.06.19 : Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins	73,1 %	<p>On observe une nette amélioration dans la dernière année sur le plan de l’accès aux services JED considérant nos résultats au 31 mars 2019 qui étaient de 55,9 %. Les actions pour réduire les délais se poursuivent.</p>

Prévenir
Accompagner
Prendre soin



Activités relatives
à la gestion des risques
et de la qualité



Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

L'agrément

Faits saillants

- Tenue de deux visites de la part d'Agrément Canada :
 - Séquence 1 – du 9 au 14 juin 2019
 - normes en lien avec le leadership, la gouvernance, la santé publique, la gestion des médicaments, la prévention et le contrôle des infections et le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables;
 - conformité de 92,2 % sur l'ensemble des critères évalués (614/666);
 - dépôt des preuves complémentaires pour le 14 novembre 2020.
 - Séquence 2 – du 22 au 27 septembre 2019
 - normes en lien avec les programmes et les services de jeunesse et santé mentale et dépendance;
 - conformité de 96,8 % sur l'ensemble des critères évalués (1 246/1 287);
 - dépôt des preuves complémentaires pour le 14 novembre 2020.
- Préparation de la séquence 3 (avril 2021) par le soutien et l'accompagnement des différentes directions dans le déploiement de la démarche d'agrément, dans l'actualisation des plans d'amélioration et dans le déploiement des pratiques organisationnelles requises.
- Préparation de la démarche visant à faire remplir trois sondages (sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers, sondage mobilisation et le sondage Pulse pour les médecins).

La sécurité des soins et des services

Comité stratégique sur la sécurité des soins et des services

Relevant de la Présidence-direction générale, le comité consultatif stratégique sur la sécurité des soins et des services a pour 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. Ce comité est appuyé par la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique.

Composition

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

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

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

M^{me} Isabelle Ouellet, directrice adjointe des soins infirmiers

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

Dr Jean-Christophe Carvalho, directeur des services professionnels

M. Daniel Côté, président-directeur général adjoint

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

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

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

M. François Paradis, chef de pharmacie

M. Michel Simard, directeur des services multidisciplinaires

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

- Priorités du comité pour l'année 2019-2020;
- Suivi des indicateurs du comité;
- Suivi de l'outil de gestion de projet (A3) et du plan d'action du comité;
- Suivi de 20 projets pilotes pour l'année 2019-2020 afin de suivre les actions mises en place pour diminuer les erreurs de médicaments et les chutes;
- Campagne de promotion sur la sécurité des soins et des services « Je fais les choses avec soin »;
- Plan de communication sur la sécurité des soins afin de faire connaître le comité et améliorer la culture de sécurité dans l'organisation;
- Développement d'un cadre de gestion sur la sécurité des soins et des services ainsi que d'un plan de formation pour soutenir les gestionnaires dans l'analyse des événements et des causes;
- Point statutaire à chaque rencontre des comités de gestion des différentes directions en lien avec la sécurité des soins et des services;
- Discussion sur la responsabilité lors d'erreurs de médicaments et sur l'imputabilité des gestionnaires lors d'événements indésirables.

Suivi des indicateurs du comité

Indicateurs de suivi	Résultats départ 2015-2016	Résultats 2017-2018	Résultats 2018-2019	Résultats 2019-2020	Cibles 31 mars 2020	Atteinte de la cible
Nombre d'accidents/année ayant contribué au décès	22	23	26	25	18	Non atteinte
Nombre d'événements sentinelles avec recommandations à la suite d'un décès	10	10	12	11	5	Non atteinte
Nombre d'accidents/année à conséquence grave	82	76	75	82	66	Non atteinte
Nombre de chutes par année	5 469	5 034	5 609	5 747	4 649	Non atteinte
Nombre d'erreurs de médicaments	5 188	4 728	4 732	4 562	4 410	Non atteinte

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

- Diffusion et 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.
- Formation des gestionnaires nouvellement nommés ainsi que de ceux effectuant des intérim.
- Formation des employés ciblés dans le programme de relève des cadres du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Formation aux employés et gestionnaires sur la déclaration et l'utilisation du formulaire des incidents et accidents.

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

Types d'incidents	Nombre	Pourcentage (par rapport à l'ensemble des événements)
Tests de laboratoire	1 293	7,37 %
Erreurs de médicaments	687	3,91 %
Retraitement des dispositifs médicaux	236	1,35 %

**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 événements)
Chutes	5 626	32,08 %
Erreurs de médicaments	3 794	21,63 %
Tests de laboratoire	437	2,49 %

Comité de gestion des risques

Le comité de gestion des risques s'est rencontré à cinq reprises en 2019-2020 et a assuré le suivi des dossiers suivants :

- Statistiques et enjeux en gestion des risques et en prévention et contrôle des infections;
- Recommandations des conseillers cadres en gestion des risques et éthique clinique;
- Introduction de nouveaux équipements médicaux (pompes à perfusion) et utilisation des dispositifs de succion jetables;
- Déclaration obligatoire des réactions indésirables graves à un médicament et des incidents liés aux instruments médicaux (Loi de Vanessa);
- Politique sur la gestion des avis sur les produits;
- Programme québécois des soins sécuritaires;
- Rapport du comité de triage du CISSS et recommandation;
- Plan de sécurité du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Transcriptions médicales de plus de 90 jours;
- Aucune recommandation spécifique n'a été acheminée au comité de vigilance et de la qualité ainsi qu'au conseil d'administration de l'établissement par le comité de gestion des risques.

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

- 2019-2020 : 17 538
- 2018-2019 : 17 506
- Variation : 0 %

• **Principaux risques établis au cours de la dernière année :**

- Chutes : 32,7 %
- Médicaments : 26,0 %
- Tests de laboratoire : 10,5 %

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

- procédé à l'enquête et à l'élaboration de 87 rapports d'événements sentinelles, dont 45 % ont nécessité des recommandations;
- soumis 133 recommandations au comité de gestion des risques.

Les mesures mises en place par l'établissement en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents établis précédemment :

- le suivi des statistiques à chacune des rencontres du comité de gestion des risques;
- la mise en place d'un comité de travail sur les chutes en CHSLD;
- le suivi des travaux du comité stratégique sur la sécurité des soins et des services.

Les mesures mises en place en lien avec la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales :

- des actions entreprises par le service de prévention des infections à chacune des rencontres du comité de gestion des risques et le suivi des statistiques :
 - la détection rapide des cas par l'utilisation de tests diagnostiques ayant une bonne validité (sensibilité et spécificité) et l'utilisation judicieuse d'antibiotiques pour limiter la contagiosité;
 - l'application rigoureuse des pratiques de base et des précautions additionnelles permettant d'enrayer la transmission;
 - l'utilisation locale du logiciel Nosokos permettant des suivis diligents, notamment par la prise en charge des contacts étroits;
 - une gestion des lits priorisant le confinement ou le regroupement des patients contagieux;
 - la collaboration du personnel soignant et des responsables de l'hygiène et de la salubrité pour appliquer les mesures de prévention, notamment lors d'éclosions;
 - l'implication de gestionnaires au sein des comités de gestion d'éclosion permettant de mobiliser des ressources supplémentaires pour assurer un meilleur contrôle et enrayer la survenue de cas secondaires;
 - l'implication de la direction générale au sein des comités de gestion d'éclosions majeures pour appliquer les mesures de contrôle sans délai;
 - la surveillance des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) est régie par le protocole provincial intitulé *Surveillance des bactériémies nosocomiales dans les centres hospitaliers du Québec* (INSPQ, 2018).

L'application des mesures de contrôle (contentions) des usagers (art 118.1 de la LSSSS) :

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

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.

Pour poursuivre l'élimination des zones grises durant l'année 2019-2020 au CISSS du Bas-Saint-Laurent nous avons :

- Rédigé une politique et une procédure sur la prise en charge des zones grises;
- Mis à jour le registre de suivi des zones grises;
- Réalisé l'achat de brassards à pression artérielle pour dédier celui-ci à un usager pour la durée de son séjour en centre hospitalier diminuant ainsi le risque de contact avec une surface non désinfectée entre chaque utilisation.

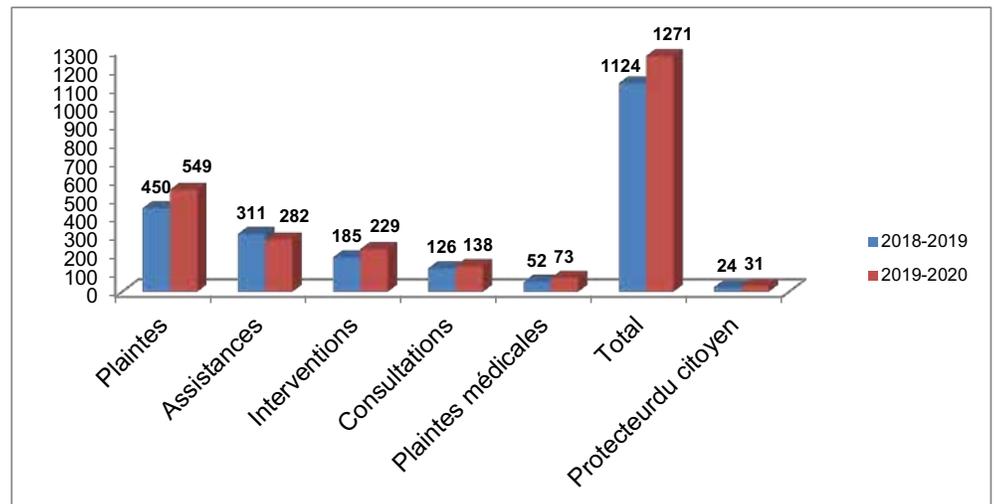
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Aperçu des thématiques abordées par les recommandations

L'année 2019-2020 a été marquée par une augmentation du nombre d'insatisfactions. Par cet apport, la population et les usagers du CISSS du Bas-Saint-Laurent ont donc contribué à l'amélioration de la qualité des soins et des services en favorisant la mise en place de 279 mesures correctives tangibles permettant de prévenir la récurrence de situations similaires. L'enjeu principal du service sera l'augmentation du nombre de demandes.

