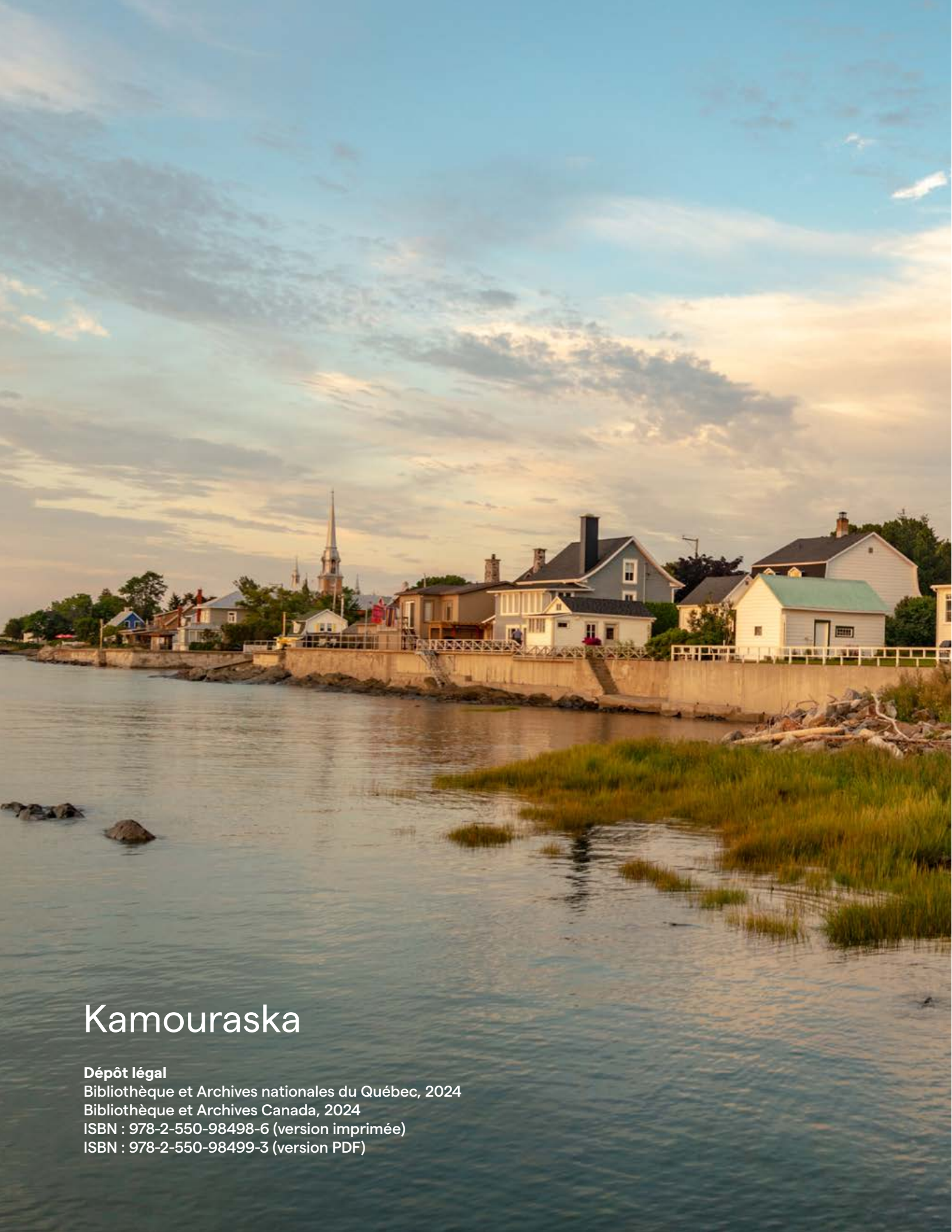


Centre intégré de santé et
de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Rapport annuel de gestion

2023-2024

Québec 



Kamouraska

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024

Bibliothèque et Archives Canada, 2024

ISBN : 978-2-550-98498-6 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-98499-3 (version PDF)

Table des matières

Sigles et acronymes.....	4
1. Le message des autorités.....	7
2. La déclaration de fiabilité des données et contrôles afférents.....	9
3. La présentation de l'établissement et les faits saillants.....	10
3.1 Le Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent en bref (données au 31 mars 2024).....	10
3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives.....	16
3.3 Les faits saillants.....	31
4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité.....	42
5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité.....	62
5.1 L'agrément.....	64
5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services.....	67
5.3 Le nombre de mises sous garde selon la mission.....	79
5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits.....	79
5.5 L'information et la consultation de la population.....	80
6. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie.....	82
7. Les ressources humaines.....	86
8. Les ressources financières.....	90
8.1 L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme.....	92
8.2 L'équilibre budgétaire.....	93
8.3 Les contrats de service.....	93
9. Les ressources informationnelles.....	94
10. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant.....	98
11. La divulgation des actes répréhensibles.....	102
12. Les organismes communautaires.....	106
Annexe – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.....	114

Sigles et acronymes

BCM

Bilan comparatif des médicaments

BSL

Bas-Saint-Laurent

CA

Conseil d'administration

CECM

Comité exécutif du conseil multidisciplinaire

CECO

Comité d'éthique clinique et organisationnelle

Cégep

Collège d'enseignement général et professionnel

CHSLD

Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CII

Conseil des infirmières et infirmiers

CISSS

Centre intégré de santé et de services sociaux

CLSC

Centre local de services communautaires

CM

Conseil multidisciplinaire

CMDP

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

COVID-19

Maladie à coronavirus 2019

CRSP

Comité régional sur les services pharmaceutiques

CUCI

Comité des usagers du Centre intégré

DI

Déficiência intellectuelle

DI-TSA-DP

Déficiência intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficiência physique