Les objets de plaintes des usagers et de leurs familles sont variables et portent notamment sur les questions suivantes :

- le manque de personnel dans plusieurs secteurs d'activité;
- l'accès à un médecin de famille;
- l'attitude du personnel à leur endroit;
- les délais d'attente en vue d'obtenir un service ou un examen;
- les décisions, perceptions et orientations de l'intervenant;
- la qualité des soins ou le manque de soin;
- la qualité de la nourriture en résidence;
- des situations de maltraitance, souvent financières;
- la réception d'une facture suite à une hospitalisation;
- les soins à domicile;
- le manque de soutien à la famille.



Au 31 mars 2019, 82 % des recommandations avaient été réalisées dans le délai convenu, 17 % ont été acceptées et étaient en cours de réalisation et 1 % ont été refusées ou annulées.

Motifs/Nombre de mesures	Catégorie de mesures	Mesures d'amélioration (exemples de recommandations)
Accessibilité 16 mesures	Respect des délais prescrits	Respecter les lignes directrices du plan d'accès du MSSS.
	Difficulté d'accès aux services réseaux	S'assurer que la réorganisation du travail proposée soit réalisée et que la centrale téléphonique du GMF-U soit implantée.
Aspect financier 33 mesures	Facturation des frais d'hébergement	Produire un dépliant permettant d'informer judicieusement la clientèle sur les frais de chambre afin de respecter la circulaire ministérielle.
	Respect des délais prescrits	Apprécier la situation de la clinique spécialisée en lien avec la médecine de jour et de la clinique de microbiologie afin de rechercher un fonctionnement plus optimal et ainsi diminuer les impacts de l'attente chez la clientèle.
	Droit linguistique Accès aux services en langue anglaise	Produire un formulaire de plainte en anglais accessible sur le site Internet de l'établissement.
	Frais d'hébergement	Mettre en place un mécanisme afin d'informer l'utilisateur des frais d'hospitalisation lors d'un séjour de plus de 2 semaines (28 jours).
Droits particuliers 23 mesures	Droit à un accommodement raisonnable / Lié à un handicap	DSI – Élaborer les recommandations sur les mesures de prévention et contrôle des infections pour la présence d'un chien guide ou d'assistance dans les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
	Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte / Confidentialité	Demander le changement d'intervenant.
	Participation de l'utilisateur à l'élaboration de son PI-PSI	S'assurer de la présence d'un membre de la famille lors de la révision du plan de soins afin de respecter les objectifs du plan d'intervention et les prescriptions médicales.
Maltraitance 33 mesures *La majorité des dossiers sont reliés au signalement obligatoire et sont pris en charge par les intervenants	Maltraitance sexuelle / Violence	Relocaliser un usager dans un milieu plus approprié, permettant une meilleure surveillance.
	Maltraitance matérielle ou financière / Violence	Faire prendre en charge la situation par l'intervenante sociale et mettre en place le plan d'intervention concertée (PIC) en matière de maltraitance.
	Violation des droits / Négligence	Élaborer une procédure en matière de présence lors de l'examen d'échographie de la mère pour le département de gynécologie/obstétrique.
	Maltraitance physique / Violence	Ajouter une travailleuse sociale au dossier.

Organisation du milieu et des ressources matérielles 25 mesures	Organisation spatiale / Aires communes	Rappeler au personnel d'offrir deux postes de télévision dans les salles communes.
	Sécurité et protection	Poser une affiche à toutes les portes de sortie avec la mention suivante : « Lorsque vous quittez la résidence, veuillez porter une attention particulière afin de ne pas laisser sortir des résidents en même temps que vous ».
	Organisation du service alimentaire / Organisation fonctionnelle	RI – Effectuer les validations nécessaires afin que l'utilisateur puisse bénéficier d'un temps de repas adéquat, et ce, pour la clientèle devant descendre à la salle à manger.
Relations interpersonnelles 30 mesures	Commentaires inappropriés	Tenir une rencontre de sensibilisation avec l'employée concernée.
	Commentaires inappropriés	Rappeler l'importance d'être à l'écoute et d'avoir un langage adéquat.
Soins et services dispensés 79 mesures	Compétence technique et professionnelle (présence de formation)	Offrir une formation sur les ponctions veineuses des bébés.
	Organisation des soins et services (systémique) / Propre à l'installation	Trouver une solution afin de respecter le droit à la confidentialité lors des appels à la clientèle pour la prise de rendez-vous ou la confirmation d'une intervention.
	Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	Faire un rappel de bien vérifier toutes les notes au dossier avant de prétendre qu'un médicament n'a pas été donné.
	Organisation des soins et services	Revoir l'ordonnance collective sur l'utilisation d'Instillagel (OC-SI-069), l'actualiser en fonction des pratiques régionales et en faire la promotion afin de s'assurer que le personnel infirmier puisse l'utiliser, lorsque requis.

Protecteur du citoyen

Au cours de la dernière année, 31 dossiers ont été réexaminés par le Protecteur du citoyen. Dans 10 cas, de nouvelles recommandations ont été formulées. Au 31 mars 2020, ces recommandations avaient toutes été acceptées, ont été réalisées ou sont en cours de réalisation.

Voici quelques exemples de recommandations et le suivi apporté par la direction concernée.

La liste des recommandations ainsi que les mesures mises en place sont aussi présentées dans le *Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services 2019-2020*.

Recommandations	Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
<p>R1 : Soumettre un plan d'action détaillé avec les mesures à mettre en place pour corriger la problématique du climat de travail et ses conséquences ainsi que les résultats attendus.</p>	<p>Le 12 septembre 2019, l'établissement transmettait au Protecteur une correspondance l'informant de la mise en place du plan d'action en cours de réalisation au CHSLD de Trois-Pistoles.</p> <p>Le 3 octobre 2019, le Protecteur nous informe qu'il a pris connaissance du résumé du plan d'action. Les mesures prévues audit plan répondent aux attentes du Protecteur. Celui-ci procède donc à la fermeture du dossier.</p>
<p>R1 : Élaborer, comme recommandé dans le cadre du <i>Plan d'accès aux services pour les personnes ayant des déficiences</i>, des balises pour la gestion des mesures supplétives lorsqu'il est impossible de commencer les services dans les délais prescrits.</p>	<p>Le 19 août 2019, le directeur accuse réception de la recommandation et s'engage à faire le suivi d'ici le 31 décembre 2019.</p> <p>Le 10 janvier 2020, le directeur transmet au Protecteur la nouvelle version du processus décisionnel en situation de dépassement des standards d'accès.</p> <p>Le 16 janvier 2020, le Protecteur nous informe que le processus déposé répond à ses attentes. Il procède donc à la fermeture du dossier.</p>
<p>R1 : Offrir à l'usagère l'allocation forfaitaire prévue à la politique nationale de déplacement des usagers.</p> <p>R2 : Cesser d'utiliser l'établissement de résidence plutôt que l'établissement d'origine dans le calcul des déplacements des usagers en radio-oncologie.</p>	<p>Le 12 mars 2020, la directrice de la logistique fait parvenir au Protecteur un accusé de réception des recommandations. Elle confirme l'acceptation de celles-ci. Elle confirme qu'il y aura des mesures de prises d'ici le 20 mars 2020.</p> <p>Le 3 avril 2020, une lettre a été adressée au Protecteur confirmant que les mesures ont été actualisées.</p>

Coroner

- Tableau de suivi des recommandations provenant des rapports d'investigation du Bureau du coroner présenté aux membres du comité de vigilance et de la qualité;
- Réception de huit dossiers en 2019-2020 dont cinq dossiers présentaient des recommandations spécifiques à notre établissement et les trois autres étaient pour des événements s'étant produits dans d'autres régions du Québec, mais pour lesquels les recommandations s'appliquaient à tous les établissements. Les recommandations d'un seul dossier ont été complétées et le suivi a été effectué auprès du MSSS. Les sept autres dossiers demeuraient en suivi actif au 31 mars 2020;
- Les deux dossiers du coroner qui étaient en cours au 31 mars 2019 ont été complétés et le suivi a été effectué auprès du Bureau du coroner en chef.

Principales actions mises en place pour appliquer les recommandations du coroner :

- Diffusion des rapports du coroner;
- Formations spécifiques sur le suicide offertes aux gestionnaires et au personnel des centres jeunesse ainsi qu'à des médecins;
- Révision des rôles et responsabilités des intervenants, des gestionnaires et de l'équipe de 2^e niveau des centres jeunesse;
- Révision des trajectoires de 1^{er}, 2^e et 3^e niveau d'intervention des centres jeunesse;
- Diffusion du *Protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire pour les jeunes en difficulté recevant des services en protection et en réadaptation ainsi que pour leur famille*;
- Diffusion d'une recommandation à tous les exploitants des RPA rappelant leurs obligations en regard du respect de leur offre de service et de leurs limites d'hébergement;
- Démarche auprès de l'exploitant de la RPA concernée par une recommandation du coroner;
- Vérification des fauteuils roulants afin de s'assurer que tous les fauteuils à assise surbaissée dans nos différentes installations soient conformes;
- Notes de service adressées au personnel et aux gestionnaires afin qu'ils s'assurent de la conformité des fauteuils selon les directives de sécurité émises par le Service des aides techniques (SAT);
- Rédaction et distribution du *Guide de vérification de la sécurité des assises surbaissées, rigides et encastrées et ajustement de la ceinture de sécurité sur les fauteuils roulants*.

Collège des médecins du Québec (CMQ)

Résumé des recommandations découlant de la visite du CMQ en avril 2019 et des actions entreprises depuis

Principales recommandations	Actions mises en place
Établir et faire adopter les règlements du CMDP par le conseil d'administration.	<ul style="list-style-type: none"> • Travaux effectués par l'exécutif du CMDP depuis 1 an pour finaliser les règlements permanents du CMDP (dépôt en assemblée générale du CMDP prévu en septembre 2020 et dépôt au CA prévu par la suite).
Consolider le comité d'évaluation de l'acte médical et ses sous-comités.	<ul style="list-style-type: none"> • Présidence du comité régional d'évaluation médicale dotée depuis la recommandation et reprise des rencontres du comité. • Discussions en cours afin de finaliser les modalités de soutien clérical au comité d'évaluation de l'acte médical. • Sous-comités distribués en fonction des principales installations du territoire et en adéquation avec le plan d'organisation clinique de l'établissement. • Mise sur pied d'un comité dédié à la périnatalité. • Discussions à compléter concernant certaines missions, notamment au niveau des CHSLD.
Effectuer la mise à jour et l'harmonisation des protocoles.	<ul style="list-style-type: none"> • Travaux de mise à jour et d'harmonisation réalisés en continu
Créer un comité de coordination en périnatalité.	<ul style="list-style-type: none"> • Comité mis en place, impliquant tant les volets médicaux concernés que les directions cliniques partenaires, qui permettra le suivi des différentes actions à mettre en œuvre en termes d'accès et de qualité aux services
Recentrer le mandat des chefs de département et de service en fonction des responsabilités énoncées dans la LSSSS.	<ul style="list-style-type: none"> • Uniformisation et mise à jour du mandat des chefs médicaux en collaboration avec le DSP et l'exécutif du CMDP (affichage des postes prévu à l'automne 2020 avec les mandats mis à jour).

S'assurer d'énoncer clairement le département et le service d'appartenance de chaque médecin lors de sa nomination et du renouvellement des privilèges.

- Formulaire de nomination et de renouvellement des privilèges mis à jour par le comité des titres du CMDP et permettant d'améliorer le suivi des différentes étapes de nomination/renouvellement des privilèges, incluant la spécification des départements et services d'appartenance.

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)

Dans le cadre du programme de surveillance générale de l'exercice de la profession, les inspecteurs de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) ont procédé à une visite d'inspection professionnelle au CISSS du Bas-Saint-Laurent les 26, 27 et 28 novembre 2019. Les lieux visités sont les suivants : Centre d'hébergement D'Anjou de Saint-Pacôme, Centre d'hébergement Villa Maria, Centre d'hébergement de Rivière-Bleue, Centre d'hébergement de Saint-Louis-du-Ha! Ha!, Hôpital Notre-Dame-de-Fatima, Hôpital de Notre-Dame-du-Lac, CLSC de Rimouski, Hôpital d'Amqui et Centre d'hébergement Marie-Anne Ouellet.

Lors de cette visite, l'équipe d'inspecteurs a soulevé quelques points à améliorer :

- la consignation de l'information dans les notes d'évolution, le rapport de relève ou interservices et les rapports de déclaration d'incident ou d'accident;
- le respect du secret professionnel lors de l'enregistrement de la médication;
- l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections;
- l'administration de la médication de façon sécuritaire et reconnue;
- la prestation de certaines techniques de soins.

L'OIIAQ a déposé un rapport d'intervention et un plan d'amélioration de la qualité en février 2020. Depuis ce temps, diverses actions ont été entreprises au niveau de la prévention des infections et plus particulièrement au niveau de l'hygiène des mains. Un rappel sur le port des gants a également été fait. Avec l'arrivée de la COVID-19, le plan a été suspendu et la reprise des actions se fera à l'automne.

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

La Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) voit à promouvoir les droits et obligations en matière de travail et s'assure du respect de la législation auprès des travailleurs et employeurs du Québec. Pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, quatre catégories de risque font l'objet d'une vigilance accrue, soit les risques ergonomiques reliés aux troubles musculo-squelettiques incluant la mobilisation de la clientèle, les risques d'agression et de violence en milieu de travail, les risques de blessures reliés aux chutes et glissades ainsi que les dangers à conséquences graves, jugés intolérables (tolérance zéro).

Certains milieux de travail ont été inspectés paritairement en 2019. Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a mobilisé tous les acteurs-clés pour agir en prévention et prendre en charge la santé et la sécurité du travail. À la suite de ces inspections, 25 avis de correction ont été émis par un inspecteur de la CNESST.

Résumé des principales recommandations et des mesures mises en place

Recommandations	Actions réalisées
Appliquer un programme de formation et d'information concernant les produits dangereux dont le contenu minimum est déterminé par règlement.	<ul style="list-style-type: none"> • Information et formation concernant les produits dangereux aux travailleurs exposés.
S'assurer d'être équipé et d'avoir un aménagement qui permet d'assurer la protection du travailleur.	<ul style="list-style-type: none"> • Application d'une procédure sécuritaire lors du nettoyage des dispositifs médicaux. • Port de tabliers plombés lors des examens en fluoroscopie (0,5 mm plomb minimum). • Application de la méthode d'entreposage de l'endoscope (l'appareil ne doit pas être en contact avec des accessoires médicaux souillés). • Élaboration et affichage de la méthode de travail concernant la manutention sécuritaire des bonbonnes de dioxydes de carbones (CO2). • Application d'une procédure sécuritaire sur les méthodes et techniques spécifiques au positionnement lors des examens en fluoroscopie.
Mettre à la disposition des travailleurs des douches oculaires ou des douches de secours lorsqu'une matière corrosive ou une autre matière dangereuse est susceptible de causer rapidement des dommages graves ou irréversibles à la peau ou aux yeux des travailleurs.	<ul style="list-style-type: none"> • Mise à disposition d'une douche oculaire à la salle de retraitement. • Mise à disposition d'un rince-yeux.
Informier adéquatement le travailleur sur les risques reliés à son travail et lui assurer la formation, l'entraînement et la supervision appropriés afin de faire en sorte que le travailleur ait l'habileté et les connaissances requises pour accomplir de façon sécuritaire le travail qui lui est confié.	<ul style="list-style-type: none"> • Formation et supervision sur la procédure sécuritaire des dispositifs médicaux. • Formation sur la méthode de travail sécuritaire et l'utilisation sécuritaire des dispositifs médicaux (endoscopie).
Surveiller par dosimétrie les travailleurs susceptibles d'être exposés à des rayonnements.	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation et positionnement du dosimètre à l'intérieur du tablier au niveau de la ceinture.
S'assurer que le travailleur qui est exposé à un danger pouvant occasionner une lésion aux yeux ou à la figure porte soit une protection oculaire, soit un protecteur facial, acquis à compter du 5 mai 2011 et conformes à la norme.	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de la protection oculaire.

Recommandations	Actions réalisées
<p>Informer adéquatement le travailleur sur les risques reliés à son travail et lui assurer la formation, l'entraînement et la supervision appropriés afin de faire en sorte que le travailleur ait l'habileté et les connaissances requises pour accomplir de façon sécuritaire le travail qui lui est confié.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formation et supervision de la manutention sécuritaire des bonbonnes de dioxyde de carbone (CO2). • Formation adéquate des travailleurs en lien avec les risques d'agression. • Bonification du processus d'orientation des nouveaux employés. • Formation des nouveaux travailleurs avec la clientèle agressive et offre d'encadrement des travailleurs sans formation avec la clientèle agressive.
<p>S'assurer d'être équipé et d'avoir un aménagement (zone de retrait) qui permet d'assurer la protection (exemple d'intrusion) des travailleurs en cas d'agression.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la sécurité des lieux physiques pour éviter des blessures aux travailleurs lors de la désorganisation de la clientèle. • Amélioration de l'accessibilité rapide à la zone de retrait pour assurer la sécurité des travailleurs lors de la désorganisation de la clientèle.
<p>Utiliser les méthodes et techniques visant à identifier, à contrôler et à éliminer les risques d'agression ou de demande d'assistance.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir un moyen de communication efficace entre les travailleurs. • Déploiement d'une procédure d'intervention rapide à Saint-Cyprien (le personnel doit rester sur les lieux du travail). • Utilisation d'un outil de contrôle pour s'assurer de l'application des plans comportementaux à suivre. • Essai de différents modèles de vêtement (chandails faciles à déchirer). • Application de la procédure du code blanc pour une intervention sécuritaire lors d'escalade de crise.

Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ)

L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec a visité trois de nos installations cette année : le soutien à domicile aux Basques le 4 juin 2019, l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima de La Pocatière le 3 juin 2019 et le CLSC de Saint-Pascal le 3 juin 2019. Les tableaux ci-dessous présentent les recommandations qui ont été émises à la suite de ces visites ainsi que les actions qui en découlent. Les actions en cours qui découlent de la visite de l'Ordre à Rimouski en 2018-2019 sont également présentées.

Suivi des recommandations de l'OPIQ – Soutien à domicile aux Basques

Compétences	Recommandations/actions réalisées
Communiquer efficacement dans son contexte professionnel.	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler activement en multidisciplinarité ou en interdisciplinarité : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Participer aux rencontres des infirmières du soutien à domicile (SAD); ➢ Assister aux rencontres de l'équipe multi pour les cas qui lui sont rattachés; ➢ Assister aux concertations cliniques des patients qui lui sont rattachés. • Créer une banque de dépliants et d'informations pour les usagers et les guider pour la lecture d'outils de référence. • Consulter et consigner au dossier de l'utilisateur toutes les informations pertinentes : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Travailler avec un portable et avoir accès à I-CLSC et Purkinje lors des visites à domicile (en cours, en attente de l'accès Miles).
Appliquer les modalités d'utilisation des dispositifs médicaux.	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître et consulter les différents documents fournis par les fabricants : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Cartables avec les manuels d'instructions des différents appareils; ➢ Lien facilement accessible sur l'écran d'accueil du bureau (ex. : site du Programme national d'assistance ventilatoire à domicile – PNAVD). • Évaluer la performance des dispositifs médicaux dont ils ont la responsabilité : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Registre des entretiens des appareils en place dans un cartable; ➢ Manomètre pour la vérification des BiPAP (appareil utilisé pour les troubles du sommeil). • Consigner dans un registre les vérifications des dispositifs médicaux : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Registre en place dans un cartable pour la réparation ou la maintenance des appareils.
Appliquer les mesures préventives d'asepsie, de santé et de sécurité.	<ul style="list-style-type: none"> • Tenir à jour et compléter le cartable de désinfection qui permet de s'assurer que les appareils récupérés chez les usagers soient nettoyés et désinfectés selon les normes. • Faire la lecture sur les pratiques de positionnement sécuritaire de l'utilisateur avec les différents outils sur l'intranet. • Connaître l'outil SIMDUT et le respecter : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Compléter l'outil de formation SIMDUT et le rendre facilement accessible; ➢ Prendre connaissance du plan de mesure d'urgence.
Préparer, administrer, ajuster des médicaments ou autres substances.	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer adéquatement l'utilisateur et tenir une discussion avec l'équipe SAD ou le médecin pour ajustement nécessaire à la modalité thérapeutique (réalisé en continu).
Évaluer la condition cardiorespiratoire.	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller la condition clinique de l'utilisateur et prendre connaissance de son histoire médicale : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Avoir accès à ICLSC et Purkinje lors des visites à domicile (en attente de l'accès); ➢ Consigner des notes précises et complètes au dossier; ➢ Reconnaître les problèmes et proposer des pistes de solutions.