DL

Direction de la logistique

DP

Déficiência physique

DPHLD

Direction du programme d'hébergement de longue durée

DPJ-PJe

Direction de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse

DPSAD

Direction des programmes de soutien à domicile

DPSPC

Direction du programme de santé physique et de la cancérologie

DRMG

Département régional de médecine générale

DSI

Direction des soins infirmiers

DSP

Direction des services professionnels

DST

Direction des services techniques

GAP

Guichet d'accès à la première ligne

GMF

Groupe de médecine familiale/ groupe de médecine de famille

ISO

Organisation internationale de normalisation

KRTB

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

LSSSS

Loi sur les services de santé et les services sociaux

MOI

Main-d'œuvre indépendante

MRC

Municipalité régionale de comté

MSSS

Ministère de la Santé et des Services sociaux

PCI

Prévention et contrôle des infections

PDG

Président-directeur général ou Présidence-direction générale

PDGA

Présidente-directrice générale adjointe ou Présidence-direction générale adjointe

PQPTM

Programme québécois pour les troubles mentaux

PREM

Plan régional d'effectifs médicaux

PSOC

Programme de soutien aux organismes communautaires

RI

Ressource intermédiaire

RLRQ

Recueil des lois et des règlements du Québec

RLS

Réseau local de services

RPA

Résidence privée pour aînés

RTF

Ressource de type familial

SAD

Soutien à domicile

SIMDUT

Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail

TSA

Trouble du spectre de l'autisme



Photo : Gino Caron

La Mitis

1. Le message des autorités

Mot de la présidente du conseil d'administration



Louise Bolduc

Présidente du conseil d'administration

Une autre année fertile en activités et réalisations exceptionnelles s'achève et marquera assurément un tournant important dans l'histoire de notre réseau régional puisqu'une grande transformation prend forme afin d'offrir à notre population un système de santé et de services sociaux encore plus efficace, plus humain et plus performant. Un virage majeur dans l'organisation des soins de santé au Québec et dans notre région qui ne saurait s'opérer sans l'essentielle contribution de gens profondément engagés envers le mieux-être des Bas-Laurentiennes et des Bas-Laurentiens.

C'est donc à tous les membres du personnel du CISSS du Bas-Saint-Laurent, à son équipe de direction, à ses gestionnaires, à ses médecins et à ses précieux bénévoles que je veux rendre hommage et exprimer toute la gratitude qui m'habite. Le travail titanesque que la communauté organisationnelle réussit à accomplir dans les huit réseaux locaux de services de notre région, ainsi que les succès qu'elle accumule sur la scène provinciale grâce à son sens de l'innovation et à sa volonté de toujours mieux répondre aux besoins de notre population sont dignes de mention. À titre de présidente du conseil d'administration, j'en tire une immense fierté.

À cet égard, je désire remercier tout particulièrement notre président-directeur général, le Dr Jean-Christophe Carvalho, et madame Claudie Deschênes, nommée présidente-directrice générale adjointe en mai 2023, pour leur grande solidarité et la vigilance avec laquelle ils dirigent de main de maître cette organisation de premier plan. Je veux également remercier mes collègues administrateurs qui assurent une constante vigie et exercent leurs responsabilités dans le respect des orientations nationales et régionales. Ils auront apporté une contribution essentielle à la cohérence de notre réseau et accompli leur travail avec rigueur.

Si les prochaines années annoncent des défis de taille qui nécessiteront des prises de décisions parfois difficiles, mais toujours pertinentes et éclairées, je sais d'avance que l'organisation saura les relever avec brio, dans un esprit d'équipe et d'ouverture. Grâce au soutien inestimable de ses dirigeants dont le leadership est reconnu, elle continuera à être performante, dynamique, innovante et, surtout, au service de notre population. C'est d'ailleurs à ces quelque 200 000 personnes que je désire adresser mes derniers mots. Merci de la confiance que vous portez à votre réseau régional et au personnel qui le compose. Nous sommes collectivement choyés de compter sur les soins et services de qualité qu'ils nous procurent jour après jour et c'est grâce à cet appui que l'établissement pourra continuer d'accompagner, de prévenir et de prendre soin avec compétence et diligence, aujourd'hui et pour les années à venir.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Louise Bolduc'. The signature is fluid and cursive.

Louise Bolduc
Présidente du conseil d'administration

Mot du PDG et de la PDGA



Claudie Deschênes

Présidente-directrice générale adjointe

Voilà une autre année de réalisations importantes à souligner dans ce rapport annuel de gestion qui nous rend très fiers. Une année de travail intense, marquée par les efforts soutenus de nos équipes dispersées aux quatre coins du Bas-Saint-Laurent et par des défis considérables qui ont mis notre établissement sous tension, mais qui lui ont également permis de se dépasser.

Le réseau de la santé et des services sociaux continue de faire face à des enjeux liés à la main-d'œuvre qui n'épargnent pas notre région. La santé financière de notre établissement demeure également une priorité de tous les instants, tout autant que l'importance de faire preuve de compassion dans tous les gestes que nous posons quotidiennement, dans les soins et les services, dans

Dr Jean-Christophe Carvalho

Président-directeur général

la gestion ainsi que dans les relations que nous entretenons avec ceux et celles qui nous entourent.