Compétences	Recommandations/actions réalisées
Effectuer des épreuves diagnostiques de la fonction cardiorespiratoire.	<ul style="list-style-type: none"> Effectuer les épreuves diagnostiques de la fonction cardiorespiratoire : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire sortir les données du BiPAP pour analyse des résultats, mais les tests de polysomnographie ne se font pas dans notre établissement.
Prodiguer des soins cardiorespiratoires généraux.	<ul style="list-style-type: none"> Créer un document de référence pour optimiser la rééducation respiratoire en fonction de la condition cardiorespiratoire de l'utilisateur (sera réalisé en juin 2020).
Optimiser l'assistance respiratoire.	<ul style="list-style-type: none"> Tenir un registre afin que la certification RCR soit à jour.
Déterminer et instaurer les plans de soins.	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les besoins des usagers : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Compléter les plans d'intervention des usagers; ➤ Utiliser les différents cadres de référence tels que : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD); ▶ Programme national d'oxygénothérapie à domicile (PNOD); ▶ Outil de changement clinique informatisé (OCCI). Connaître les particularités et les fonctionnalités disponibles sur les différents appareils disponibles : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Formation PNAVD.
Agir avec professionnalisme.	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer de connaître les lois de la profession, les politiques internes, les normes de pratique, etc. (réalisé en continu)

Suivi des recommandations de l'OPIQ – Hôpital Notre-Dame-de-Fatima de La Pocatière

Compétences et exigences	Recommandations/actions réalisées
<p>Communiquer efficacement dans son contexte professionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> Enseigner à l'utilisateur et à son entourage la prévention, les soins et l'utilisation des équipements requis; évaluer la capacité de l'utilisateur à s'adapter et à contribuer à ses soins; viser l'autonomie pour le domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> Rendre disponible le document <i>Parler, écouter, écrire : l'art de communiquer en santé</i>. Imprimer divers outils pour favoriser la compréhension de l'utilisateur et valider sa compréhension lors d'explications.
<ul style="list-style-type: none"> Consulter et consigner au dossier de l'utilisateur toutes les informations pertinentes dans l'ordre chronologique. 	<ul style="list-style-type: none"> Rendre disponibles les documents de référence en lien avec la consignation des notes au dossier (secteur de l'assistance anesthésique et note d'évolution).
<ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les notes au dossier et les signatures soient lisibles et que les corrections soient adéquates. 	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer les documents utilisés. Offrir de la formation au besoin. Tenir des réunions multidisciplinaires lors d'un cas complexe. Mettre en place un cahier regroupant les notes de service pour améliorer la communication dans l'équipe (audit à venir en octobre 2020).

Compétences et exigences	Recommandations/actions réalisées
<p>Appliquer les modalités d'utilisation des dispositifs médicaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre connaissance des recommandations des fabricants. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place et tenir à jour un registre de vérification de tous les appareils (mise à jour en continu). • Conserver les manuels d'utilisation de chaque appareil.
<p>Appliquer les mesures préventives d'asepsie, de santé et de sécurité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les risques que présente une situation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre disponible la documentation en lien avec la prévention des infections. • Consulter l'infirmière en prévention des infections pour obtenir l'information sur les produits de désinfection. • S'assurer de posséder suffisamment d'EPI.
<ul style="list-style-type: none"> • Connaître et utiliser adéquatement l'équipement de protection individuel (EPI). 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre disponible de la documentation sur la bonne utilisation de l'EPI. • Consulter l'information disponible sur intranet. • Rassembler dans un cartable l'information concernant la prévention des infections pour référence rapide.
<p>Évaluer la condition cardiorespiratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre connaissance de l'histoire médicale de l'usager et de l'implication de la famille. • Effectuer la collecte de données pertinentes de façon rigoureuse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre disponibles des documents de référence (ex. : <i>Parler, écouter, écrire : l'art de communiquer en santé</i>). • S'assurer de la présence des initiales de chaque inhalothérapeute dans la collecte de données. • Offrir de la formation au besoin. • Prévoir une formation pour analyser les rapports en lien avec les troubles du sommeil (sera réalisé d'ici la fin 2020).
<ul style="list-style-type: none"> • Assurer une communication entre l'équipe multidisciplinaire. 	
<p>Effectuer des épreuves diagnostiques de la fonction cardiorespiratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectuer et analyser les résultats des épreuves de la fonction respiratoire, en conformité avec les normes reconnues. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscire dans la note de spirométrie si les critères de l'ATS (<i>American Thoracic Society</i>) ont été atteints. • Inscire la médication, l'heure et le dosage de la dernière prise de médicament de l'usager avant un test diagnostique. • Inscire le statut tabagique.
<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer des épreuves reliées à l'électrocardiogramme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre disponibles des lectures pertinentes (ex. : Campus OPIQ) et des applications (ex. : assistant inhalo) (audit à venir en octobre 2020).

Compétences et exigences	Recommandations/actions réalisées
<p>Prodiguer des soins cardiorespiratoires généraux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer les traitements d'inhalothérapie. • Interpréter les résultats. • Modifier la modalité thérapeutique en fonction du protocole établi, s'il y a lieu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser l'appareil Dial-Check (servant à l'éducation thérapeutique de l'utilisateur asthmatique) pour déterminer le meilleur dispositif pour l'utilisateur. • Proposer des dispositifs et/ou traitements au médecin si pertinent (audit à venir en octobre 2020).
<p>Optimiser l'assistance ventilatoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectuer les manœuvres de réanimation cardiorespiratoire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenir un registre de formation RCR adulte et néonatal. • Rendre disponible le document <i>Contribution à l'évaluation des problèmes respiratoires</i>.
<ul style="list-style-type: none"> • Établir les liens entre les anomalies de la mécanique pulmonaire, les valeurs hémodynamiques et l'assistance ventilatoire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre un aide-mémoire permettant une référence rapide et accessible sur chaque respirateur pour l'assistance ventilatoire.
<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la qualité en fonction de la pathologie en cause et des différents résultats d'analyses et de tests. 	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir de la formation au besoin pour permettre la mise à jour des compétences de l'équipe (sera réalisé d'ici la fin 2020).
<p>Déterminer et instaurer les plans de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier de façon méthodique et préciser les besoins de l'utilisateur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se fier à la documentation du PNAVD et du PNOD pour le plan de suivi; • Garder une bonne communication avec les inhalothérapeutes du soutien à domicile et des maladies chroniques.
<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les objectifs et les options à privilégier pour les atteindre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aux soins à domicile : élaborer un aide-mémoire comprenant l'ensemble des informations de l'utilisateur (prescriptions, maladies, médications, etc.) pour assurer un meilleur suivi et cibler les besoins de l'utilisateur par rapport aux objectifs fixés.
<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les particularités ou les fonctionnalités disponibles sur les différents appareils utilisés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aux soins à domicile : rendre disponible un cartable comprenant l'information en lien avec les différents modes et caractéristiques pour les appareils BiPAP.
<ul style="list-style-type: none"> • Réviser les plans de soins. 	

Compétences et exigences	Recommandations/actions réalisées
<p>Agir avec professionnalisme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaître les caractéristiques qui distinguent les lois des règlements, des normes de pratique, des lignes directrices et des politiques internes. • Connaître l'encadrement législatif de la pratique de l'inhalothérapie au Québec. • S'identifier auprès de l'utilisateur, de sa famille et des autres professionnels. • Vérifier l'identité de l'utilisateur en utilisant la double identification. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interagir avec les collègues des autres ordres professionnels. • Rendre disponible la documentation en lien avec l'article 37 du <i>Code des professions</i>. • Se présenter à l'utilisateur et à son entourage. • Porter en tout temps la carte d'identification professionnelle. • Faire la double identification de l'utilisateur : laisser l'utilisateur se nommer et préciser sa date de naissance. • Audit à venir en octobre 2020.
<p>Préparer, administrer, ajuster des médicaments ou autres substances</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer et ajuster la médication. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre disponibles les documents de référence concernant les protocoles d'administration des antibiotiques donnés au bloc opératoire. • Rendre disponibles les capsules d'information sur les nouveaux médicaments (ex. : Bridion). • Offrir la formation de mise à niveau en lien avec les banques de sang (sera réalisé en octobre 2020).
<p>Effectuer l'assistance anesthésique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire une surveillance clinique de l'utilisateur lié à l'anesthésie. • Surveiller le positionnement de l'utilisateur lors d'une chirurgie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demander la participation accrue du personnel infirmier pour aider au positionnement et à la surveillance de l'utilisateur; • Augmenter la communication interdisciplinaire; • Faire l'acquisition d'un outil permettant de soutenir l'utilisateur au niveau des épaules.

Suivi des recommandations de l'OPIQ – CLSC de Saint-Pascal

Compétences et exigences	Recommandations/actions réalisées
<p>Communiquer efficacement dans son contexte professionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la capacité de l'utilisateur à s'adapter et à contribuer à ses soins. • Enseigner à l'utilisateur et à son entourage, la prévention, les soins et l'utilisation des équipements requis. • Consulter et consigner au dossier de l'utilisateur toutes les informations pertinentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre disponible le document <i>Parler, écouter, écrire : l'art de communiquer en santé</i>. • Imprimer divers outils pour favoriser la compréhension de l'utilisateur et valider s'il a bien compris les explications. • Élaborer un aide-mémoire avec toutes les informations pertinentes de l'utilisateur (prescriptions, maladies, médication, etc.).
<p>Appliquer les modalités d'utilisation des dispositifs médicaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre connaissance des recommandations des fabricants. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenir un registre de vérification de tous les appareils (mise à jour en continu). • Conserver les manuels d'utilisation de chaque appareil.
<p>Appliquer les mesures préventives d'asepsie, de santé et de sécurité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les risques que présente une situation. • Connaître ou utiliser adéquatement l'EPI. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre disponible la documentation en lien avec la prévention des infections. • Consulter l'infirmière en prévention des infections pour obtenir de l'information sur les produits de désinfection. • Faire l'achat d'un « diable » pour transporter le matériel lourd afin d'éviter les accidents du travail. • S'assurer d'avoir en inventaire l'EPI nécessaire (réalisé en continu). • Rendre disponible la documentation sur la bonne utilisation de l'EPI.
<p>Évaluer la condition cardiorespiratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre connaissance de l'histoire médicale de l'utilisateur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer un aide-mémoire précisant toutes les informations de l'utilisateur (prescription, maladies, médication, etc.). • Prendre connaissance du dossier Purkinje de l'utilisateur avant de faire une visite ou un suivi.

Compétences et exigences	Recommandations/actions réalisées
<ul style="list-style-type: none"> Effectuer la collecte de données pertinentes de façon rigoureuse. 	<ul style="list-style-type: none"> Questionner toutes les personnes présentes lors d'une visite à l'utilisateur afin d'avoir une meilleure perception de la situation et s'assurer d'inscrire l'information au dossier de l'utilisateur.
<p>Effectuer des épreuves diagnostiques de la fonction cardiorespiratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Effectuer et analyser les résultats des épreuves de la fonction respiratoire, en conformité avec les normes reconnues. 	<ul style="list-style-type: none"> Consigner dans la note de spirométrie si les critères de l'ATS ont été atteints.
<p>Prodiguer des soins cardiorespiratoires généraux</p> <ul style="list-style-type: none"> Administrer les traitements d'inhalothérapie. Interpréter les résultats. Modifier la modalité thérapeutique en fonction du protocole établi, s'il y a lieu. 	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser le Dial-Check (appareil permettant l'éducation thérapeutique d'un usager asthmatique) pour trouver le meilleur dispositif pour l'utilisateur. Proposer des dispositifs et/ou traitements au médecin si pertinent.
<p>Optimiser l'assistance ventilatoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Effectuer les manœuvres de réanimation cardiorespiratoire. Établir les liens entre les anomalies de la mécanique pulmonaire, les valeurs hémodynamiques et l'assistance ventilatoire. Évaluer la qualité de la fonction de la pathologie en cause et des différents résultats d'analyses et de tests. 	<ul style="list-style-type: none"> Rendre disponible le document « Contribution à l'évaluation des problèmes respiratoires ». S'assurer à chaque visite de l'utilisateur de contrôler les fuites du BiPAP permettant d'assurer un traitement optimal et vérifier le journal d'alarme. Procéder à la vérification des cartes BiPAP à tous les six mois ou s'il y a une problématique pour s'assurer que le traitement est optimal.
<p>Déterminer et instaurer les plans de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifier de manière méthodique et précise les besoins de l'utilisateur. Déterminer les objectifs et les options à privilégier pour les atteindre. Réviser les plans de soins. Connaître les particularités ou les fonctionnalités disponibles sur les différents appareils utilisés. 	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer un aide-mémoire en précisant les informations de l'utilisateur (prescriptions, maladies, médication, etc.) pour assurer un meilleur suivi et connaître les besoins de l'utilisateur en fonction des objectifs fixés. Se référer à la documentation en lien avec le PNAVD et le PNOD pour le plan de suivi de la clientèle. Recevoir une formation pour connaître le fonctionnement et les paramètres des appareils BiPAP. Rendre disponibles les informations nécessaires reliées aux différents paramètres des appareils BiPAP.

Compétences et exigences	Recommandations/actions réalisées
<p>Agir avec professionnalisme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaître les caractéristiques qui distinguent les lois des règlements, des normes de pratique, des lignes directrices et des politiques internes. • Connaître l'encadrement législatif de la pratique de l'inhalothérapie au Québec. • S'identifier auprès de l'utilisateur, de sa famille et des autres professionnels. • Vérifier l'identité de l'utilisateur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interagir avec nos collègues des autres ordres professionnels. • Rendre disponible la documentation concernant les actes de l'inhalothérapeute (documents à consulter sur le site de l'Ordre). • Porter sa carte d'identification professionnelle en tout temps. • Se présenter à l'utilisateur et à son entourage lors des visites. • Faire la double identification de l'utilisateur : laisser l'utilisateur se présenter et valider la date de naissance.

Plan d'action suite à l'inspection professionnelle en inhalothérapie réalisée à Rimouski en 2018-2019

Exigences	Recommandations/actions réalisées
<p>Offrir des ressources didactiques actuelles, fiables, référencées et adaptées à l'utilisateur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ressortir l'information et les outils concernant l'éducation thérapeutique de l'utilisateur et les mettre à la disposition de tous : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Préparation d'un dépliant explicatif au laboratoire du sommeil en lien avec le projet partenariat public-privé (PPP); ➢ Lecture de cette documentation afin de se sensibiliser et de s'y conformer; ➢ Signature du registre attitré à cette mesure afin de s'assurer que tous en prennent connaissance. • Offrir de l'enseignement dans le secteur d'inhalothérapie, au CLSC et en pneumologie.
<p>Transmettre l'information clairement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Créer un outil de travail pour uniformiser l'enseignement sur la prise de médication (la technique à utiliser et avec quel équipement). • Créer un outil de travail pour uniformiser l'information recueillie par l'utilisateur. • Créer un outil de travail pour uniformiser l'information transmise à l'utilisateur. • Créer des documents explicatifs adaptés pour chacun des secteurs concernés, par exemple, les techniques enseignées aux patients sur les unités de soins, au laboratoire du sommeil, en physiologie respiratoire, en maladie chronique et au CLSC.
<p>Éduquer les usagers, leurs familles ou les aidants naturels en décrivant les facteurs de risques modifiables qui ont un impact sur la santé cardiorespiratoire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que les inhalothérapeutes puissent partager leurs connaissances aux usagers en lien avec les saines habitudes de vie telles que l'abandon tabagique, l'activité physique, l'hygiène du sommeil et une saine alimentation, et ce, tout au long du suivi thérapeutique. • Créer un outil de travail afin de faciliter l'enseignement auprès de l'utilisateur.

Exigences	Recommandations/actions réalisées
<p>Consulter et consigner au dossier de l'utilisateur toutes les informations pertinentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les inhalothérapeutes concernant les normes de pratique en lien avec le dossier de l'utilisateur et les particularités dans certains secteurs d'activité : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lecture recommandée dans section dossier de l'utilisateur (OPIQ); ➤ Signature du registre de lecture. • Faire un audit deux fois par année afin de s'assurer que tous les inhalothérapeutes se conforment à cette mesure (audit fait à l'automne 2019).
<p>Respecter les particularités relatives à certains secteurs d'activité lors de l'inscription des notes au dossier, selon les règles en vigueur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les inhalothérapeutes concernant les normes de pratique en lien avec le dossier de l'utilisateur et les particularités associées à certains secteurs d'activité : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Document pertinent imprimé selon les normes de pratiques; ➤ Signature du registre de lecture. • Faire un audit deux fois par année afin de s'assurer que tous les inhalothérapeutes se conforment à cette mesure (audit fait à l'automne 2019).
<p>Tenir compte des aspects légaux de la tenue de dossier (papier et électronique) selon les normes en vigueur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les inhalothérapeutes concernant les normes de pratiques en lien avec le dossier de l'utilisateur, les particularités associées à certains secteurs d'activité et l'article 6 du règlement sur la tenue de dossier : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Document pertinent imprimé selon les normes de pratiques; ➤ Signature du registre de lecture; ➤ Faire un audit deux fois par année afin de s'assurer que tous les inhalothérapeutes se conforment à cette mesure (audit fait à l'automne 2019). • Faire un travail pour éliminer les dossiers parallèles présents dans le secteur de la physiologie respiratoire ainsi que celui du laboratoire du sommeil (en attente de la numérisation des dossiers pour éliminer les dossiers parallèles).
<p>Respecter le programme d'entretien préventif selon les recommandations écrites du fabricant.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ajouter le registre d'entretien préventif de chacun des équipements utilisés en inhalothérapie, et ce, pour tous les secteurs d'activité. Faire connaître ce registre par tous les membres de l'équipe. Les inhalothérapeutes ont la responsabilité d'en prendre connaissance et de se conformer aux normes.
<p>Évaluer, selon les recommandations du fabricant, la performance des dispositifs médicaux dont ils ont la responsabilité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire les contrôles de qualité et les attester d'une signature complète, et ce, dans tous les secteurs d'activité : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Registre pour les contrôles de qualité instauré dans tous les secteurs d'inhalothérapie. • Mettre à jour les contrôles de qualité en respectant les bonnes pratiques. • Mettre en place une procédure écrite pour baliser les contrôles de qualité dans tous les secteurs d'activité. • Rendre disponibles les manuels des différents appareils, et ce, dans tous les secteurs d'activité.