Cette année, ce bilan prend une couleur toute particulière puisqu'il sera le dernier rapport annuel d'activités de notre organisation telle qu'elle se définit actuellement. Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a été créé le 1^{er} avril 2015 et, depuis, il a contribué à réunir les forces vives issues de notre réseau régional. Il va sans dire que notre établissement a beaucoup évolué depuis et nous apprécions les réussites passées ainsi que le chemin parcouru comme un gage prometteur. La prochaine année devrait insuffler un nouveau dynamisme puisqu'une transition graduelle s'opère présentement vers la création de Santé Québec, un jalon important de la mise en œuvre du Plan santé. Dans ce

contexte, la collaboration et le partenariat étroit avec tous les acteurs du réseau seront essentiels et continueront de nourrir les actions que nous réaliserons ensemble.

C'est donc avec enthousiasme que nous entamons cette étape charnière, soutenus par une équipe de gestionnaires engagés et des équipes déterminées à contribuer à l'amélioration de la qualité de vie, du bien-être et de la santé de notre population. Nos succès reposent sur le travail collaboratif de toute la communauté interne déterminée à avoir un impact positif dans la vie de nos usagers du Bas-Saint-Laurent, c'est pourquoi nous la remercions de travailler toujours aussi professionnellement, activement et sans relâche.

Nous sommes tout aussi reconnaissants envers les membres du conseil d'administration, qui nous soutiennent étroitement, avec une constante vigilance. Leurs précieux conseils servent notre organisation à plusieurs égards. Nous remercions également le comité des usagers du CISSS du Bas-Saint-Laurent, nos comités des usagers et de résidents locaux, nos précieuses fondations, nos dévoués bénévoles ainsi que nos partenaires externes et intersectoriels pour leur appui soutenu.

Vous verrez, à la lecture de ce rapport annuel, que notre établissement a déployé l'énergie et les efforts nécessaires au respect des orientations et des priorités ministérielles, considérant, à la fois, les particularités des besoins de nos usagers et l'organisation régionale et locale de services. En parallèle, nous avons favorisé le développement d'une culture organisationnelle de la qualité et de la sécurité des soins et services pour veiller au bien-être de toute la population du Bas-Saint-Laurent.

C'est donc irrémédiablement pour elle, à travers les changements qui vont continuer de s'opérer au cours des prochains mois, que nous poursuivrons notre mission afin de lui assurer l'accès aux soins et aux services de qualité qu'elle mérite.



Dr Jean-Christophe Carvalho
Président-directeur général



Claudie Deschênes
Présidente-directrice générale adjointe

2. La déclaration de fiabilité des données et contrôles afférents

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2023-2024 du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent :

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

Je déclare donc que, à ma connaissance, les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables. Ces données correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2024.



Dr Jean-Christophe Carvalho
Président-directeur général

3. La présentation de l'établissement et les faits saillants

3.1 Le Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent en bref (données au 31 mars 2024)

9 441 employés (incluant « Je contribue »¹) et 9 103 employés (excluant « Je contribue »);

Budget d'exploitation de l'établissement :

1,011 milliard de dollars

258 médecins de famille;

233 médecins spécialistes;

12 dentistes (1 actif et 11 associés);

57 pharmaciens (47 actifs + 10 associés);

56 pharmacies communautaires;

460 lits de courte durée (mission centre hospitalier (CH));

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

2 maisons des aînés et alternatives;

1 maison de naissance;

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

43 installations² propriétaires

et **69** installations non propriétaires dans lesquelles sont localisés certains centres locaux de services communautaires (CLSC), centres de protection de l'enfance et de la jeunesse et centres de réadaptation;

51 cliniques médicales;

13 groupes de médecine de famille (GMF), dont 2 GMF universitaires – mission d'enseignement médical universitaire;

130 organismes communautaires;

109 résidences privées pour aînés (RPA);

1 pavillon d'enseignement de la médecine.