Exigences	Recommandations/actions réalisées
Connaître et appliquer le plan des mesures d'urgence (PMU) de l'établissement ou du milieu de travail.	<ul style="list-style-type: none"> • Faire connaître le plan d'urgence aux employés et en faire le rappel une fois par année. Faire un registre afin de confirmer que tous les membres du personnel sont au courant du plan des mesures d'urgence existant dans l'installation. ➤ En attente d'une formation sur les mesures d'urgence par l'établissement.
Se laver les mains ou utiliser du rince-mains systématiquement entre chaque usager et porter des gants lorsque requis.	<ul style="list-style-type: none"> • Faire de la sensibilisation sur les pratiques exemplaires d'hygiène des mains. Faire lire aux inhalothérapeutes un document expliquant l'importance du lavage des mains et faire remplir un questionnaire afin de tester leurs connaissances et leurs acquis. • Faire des audits deux fois par année par l'assistante-chef des inhalothérapeutes afin de sensibiliser les gens à respecter cette norme essentielle (audit fait à l'automne 2019).
Effectuer la collecte de données pertinentes de façon rigoureuse.	<ul style="list-style-type: none"> • Aviser les inhalothérapeutes de cette exigence : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lors de l'intervention de l'inhalothérapeute auprès de l'usager, faire la consultation du dossier médical, l'évaluation des résultats, l'observation des radiologies ou des laboratoires, l'auscultation pulmonaire, la prise des signes vitaux, et ce, pour une évaluation cardiorespiratoire de qualité, complète et rigoureuse (application dans tous les secteurs d'activité concernés). • Faire des audits au moins deux fois par année (audit de dossier réalisé à l'automne 2019).
Effectuer et analyser les résultats des épreuves de la fonction respiratoire, en conformité avec les normes reconnues, par exemple celles de l' <i>American Thoracic Society (ATS)</i> et de l' <i>European Respiratory Society (ERS)</i> .	<ul style="list-style-type: none"> • Aviser le secteur de la physiologie respiratoire d'appliquer les normes de l'ATS et de l'ERS (en faire la lecture et les respecter). • Acheter un stéthoscope pour permettre aux inhalothérapeutes de compléter leurs évaluations respiratoires adéquatement lors du test de provocation bronchique et au besoin. • Réviser la procédure pour chaque test en physiologie respiratoire afin de respecter les normes. • Mettre à jour les politiques et procédures du laboratoire du sommeil ainsi que les indications médicales, et ce, en se référant aux critères de l'AASM et au document du CMQ 2014 (en cours). • Revoir les cahiers techniques afin de se conformer aux normes, et ce, pour tous les secteurs d'activité concernés (à venir).
Identifier de façon méthodique et précise les besoins de l'usager.	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser les procédures suite à la réception de nouveaux équipements : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Établir le plan de soins pour les usagers aux soins à domicile avec l'équipe interdisciplinaire (les plans de soins seront améliorés avec le programme SIAD MPOC qui se déploie graduellement dans nos installations). • Suggérer aux inhalothérapeutes œuvrant dans les secteurs concernés la lecture du document <i>Le règlement sur l'organisation et l'administration des établissements</i>. • Se référer à différents cadres de référence tels que les suivants : PNAVD, PNOD, ISO-SMAF, OCCI, PII. • Faire des audits deux fois par année afin de s'assurer que cette norme est respectée (audit de plan de soins à faire suite au déploiement du SIAD).

Exigences	Recommandations/actions réalisées
Déterminer les objectifs et les options à privilégier pour les atteindre.	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître le rôle de chaque intervenant susceptible de contribuer aux soins de l'utilisateur. • Déterminer le besoin de l'utilisateur en faisant une cueillette de données adéquate. Travailler de concert avec les autres professionnels de la santé œuvrant auprès de l'utilisateur afin de faire un bilan complet sur l'état de l'utilisateur pour, par la suite, mieux répondre à son besoin. • Faire des audits deux fois par année afin de s'assurer que cette norme est respectée (audit fait automne 2019).
Établir des priorités.	<ul style="list-style-type: none"> • Lors de l'évaluation de l'utilisateur, inscrire au plan de soins les problèmes et les besoins prioritaires tout en tenant compte des besoins définis avec l'utilisateur et ses proches. • Faire des audits deux fois par année afin de s'assurer que cette norme est respectée (audit fait automne 2019).
Appliquer les plans de soins élaborés.	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer le plan de soins de façon rigoureuse. • Faire des audits deux fois par année afin de s'assurer que cette norme est respectée (audit fait automne 2019).
Réviser les plans de soins.	<ul style="list-style-type: none"> • Faire la révision des plans de soins selon l'échéancier établi. • Faire des audits deux fois par année afin de s'assurer que cette norme est respectée (audit fait automne 2019).
Appliquer les éléments de base d'un processus efficace d'évaluation de la performance des pairs en fixant des buts et des objectifs clairs et précis selon la description des tâches.	<ul style="list-style-type: none"> • Faire un tableau de planification afin de s'assurer que les évaluations soient réalisées aux trois ans pour chaque inhalothérapeute.
Participer activement à l'élaboration de protocoles, procédures et ordonnances collectives.	<ul style="list-style-type: none"> • Développer différents registres et protocoles (en cours) : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Protocoles pédiatriques (en attente des protocoles du CHUL); ➤ Protocole en spirométrie (en attente de validation médicale).
Vérifier l'identité de l'utilisateur.	<ul style="list-style-type: none"> • Rappeler aux inhalothérapeutes l'importance d'effectuer la double identification auprès de l'utilisateur et de se conformer à la politique de l'établissement à cet effet : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autoformation réalisée.

Le nombre de mises sous garde selon la mission

Tableau des mises sous garde du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020

	Mission CH	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission CR	Total missions Bas-Saint-Laurent
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	210	0	0	0	210
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	144
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	117	0	0	0	117
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	98
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)	87	0	0	0	87

*Les missions qui ne comportent aucune mise sous garde ne sont pas présentées dans le tableau.

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

L'examen des plaintes et la promotion des droits

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

- Le règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers;
- Le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits;
- Le dépliant en français et en anglais;
- Des capsules vidéo (processus de plainte et droits);
- Les coordonnées :
 - de la commissaire et des commissaires adjoints aux plaintes et à la qualité des services;
 - du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP Bas-Saint-Laurent);
 - de PLAIDD-BF (Promotion, lutte, aide, intervention, défense, droit – Bas-du-Fleuve);
 - du Protecteur du citoyen.

Pour joindre le Service aux plaintes et à la qualité des services :

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

L'information et la consultation de la population

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

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

Voici quelques initiatives mises en place au cours des derniers mois :

- Communications lors de la semaine des bénévoles en avril 2019 et campagne de recrutement et de promotion réalisée à l'automne 2019 sur le site Web, Facebook et l'intranet. Grâce à cette campagne, nous avons recruté 20 bénévoles;
- En collaboration avec le CUCI, le Service alimentaire a effectué, durant les périodes de repas dans les 13 CHSLD, des consultations auprès des résidents, de leur famille, du personnel et des comités des résidents afin de capter les besoins et les souhaits de la clientèle. Le but visé par cette consultation était de leur proposer un nouveau menu cyclique répondant à leurs goûts et en considérant que le plaisir de manger devrait revêtir une grande importance;
- Présentation aux comités des résidents des treize CHSLD, en collaboration avec le CUCI, du plan d'action découlant de la précédente consultation, soit une approche avec des menus saisonniers où les mets non appréciés de la clientèle sont retirés, puis présentation de la liste de tous les mets réguliers et mets « plaisirs » souhaités par la clientèle. Les 13 comités se sont prononcés sur leur préférence saisonnière où ces mets devraient être inclus pour la première version des menus;
- Rencontre annuelle poursuivie par la DPDI-TSA-DP auprès des partenaires de la communauté (plus de 35 partenaires) travaillant de près avec la clientèle afin d'échanger sur divers sujets reliés aux besoins de celle-ci;
- Consultation du comité des usagers en DPDI-TSA-DP pour l'élaboration des documents de référence et programmes suivants :
 - Programme transport et hébergement pour les personnes handicapées (THPH);
 - Programme d'évaluation et de réadaptation en conduite automobile (PERCA);
 - Offre de service du Programme accès aux aides technologiques (PAAT);
 - Guide d'intervention en matière de vie intime, affective, amoureuse et sexuelle pour la clientèle présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme (DI ou TSA).
- Diffusion du journal d'information acheminé aux usagers deux fois par année par la DPDI-TSA-DP;
- Rencontre d'arrimage entre la DPDI-TSA-DP et les entreprises de transport adapté du territoire;
- Rencontres périodiques par la DPDI-TSA-DP et les regroupements des organismes communautaires touchant la clientèle DI-TSA-DP;
- Envoi d'une lettre aux usagers ayant des services d'orthèses (enfants, adultes et podo-orthèses) les informant d'une bonification de l'offre de service au Bas-Saint-Laurent;
- Sondage d'appréciation des soins et services pour le soutien à domicile en 2019 (500 répondants) en collaboration avec le CUCI et les CUC;
- Programme chèque emploi-service qui a été publicisé avec un dépliant d'information sur le programme;
- Feuillet explicatif du programme buccodentaire en CHSLD mis dans la pochette d'accueil des nouveaux résidents;
- Amorçe d'une démarche d'évaluation d'impact sur la santé effectuée par la Direction de la santé publique, de concert avec la Ville de Rimouski, dans le cadre du projet de réaménagement du cœur urbain de Rimouski-Est;
- Sondage annuel de satisfaction dans chaque CHSLD;
- Pochette d'accueil remise au nouveau résident ou à sa famille dans laquelle on retrouve l'ensemble des informations concernant les soins et services offerts en CHSLD;

- Journal local rédigé par les techniciens en éducation spécialisée et techniciens en loisirs à l'intention des résidents de certains CHSLD;
- Partenariat avec l'UQAR dans la tenue des Conférences populaires en santé dans l'Est-du-Québec dont le sujet retenu pour l'année 2019 était « L'Anxiété, mal du siècle : comment vivre avec? »;
- Différentes présentations et entrevues afin de présenter le projet de délocalisation du Programme de doctorat en médecine de l'Université Laval;
- Participation de patients partenaires au programme COMPAS qui a permis de réviser toutes les trajectoires de soins pour les usagers souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC);
- Rencontre avec la mairesse de Pohénégamook et le préfet du Témiscouata pour discussion de l'offre de service médical;
- Présentation, par plusieurs directions, de dossiers d'actualité au comité régional de concertation des partenaires du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Production d'un bulletin Info-partenaires jeunesse devant être publié deux fois par année et visant à partager des nouvelles de la DPJ-PJe et à informer sur nos services;
- Poursuite des activités du comité sur les soins et les services à la jeunesse et aux familles;
- Présentation du bilan annuel des DPJ à la population;
- Collaboration entre la DPJ-PJe, la DSPu et COSMOSS pour la rédaction d'un mémoire pour la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse.