Rivière-du-Loup



Photo : Patric Nadeau

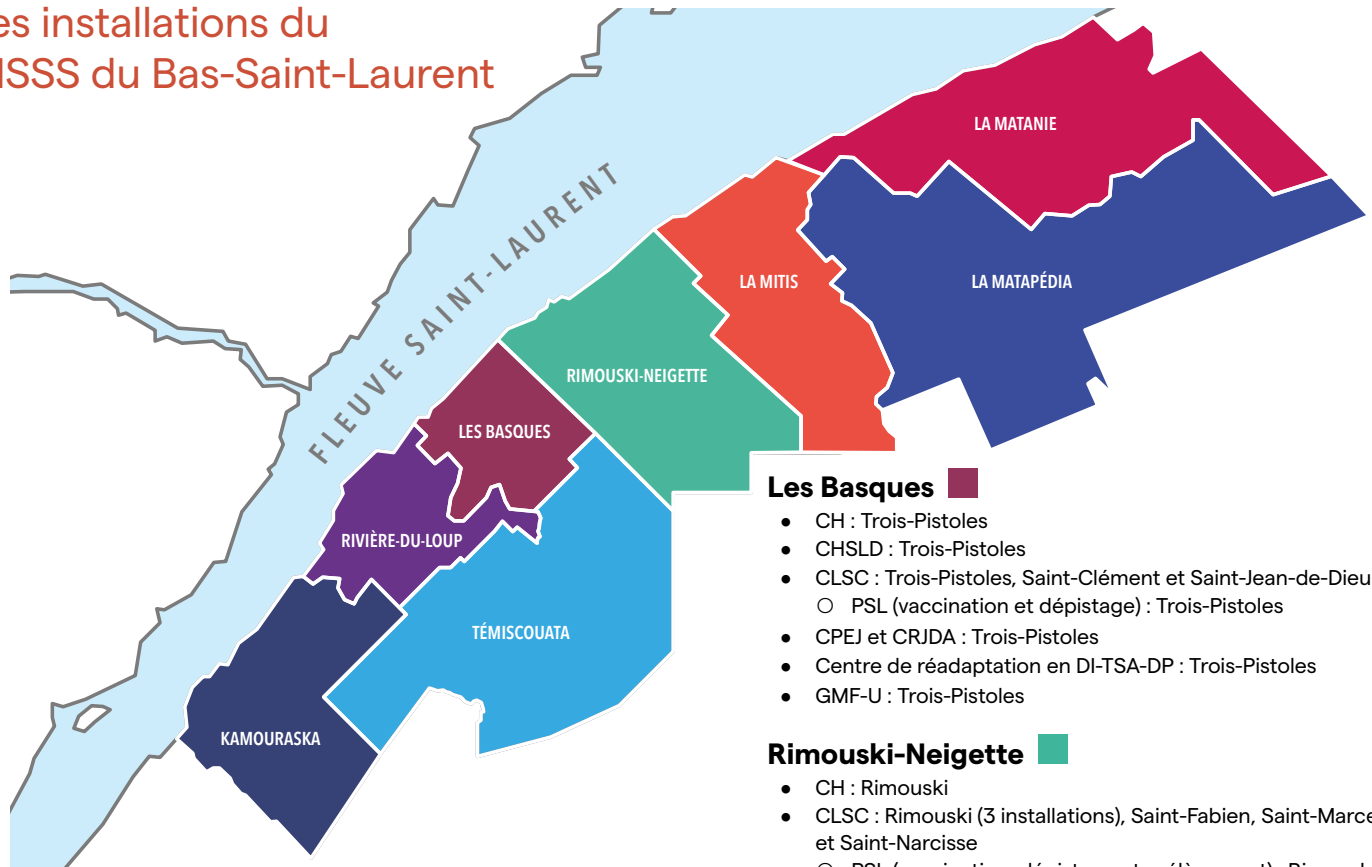
1. Plateforme d'embauche dans le cadre de la pandémie de la COVID-19
2. Lieu physique où sont offerts les soins de santé et les services sociaux



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

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

Les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent



Kamouraska

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

Rivière-du-Loup

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

Témiscouata

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

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

Les Basques

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

Rimouski-Neigette

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

La Mitis

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

La Matapédia

- CH : Amqui
- CLSC : Amqui, Causapsal, Sayabec et Saint-Moïse
 - PSL (dépistage) : Amqui
 - PSL (vaccination) : Amqui
- CHSLD : Lac-au-Saumon
- CPEJ : Amqui
- Centre de réadaptation en DI-TSA-DP : Amqui