De plus, quelque 1 022 demandes d'entrevue ont été acheminées au CISSS du Bas-Saint-Laurent, provenant des médias du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie, de la Côte-Nord, de Québec et de Montréal. Plus de 59 communiqués de presse ont également été diffusés et près d'une quinzaine d'événements de presse ont été tenus afin d'informer la population sur, notamment, le bilan de la direction de la protection de la jeunesse, le programme Agir tôt, la réfection de l'urgence de Rimouski, la gériatrie sociale et la diffusion de l'information concernant le premier cas relié à la pandémie de coronavirus dans la région.

Prévenir
Accompagner
Prendre soin



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



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

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

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

- Tenue de trois rencontres du comité stratégique et de trois rencontres du comité de coordination clinique régional pour soutenir l'organisation et la coordination des soins de fin de vie;
- Déploiement du rôle de l'infirmière répondante pour les soins de fin de vie aux Basques, au Témiscouata et dans Rimouski-Neigette;
- Déploiement de la formation générale portant sur l'approche en soins palliatifs du MSSS auprès de certains intervenants et formation de mentors pour le personnel préposé aux bénéficiaires et infirmier auxiliaire en CHSLD pour les soins de fin de vie;
- Déploiement d'outils cliniques :
 - Détresse chez l'adulte en soins de fin de vie;
 - Gestion des symptômes chez la personne adulte en soins palliatifs et fin de vie;
 - Approche palliative intégrée;

Conformément au processus d'évaluation de la qualité des soins dans les maisons de soins palliatifs et comme prévu à l'entente de service, les deux maisons de soins palliatifs du Bas-Saint-Laurent répondent aux critères fixés par le MSSS relativement à la qualité des soins et conséquemment leur agrément est maintenu.

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie Bilan des rapports statistiques du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020

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*	1 854
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives administrées	24
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	98
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	78
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs**	20

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

**Les motifs sont les suivants : trois personnes ne répondaient pas aux critères de la loi au moment de la demande; six personnes ont changé d'avis; six personnes ont cessé de répondre aux critères en cours de processus d'évaluation; deux personnes sont décédées avant l'administration du soin et trois personnes sont décédées avant la fin de l'évaluation.

**Prévenir
Accompagner
Prendre soin**



**Les ressources
humaines**

Les ressources humaines

Les ressources humaines de l'établissement

Répartition de l'effectif en 2019 par catégorie de personnel		
	Nombre d'emplois au 31 mars 2019	Nombre d'ETC en 2018-2019
1 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	2 103	1 762
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	1 945	1 545
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 112	981
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	1 944	1 662
5 - Personnel non visé par la loi 30	57	52
6 - Personnel d'encadrement	244	240
Total	7 405	6 241
<p><u>Nombre d'emplois</u> = 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.</p>		
<p><u>Nombre d'équivalents temps complet (ETC)</u> = 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.</p>		

La gestion et le contrôle des effectifs

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

	Comparaison sur 364 jours pour avril à mars		
	2019-03-31 au 2020-03-28		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées
1 - Personnel d'encadrement	422 937	4 867	427 804
2 - Personnel professionnel	1 567 232	10 791	1 578 023
3 - Personnel infirmier	3 119 583	185 537	3 305 121
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	5 434 689	206 709	5 641 397
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 094 472	32 430	1 126 902
6 - Étudiants et stagiaires	10 502	216	10 717
Total 2019-2020	11 649 414	440 550	12 089 964
Total 2018-2019			11 838 345

Cible 2019-2020

12 017 196

Écart

72 768

Écart en %

0,6%

La cible n'a pas été atteinte.

La cible pour 2019-2020 est de 12 017 196 heures travaillées. Il y a un écart de 72 768 heures, soit 0,6 % de cette cible. Certains des investissements majeurs dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs allouées par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Ces investissements sont notamment en soutien à domicile, en CHSLD, à la DI-TSA-DP, à la DPJ-PJe, en soins de courte durée et dans plusieurs directions administratives pour un total de 206,23 ETC incluant la création et le rehaussement de postes.

Prévenir
Accompagner
Prendre soin



Les ressources
financières



Les ressources financières

L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	9 217 912 \$	1,3 %	9 992 610 \$	1,3 %	774 698 \$	8,4 %
Services généraux – activités cliniques et d'aide	34 214 902 \$	4,9 %	37 193 984 \$	5,0 %	2 979 082 \$	8,7 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	109 794 802 \$	15,7 %	120 445 188 \$	16,3 %	10 650 386 \$	9,7 %
Déficience physique	25 279 544 \$	3,6 %	29 352 086 \$	4,0 %	4 072 542 \$	16,1 %
Déficience intellectuelle et TSA	33 822 371 \$	4,8 %	35 668 819 \$	4,8 %	1 846 448 \$	5,5 %
Jeunes en difficulté	36 347 453 \$	5,2 %	39 381 095 \$	5,3 %	3 033 642 \$	8,3 %
Dépendances	2 892 989 \$	0,4 %	3 505 252 \$	0,5 %	612 263 \$	21,2 %
Santé mentale	35 722 934 \$	5,1 %	36 585 919 \$	4,9 %	862 985 \$	2,4 %
Santé physique	270 476 203 \$	38,7 %	284 043 829 \$	38,3 %	13 567 626 \$	5,0 %
Programmes soutien						
Administration	45 975 221 \$	6,6 %	46 235 455 \$	6,2 %	260 234 \$	0,6 %
Soutien aux services	50 477 479 \$	7,2 %	53 496 131 \$	7,2 %	3 018 652 \$	6,0 %
Gestion des bâtiments et des équipements	44 390 040 \$	6,5 %	44 981 496 \$	6,2 %	591 456 \$	6,1 %
Total	698 611 850 \$	100 %	740 881 864 \$	100 %	42 270 014 \$	6,1 %

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

L'équilibre budgétaire

L'établissement s'est conformé à son obligation légale de ne pas encourir de déficit à la fin du présent exercice financier se terminant au 31 mars 2020. Les résultats globaux inscrits au rapport financier annuel AS-471 présentent des revenus de 790 553 112 \$ et des dépenses de 784 300 398 \$ pour un surplus de l'exercice de 6 252 714 \$. Ce montant se décompose comme suit : un surplus de 6 292 194 \$ provenant du fonds d'exploitation et d'un déficit de 39 480 \$ au fonds d'immobilisations de l'établissement.

Les contrats de service

Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus conclus entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020

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

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

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

Prévenir
Accompagner
Prendre soin



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

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

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

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Comme exigé par le MSSS, les paiements de transfert sont comptabilisés uniquement lorsque les paiements ont fait l'objet d'un vote à l'Assemblée nationale, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2013	R	La réserve sur les paiements de transfert est non requise, car la position de Raymond Chabot Grant Thornton est de ne pas gonfler le bilan inutilement par la comptabilisation de subventions reportées pour les paiements de transfert des exercices subséquents, donc nous acceptons l'approche utilisée par le CISSS et exigée par le MSSS.	R		
Baux conclus avec la SIQ comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que les conditions sont celles d'un contrat de location-acquisition.	2010	R	Aucune, car directive du MSSS.			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Voir les commentaires à la page 123-00.						
Rapport à la gouvernance						
Registre permanent des immobilisations non implanté.	2012	O	Les systèmes financiers ne permettent pas d'avoir un inventaire permanent des immobilisations.			NR
Suite à la fusion des installations, lorsqu'une unité ne doit être comptabilisée qu'une seule fois selon une période de temps définie, les systèmes d'information ne permettent pas de faire cette distinction pour l'ensemble de l'établissement, puisqu'ils fonctionnent de façon autonome par installation.	2016	O	Aucune, par contre les incidences de cette dérogation aux définitions et explications du MGF sur le rapport financier n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.			NR
L'établissement n'a pas atteint le	2017	O	Des investissements se			NR

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

Prévenir
Accompagner
Prendre soin



**La divulgation des
actes répréhensibles**



La divulgation des actes répréhensibles

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

Prévenir
Accompagner
Prendre soin



Les organismes
communautaires



Les organismes communautaires

Les organismes communautaires

Les allocations financières régulières versées aux organismes communautaires

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

- 118 sont financés au Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) en mission globale;
- 7 ont reçu un financement dans le cadre d'entente pour des activités spécifiques;
- 2 sont financés hors PSOC.

Les actions reliées au suivi de reddition de comptes

- Soutien-conseil en gestion auprès des organismes communautaires;
- Répartition régionale du rehaussement de l'enveloppe du PSOC permettant à 73 organismes communautaires de recevoir le financement additionnel en mission globale;
- Transfert du financement en entente d'activités spécifiques en financement en mission globale pour 6 organismes communautaires;
- Validation de la conformité des rapports financiers et des rapports d'activités des organismes communautaires en lien avec la brochure *La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale* et la convention 2015-2018.

Allocations financières régulières versées aux organismes communautaires

ORGANISMES	ENVELOPPE	
	2019-2020	2018-2019
MRC DE KAMOURASKA		
Arc-en-ciel du cœur	64 649 \$	63 506 \$
Association des personnes handicapées du Kamouraska Est inc.	100 547 \$	75 923 \$
Association kamouraskoise en santé mentale La Traversée	160 079 \$	146 771 \$
Association pocatoise des personnes handicapées inc.	91 272 \$	64 885 \$
Carrefour des jeunes de La Pocatière	118 707 \$	97 536 \$
Centre d'action bénévole Cormoran inc.	218 010 \$	214 155 \$
Centre-Femmes, La Passerelle du Kamouraska	201 686 \$	198 120 \$
La Montée, Centre prévention et traitement des dépendances au BSL	277 455 \$	256 474 \$
Maison de la famille du Kamouraska	15 364 \$	15 092 \$
Moisson Kamouraska	98 883 \$	78 657 \$
Quartier-jeunesse 1995	114 474 \$	92 497 \$
Tandem-Jeunesse	320 012 \$	301 819 \$
TOTAL – KAMOURASKA	1 781 138 \$	1 605 435 \$
MRC DE RIVIÈRE-DU-LOUP		
Association des stomisés du Grand-Portage	10 913 \$	10 720 \$
Association du trouble primaire du langage de l'Est	79 341 \$	48 866 \$
Association Multi-défis	114 102 \$	92 056 \$
Carrefour d'initiatives populaires de RDL	105 582 \$	87 137 \$
Centre d'action bénévole des Seigneuries inc.	233 748 \$	229 615 \$

ORGANISMES	ENVELOPPE	
	2019-2020	2018-2019
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du KRTB	149 141 \$	133 884 \$
Centre de prévention suicide du KRTB	186 559 \$	183 261 \$
Centre d'entraide l'horizon de Rivière-du-Loup	173 677 \$	162 953 \$
Centre-femmes du Grand-Portage	201 686 \$	198 120 \$
Centre-jeunes de Cacouna	70 000 \$	60 278 \$
Comité d'accompagnement La Source inc.	46 384 \$	45 564 \$
Corporation de l'Entre-jeunes de Rivière-du-Loup	105 000 \$	93 168 \$
Corporation du comité jeunesse	88 810 \$	61 957 \$
Justice alternative du KRTB inc.	195 218 \$	191 766 \$
Les Diabétiques-amis du KRTB	96 681 \$	67 223 \$
Les Grands Amis du KRTB	64 649 \$	63 506 \$
Maison des jeunes de Saint-Épiphanie	112 523 \$	90 177 \$
Maison de la famille du Grand-Portage	10 299 \$	10 117 \$
Maison d'hébergement La Bouffée d'air du KRTB	463 073 \$	454 885 \$
Trajectoires hommes du KRTB	318 976 \$	215 104 \$
TOTAL – RIVIÈRE-DU-LOUP	2 826 362 \$	2 500 357 \$
MRC DE TÉMISCOUATA		
Association de personnes handicapées Entre-Amis du Témiscouata	107 050 \$	83 662 \$
Centre d'action bénévole région Témis inc.	219 332 \$	215 454 \$
Centre des femmes du Ô-Pays	201 686 \$	198 120 \$
Centre des femmes du Témiscouata	201 686 \$	198 120 \$
Cuisines collectives de Cabano	86 809 \$	63 371 \$
Cuisines collectives de Dégelis	86 825 \$	63 393 \$
Cuisines collectives du Haut-Pays	77 933 \$	52 136 \$
L'Autre-Toit du KRTB	697 658 \$	685 322 \$
Maison de la famille du Témiscouata	15 107 \$	14 840 \$
Maison des jeunes « La Piôle »	76 516 \$	47 325 \$
Maison des jeunes « le coin de Dégelis »	113 403 \$	91 223 \$
Maison des jeunes Pirana	125 817 \$	99 702 \$
Maison Entre-Deux de Cabano	85 717 \$	58 274 \$
Place des jeunes de Squatec	57 589 \$	56 571 \$
Source d'espoir Témis inc.	162 215 \$	149 312 \$
TOTAL – TÉMISCOUATA	2 315 343 \$	2 076 825 \$
MRC DES BASQUES		
Association de personnes handicapées l'Éveil des Basques inc.	114 707 \$	92 774 \$
Centre d'aide aux proches aidants des Basques	56 538 \$	25 051 \$
Centre d'action bénévole des Basques inc.	143 820 \$	141 277 \$
Centre-femmes Catherine Leblond inc.	201 686 \$	198 120 \$
Corporation de la maison des jeunes de Trois-Pistoles	124 189 \$	104 059 \$
Cuisine collective Croc-Ensemble des Basques	70 924 \$	43 262 \$
Périscope des Basques	129 678 \$	110 591 \$
TOTAL – LES BASQUES	841 542 \$	715 134 \$

ORGANISMES	ENVELOPPE	
	2019-2020	2018-2019
MRC DE RIMOUSKI-NEIGETTE		
Association de la déficience intellectuelle (région de Rimouski)	86915 \$	63506 \$
Association des personnes ACVA-TCC du BSL	147528 \$	131835 \$
Association des personnes handicapées visuelles du Bas-Saint-Laurent	139488 \$	117873 \$
Association du cancer de l'Est du Québec	29329 \$	36211 \$
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA)	13824 \$	13580 \$
Autisme de l'Est-du-Québec	145675 \$	124972 \$
Aux Trois Mâts	131973 \$	113323 \$
Centre d'action bénévole Rimouski-Neigette	322402 \$	316701 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Rimouski	285788 \$	280735 \$
Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du BSL	964164 \$	947116 \$
Centre périnatal Entre Deux Vagues	226975 \$	222962 \$
Centre polyvalent des aînés et aînées de Rimouski-Neigette	50000 \$	31820 \$
Centre-Femmes de Rimouski	201794 \$	198226 \$
Contre toute agression conjugale (C-TA-C)	318976 \$	215104 \$
Diabète Bas-Saint-Laurent inc.	96681 \$	68162 \$
Entraide Le Rameau Rimouski	69510 \$	68281 \$
Justice alternative de l'Est	220889 \$	216983 \$
L'Arrimage, Centre de traitement des dépendances	354832 \$	331914 \$
La Débrouille	770528 \$	756903 \$
La Lueur de l'Espoir du Bas-Saint-Laurent inc.	271730 \$	266925 \$
Le Répit du passant	321228 \$	303115 \$
Les Grands Amis de Rimouski	80028 \$	54787 \$
Loisirs de jeunesse de Rimouski inc.	394356 \$	381033 \$
M.A.I.N.S. Bas-Saint-Laurent	135594 \$	113406 \$
Maison des jeunes de Pointe-au-Père	87246 \$	60095 \$
Maison des jeunes de Rimouski	135139 \$	117090 \$
Maison des jeunes du Bic	112998 \$	103505 \$
Moisson Rimouski-Neigette inc.	76840 \$	75481 \$
PLAIDD du Bas-du-Fleuve	227534 \$	213572 \$
Popote le gourmet roulant inc.	20676 \$	28169 \$
Pro-Jeune-Est Rimouski-Neigette	96875 \$	76115 \$
Regroupement des dynamiques de Rimouski	52180 \$	40934 \$
Regroupement des org. communautaires en santé mentale Bas du Fleuve	49782 \$	14953 \$
Répit-Loisirs Autonomie	160000 \$	145346 \$
Ressource d'aide aux personnes handicapées du Bas-Saint-Laurent-Gaspésie	91145 \$	62410 \$
Santé mentale Québec-Bas-St-Laurent du Fleuve	322174 \$	316477 \$
Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi	83367 \$	59015 \$
Société canadienne de la sclérose en plaques, région BSL	20116 \$	19760 \$
Table régionale des organismes communautaires du Bas-St-Laurent	152606 \$	130774 \$
TOTAL – RIMOUSKI-NEIGETTE	7468885 \$	6839169 \$

ORGANISMES	ENVELOPPE	
	2019-2020	2018-2019
MRC DE LA MITIS		
Centre d'action bénévole de La Mitis	235 118 \$	230 961 \$
Centre femme de La Mitis	201 686 \$	198 120 \$
Le Groupe de personnes handicapées Les Alcyons inc.	112 044 \$	89 606 \$
Maison de l'Espoir de Mont-Joli inc.	328 192 \$	310 534 \$
Maison des jeunes de Mont-Joli inc.	203 211 \$	199 618 \$
Maison des tournesols	166 770 \$	154 734 \$
Parkinson Bas-Saint-Laurent	11 459 \$	11 256 \$
Pivot-Famille Mitis	14 752 \$	14 491 \$
Unité Domrémy de Mont-Joli	110 520 \$	93 388 \$
TOTAL – LA MITIS	1 383 752 \$	1 302 708 \$
MRC DE LA MATAPÉDIA		
Centre d'action bénévole de la Vallée de La Matapédia	188 294 \$	184 965 \$
Centre de femmes de la Vallée de La Matapédia inc.	201 686 \$	198 120 \$
Centre Éclosion inc.	52 830 \$	27 255 \$
Grands Amis de la Vallée	86 246 \$	62 660 \$
La Jeunathèque d'Amqui inc.	129 766 \$	110 696 \$
La Maison des jeunes de Causapscal	77 947 \$	76 569 \$
La Maison des jeunes de Sayabec	119 239 \$	98 168 \$
La Maison des jeunes de Val-Brillant	42 574 \$	41 821 \$
Les Amirams de la Vallée inc.	112 431 \$	90 067 \$
Moisson Vallée Matapédia	91 141 \$	68 857 \$
Rayon de partage en santé mentale	159 856 \$	146 506 \$
TOTAL – LA MATAPÉDIA	1 262 010 \$	1 105 684 \$
MRC DE LA MATANIE		
Centre alternatif en santé mentale et sociale Le Marigot de Matane	164 137 \$	151 599 \$
Centre communautaire pour aînés Relais santé Matane	109 416 \$	84 547 \$
Centre d'action bénévole de la région de Matane inc.	181 988 \$	178 770 \$
Centre régional ADH « Le Tremplin »	322 732 \$	304 716 \$
La Cuisine collective de la région de Matane	81 829 \$	57 067 \$
Parent d'abord MRC de Matane	6 723 \$	6 604 \$
La Gigogne inc.	734 018 \$	721 039 \$
L'Association des handicapés gaspésiens	65 812 \$	64 648 \$
Les Grands Amis de la région de Matane	56 000 \$	42 609 \$
Maison des jeunes de Matane	143 053 \$	126 509 \$
Maison des jeunes Le Refuge Jeunesse	84 314 \$	82 823 \$
Regroupement des femmes de la région de Matane	201 686 \$	198 120 \$
Société Alzheimer du Bas-Saint-Laurent	248 577 \$	207 943 \$
TOTAL – MATANE	2 400 285 \$	2 226 994 \$
SOUS-TOTAL – ALLOCATIONS RÉGULIÈRES VERSÉES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	20 279 317 \$	18 372 306 \$

ORGANISMES	ENVELOPPE	
	2019-2020	2018-2019
MRC AUTRES		
Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec inc.	56880 \$	55874 \$
TOTAL – MRC AUTRES	56880 \$	55874 \$
TOTAL GLOBAL :	<u>20336197 \$</u>	<u>18428180 \$</u>
NOMBRES D'ORGANISMES SUBVENTIONNÉS*	127	127

Prévenir
Accompagner
Prendre soin



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



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

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 prémisses 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 habiletés et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

- Respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, 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 V – Déclaration de conflit d'intérêts

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

Signature **Date** **Lieu**

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

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

Signature **Date** **Lieu**

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

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

Signature

Date

Lieu

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-87501-7 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-87502-4 (version PDF)

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

Québec 