La Matanie

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

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

La vision et les valeurs

Notre vision

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

Nos valeurs

Collaboration

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

Humanisation

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

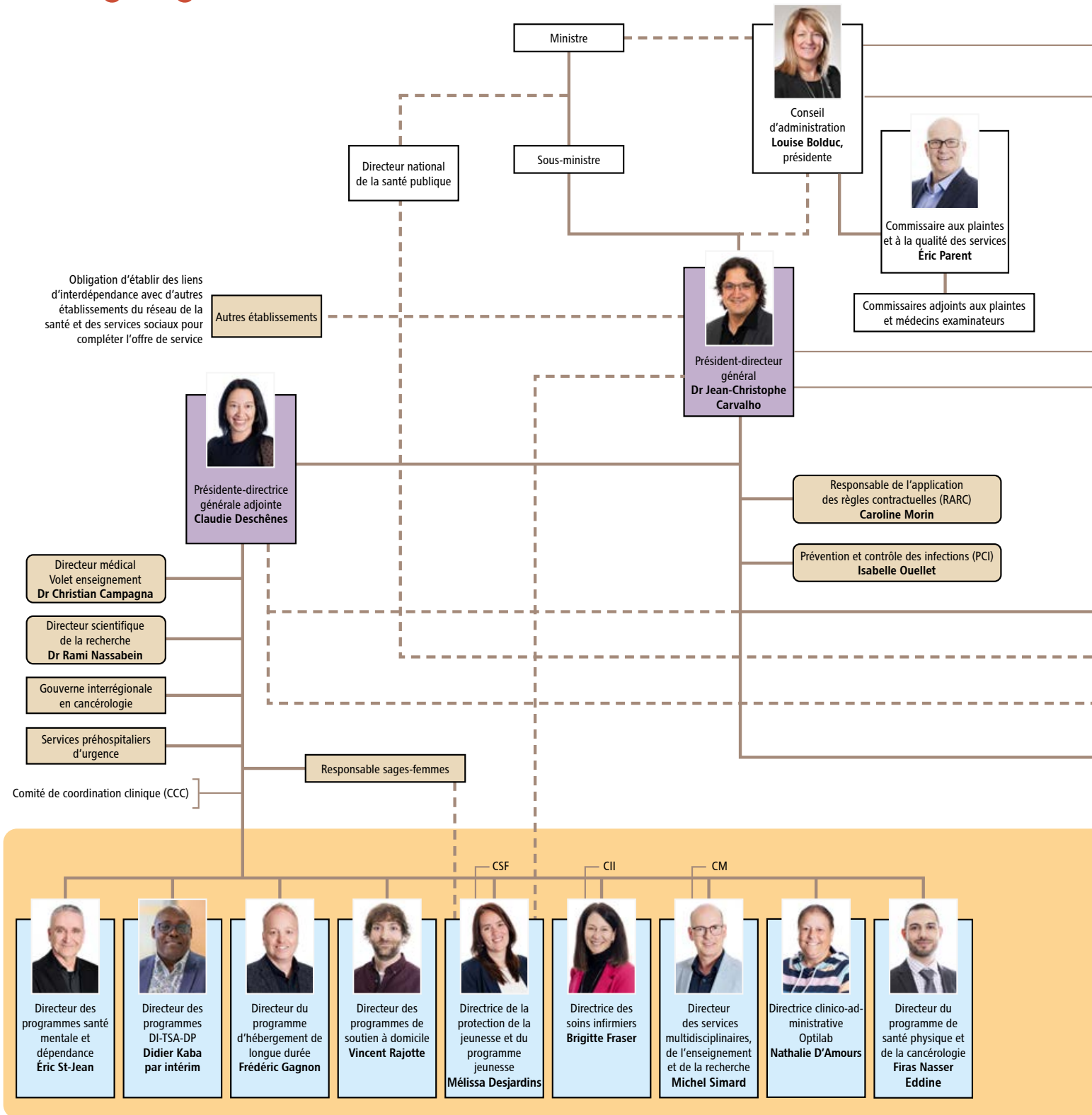
Engagement

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

Responsabilisation

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

L'organigramme de la haute direction



LÉGENDE

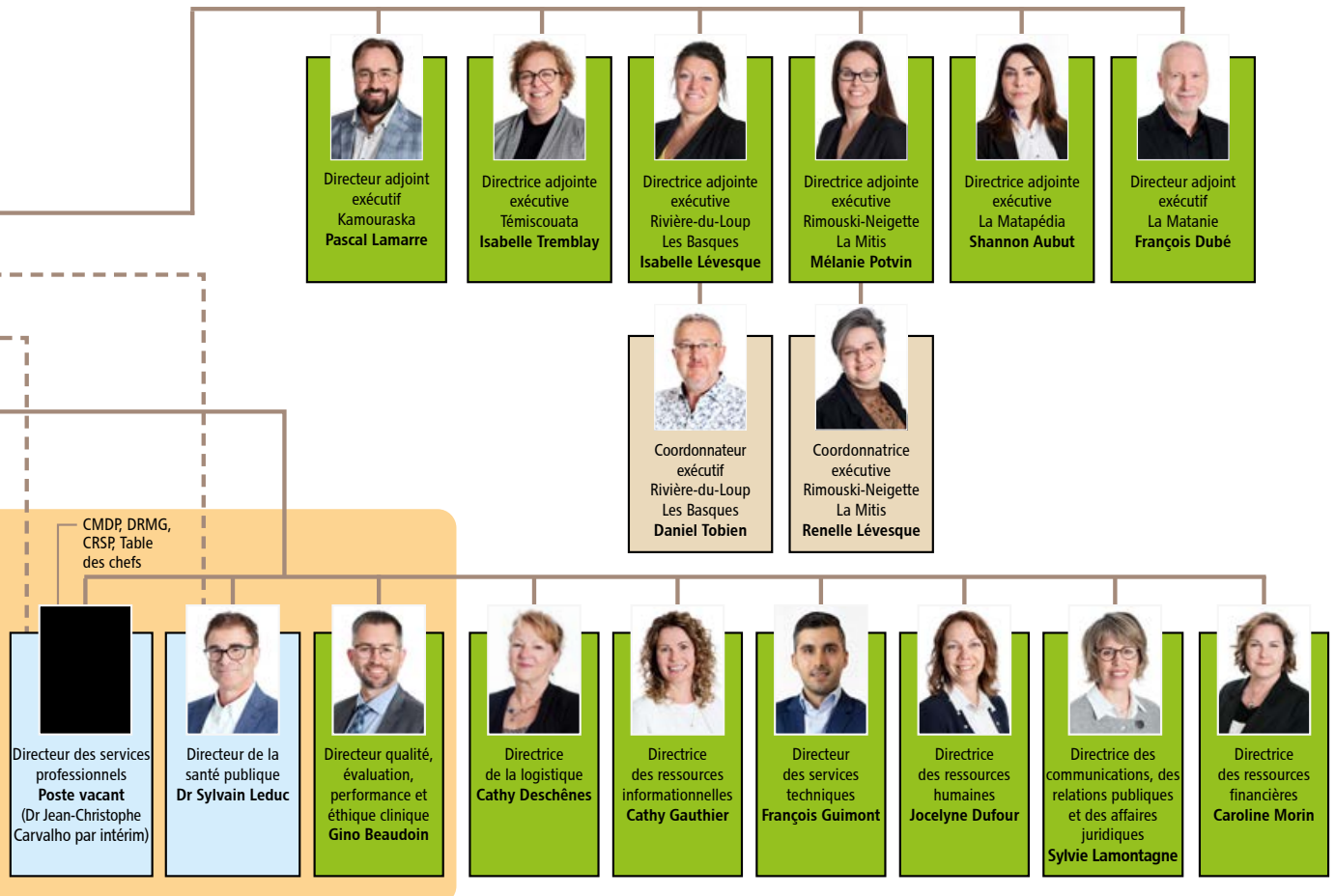


- Conseils professionnels au CA :
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
 - Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
 - Conseil multidisciplinaire (CM)
 - Conseil des sages-femmes (CSF)

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

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

- Comité exécutif (CE)
- Comité de direction (CD)
- Comité des cadres supérieurs (CCS)
- Comité de gestion des risques (CGR)
- Comité de gouvernance des ressources informationnelles (CGRI)
- Comité d'éthique clinique et organisationnelle (CECO)
- Comité de coordination administratif (CCA)
- Comité directeur stratégique de PCI



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

Conseil d'administration

Composition

Membres désignés



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



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



Dr Simon Delisle
Département régional
de médecine générale
(DRMG)



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



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



M^{me} Karine Chouinard
Conseil multidisciplinaire
(CM)

Membres nommés



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



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

Membres indépendants



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



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



M^{me} Lucie Lapointe
Expertise en réadaptation



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



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



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

Membre observateur (fondations)



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

Mandat du conseil d'administration

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

Le conseil d'administration doit, en outre :

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

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

Il n'y a aucun manquement au code d'éthique et de déontologie en 2023-2024.

Réalisations

- Tenue d'une assemblée générale annuelle le 7 novembre 2023, de dix séances régulières et de sept séances extraordinaires.
- 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.
- Modifications à l'organigramme de la haute direction, notamment par la transformation de la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées et de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques.
- Nomination :
 - de l'auditeur indépendant pour l'année 2023-2024;
 - de 14 cadres supérieurs;
 - de deux médecins examinateurs;
 - de la cheffe du département de psychiatrie.
- Octroi, renouvellement et modification de privilèges de médecins et de contrats avec des sages-femmes.
- Adoption du rapport annuel de gestion 2022-2023 ainsi que du rapport annuel portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services 2022-2023.
- Répartition de l'enveloppe régionale 2023-2024 du soutien financier aux organismes communautaires et des montants de développement récurrents consentis.
- Adoption du rapport financier annuel 2022-2023 et du budget 2023-2024.
- Dépôt du rapport annuel du comité régional pour le programme d'accès à des services de langue anglaise.
- Rapport sur la vulnérabilité populationnelle régionale aux changements climatiques (VRAC).
- Suivi de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse.
- Appui à la campagne de sensibilisation des usagers au regard de l'hygiène des mains en milieux de soins.
- Adoption de la matrice de cohérence stratégique.
- Bilan de la première année d'exercice des directeurs adjoints et coordonnateurs exécutifs.
- Suivi de dossiers prioritaires tels que la planification de la main-d'œuvre et la transformation numérique.
- Approbation de plusieurs autres documents, dont :
 - la règle d'utilisation d'un médicament;
 - la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité;
 - la Politique sur le transfert de l'information de l'utilisateur aux points de transition;
 - le Règlement régissant l'émission et l'exécution des ordonnances de médicaments;
 - la Politique concernant l'alimentation du nourrisson;
 - l'Entente de gestion et d'imputabilité 2023-2027.

Comité de vérification et des immobilisations (CVI)

Composition

M^{me} Louise Bolduc, membre d'office, présidente du conseil d'administration

M. Camille Leblanc, président, membre du conseil d'administration

M. Romain Lavoie, membre du conseil d'administration

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

Personnes-ressources

M^{me} Caroline Morin, directrice des ressources financières

Dr Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général

Réalisations

- Tenue de dix rencontres régulières et de trois rencontres spéciales.
- Recommandations aux membres du conseil d'administration en vue de l'adoption des dossiers suivants :
 - les états financiers 2022-2023 et le rapport financier annuel au 31 décembre 2022 du Fonds de santé au travail;
 - le budget 2023-2024;
 - les rapports financiers trimestriels AS-617 2023-2024;
 - la nomination de la firme Mallette comme auditeur indépendant pour l'exercice 2023-2024;
 - le renouvellement de baux de location;
 - le droit de servitude pour Hydro-Québec et TELUS des lignes de distribution pour la maison des aînés et alternative de Rimouski;
 - l'autorisation de négocier avec la Ville de Rimouski pour l'acquisition des Ateliers Saint-Louis à Rimouski;
 - le plan d'équilibre budgétaire concernant la main-d'œuvre indépendante (MOI);
 - la tarification des bornes électriques payantes pour les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - le renouvellement de l'autorisation d'emprunts pour la liquidité;
 - la révision annuelle de la tarification des stationnements;
 - la reconduction d'une servitude d'égout pluvial au 165, rue des Gouverneurs à Rimouski.
 - Suivi de dossiers et échanges sur divers sujets lors de rencontres, dont :
 - la situation financière périodique;
 - les rapports trimestriels des contrats de 100 000 de dollars et plus ainsi que la liste des

- contrats de 4 millions de dollars et plus;
 - le suivi et la gestion du plan de modernisation technologique;
 - le plan de conservation des équipements médicaux (PCEM) et le plan de conservation des équipements non médicaux (PCENM) 2023-2026;
 - le bilan de sécurité et le suivi des 15 mesures obligatoires du Secrétariat du Conseil du trésor;
 - la présentation du schéma directeur immobilier de l'Hôpital régional de Rimouski;
 - le suivi du rapport de Raymond Chabot Grant Thornton concernant l'évaluation des contrôles en technologie de l'information à l'égard des applications financières;
 - la présentation du mandat d'audit par l'auditeur indépendant, Mallette;
 - la gouvernance en transformation numérique et la modification du mandat du comité de gouvernance en ressources informationnelles (CGRI).
- Suivi des travaux du comité de vérification et des immobilisations lors des séances du conseil d'administration.

Comité de gouvernance et d'éthique (CGE)

Composition

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

M. Camille Leblanc, vice-président, membre du conseil d'administration

M^{me} Stéphanie Allard, membre du conseil d'administration

M^{me} Lucie Lapointe, membre du conseil d'administration

M. Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général

Réalisations

- Tenue de trois rencontres régulières.
- Analyse des résultats du questionnaire d'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration.
- Organisation d'un lac-à-l'épaule pour les membres du conseil d'administration.
- Suivi des démarches concernant l'Agrément et la norme gouvernance.
- Suivi du programme d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise.

Comité de vigilance et de la qualité (CVQ)

Composition

M. Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général

M. René Dufour, vice-président, membre du conseil d'administration

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

M^{me} Lucie Lapointe, membre du conseil d'administration

M. Éric Parent, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Personne-ressource

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

Réalisations

- Tenue de six rencontres au cours de l'année.
- Suivi des travaux du comité de vigilance et de la qualité lors des séances du conseil d'administration.
 - Suivi des dossiers suivants :
 - le bilan des plaintes et des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services;
 - le bilan des plaintes pour les membres du conseil des médecins dentistes et pharmaciens;
 - les dossiers, le rapport et les recommandations du Protecteur du citoyen;
 - le rapport statistique en gestion des risques;
 - les recommandations faisant suite aux événements sentinelles;
 - les rapports et recommandations du coroner;
 - le retraitement des dispositifs médicaux;
 - la démarche d'Agrément, les visites et les sondages sur la satisfaction de la clientèle et sur la mobilisation du personnel;
 - le protocole de mise sous garde;
 - la prévention et le contrôle des infections;
 - la coordination de la qualité en ressources intermédiaires, résidences privées pour aînés, ressources de type familial et en centre d'hébergement et de soins de longue durée;
 - le *Bilan des mesures de contention et d'isolement en hébergement jeunesse, encadrement intensif*;
 - le rapport du Bureau de normalisation du Québec pour les laboratoires;
 - l'offre de service en santé mentale : prévention du suicide et dépistage.
- Échanges sur divers sujets, dont certains ayant défini des orientations, notamment :
 - la reconduction du *Règlement sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de la qualité des services*.

Comité de développement des ressources humaines (CDRH)

Composition

M^{me} Kathleen Bouffard, présidente, membre du conseil d'administration

M^{me} Karine Chouinard, membre du conseil d'administration

M. Daniel Dion, membre du conseil d'administration

M. Léo Caron, vice-président, membre du conseil d'administration

M. Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général

Personnes-ressources

M^{me} Annie Leclerc, directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ), jusqu'au 26 janvier 2024

M^{me} Jocelyne Dufour, directrice des ressources humaines (DRH), à partir du 27 janvier 2024

Réalisations

- Tenue de quatre rencontres où divers sujets ont été traités et ont suscité des échanges ou ont défini des orientations, dont :
 - la stratégie du soutien pour la santé psychologique du personnel;
 - le regroupement des données illustrant le portrait de la main-d'œuvre à la suite des affichages de poste;
 - la poursuite du programme d'accueil des nouveaux employés;
 - la révision du programme d'accueil des nouveaux gestionnaires;
 - la stratégie de recrutement consacrée spécifiquement aux titres d'emploi dont le recrutement pose d'importants défis;
 - la politique de reconnaissance;
 - la gestion des ressources humaines au sein des maisons des aînés et alternatives;
 - le programme de bourse d'études pour les agents administratifs et pour le secteur en santé, assistance et soins infirmiers (SASI);
 - le programme de relève des cadres;
 - la stratégie du projet de l'autogestion des horaires;
 - la gestion de la main-d'œuvre indépendante (MOI).

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

Composition

Membres votants

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

M. Daniel Dion, membre du conseil d'administration

M^{me} Kathleen Bouffard, membre du conseil d'administration

D^r Marc-François Cyr, membre du conseil d'administration

M. Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général

Membres permanents non votants

D^r Christian Campagna, directeur de l'enseignement médical

M. Jérémie Pouliot, directeur des études, Cégep de Rivière-du-Loup

M^{me} Jocelyne Dufour, directrice des ressources humaines

M^{me} Dominique Marquis, vice-rectrice à la formation et à la recherche, Université du Québec à Rimouski (UQAR)

D^r Jean-François Montreuil, vice-doyen exécutif à la Faculté de médecine, Université Laval

D^r Rami Nassabein, directeur médical et scientifique de la recherche

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

Réalisations

- Accueil de la deuxième cohorte d'étudiants au Pavillon d'enseignement de la médecine à Rimouski.
- Modification du cadre réglementaire sur l'organisation et les bonnes pratiques en recherche.
- Bilan annuel de l'enseignement médical et pluridisciplinaire.
- Démarche visant la mise en place d'un projet d'école clinique pour le territoire de Rimouski permettant de favoriser l'apprentissage interdisciplinaire des étudiants.
- Projet de soutien aux étudiants en soins infirmiers et aux infirmiers novices.
- Présentation de la chaire de recherche – Chaire interdisciplinaire sur la santé et les services sociaux pour les populations rurales.
- Déploiement de la mission de la recherche.
- Priorités et plan d'utilisation du financement en lien avec la variable enseignement/recherche.
- Bilan du premier appel de projets en recherche.

- Recommandation de la procédure sur la gestion des conflits d'intérêts en recherche.
- Soutien financier pour le développement de stages en région.
- Déploiement de l'externat longitudinal intégré (ELI) à Amqui.
- Tenue de trois rencontres.

Comité de révision (CR) – traitement des plaintes

Composition

M^{me} Lucie Lapointe, présidente, membre du conseil d'administration

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

D^r Jacques Caron

D^{re} Andrée-Anne Bernard

D^r Richard Déry

D^{re} Josée Rousseau

En raison de l'étendue du territoire, le conseil d'administration a statué que le comité de révision devait être composé de deux membres du conseil d'administration qui agissent à titre de présidente et président et de quatre membres nommés parmi les médecins, dentistes et pharmaciens afin que les dossiers de révision soient traités avec diligence.

Réalisations

- Réception de cinq demandes de révision. Le comité de révision a confirmé les conclusions des médecins examinateurs dans ces cinq dossiers. En date du 31 mars 2024, aucun dossier n'est en attente de révision.

Comité d'éthique de la recherche (CER)

Composition

Membres réguliers

M. Bruno Leclerc, éthicien, président
M^e Gabrielle Rouleau, avocate, vice-présidente
D^{re} Andrée-Anne Bernard, radio-oncologue
D^r Christian Muhoza Butoke, interniste
M^{me} Caroline Dubé, ergothérapeute
M^{me} Nancy Martin, pharmacienne
M. Jérôme Pelletier, professeur en sciences infirmières
M. Éric Sévigny, spécialiste en éthique (sans droit de vote)
M^{me} Alexandra Stankovich, représentante de la collectivité

Membres substitués

D^r Aboubacar Cissé, professeur d'enseignement clinique en chirurgie
M^{me} Anik Dumas, ergothérapeute
M^{me} Élisabeth Labrecque, pharmacienne
M. Vincent Lajoie, conseiller en éthique
M^{me} Suzie McKinnon, chercheuse en établissement
M^e Chantal Paquet, avocate
M^{me} Nathalie Thibault, représentante de la collectivité

Coordination

M. Éric Sévigny

Réalisations

- Tenue de 9 rencontres régulières et 159 suivis de projets de recherche.
- Évaluation de 17 nouveaux projets de recherche, dont 5 essais cliniques.
- Évaluation d'un nouvel essai clinique utilisant le service d'évaluation accélérée de CATALIS Québec et ayant été approuvé en moins de sept semaines.

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

D^{re} Sandra de la Ronde, présidente, La Mitis
M^{me} Anna Cone, vice-présidente, Rimouski-Neigette
M. Ted E. Savage, La Mitis
M. Brett Mitchell, La Mitis
M. Andrew Caddell, Kamouraska
M^{me} Nathalie Couillard, La Mitis

Un poste est vacant.

Réalisations

- Tenue de sept rencontres régulières virtuelles.
- Suivi des enjeux exprimés dans la dernière année :
 - l'accès aux services en anglais à la Protection de la jeunesse et auprès des personnes âgées vulnérables;
 - les suivis en lien avec la clinique estivale de La Mitis en vue d'un meilleur arrimage avec le CISSS. Cet arrimage a été très fructueux et positif;
 - le recrutement d'un nouveau membre.
- Consultations et présentations dont notamment celles :
 - du D^r Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général – sa vision et les changements de la réforme Dubé;
 - de M^{me} Suzie Berthelot, agente de planification, de programmation et de recherche – la boîte à outils sur la santé cognitive;
 - de M. Bruno Lévesque, intervenant en soins spirituels – l'offre de service en soins spirituels);
 - de M^{me} Annie Chamberland, agente de planification, de programmation et de recherche – la philosophie de vie dans les maisons des aînés et alternatives;
 - de M^{me} Marijo Bérubé, chef de service de l'accueil en protection de la jeunesse, de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents et de l'expertise psychosociale, et de M. Olivier Richard, chef de l'accès hébergement, ressources et adoption – les services de la Direction de la protection de la jeunesse);
 - de M^{me} Gina Marmen, chef du service des soins spirituels et du service des bénévoles du CISSS du Bas-Saint-Laurent – les intervenants en soins spirituels et les bénévoles.

- Surveillance dans le cadre de projets visant l'amélioration de l'accès aux services en langue anglaise :
 - la traduction de documents d'information destinés aux usagers;
 - les cours d'anglais pour le personnel et les bénévoles du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Composition du comité exécutif

M. François Paradis, président
 D^{re} Maude Bernier, vice-présidente, Rimouski-Neigette
 D^{re} Janie Pedneault, trésorière, Témiscouata
 D^{re} Annie Charbonneau, secrétaire, Les Basques
 D^{re} Katharina Brousseau, La Matapédia
 D^{re} Véronie Charest, Rivière-du-Loup
 D^r Marc-François Cyr, Rimouski-Neigette
 D^r Jean-Philippe Dorval, Rimouski-Neigette
 D^{re} Renée Gagnon, La Matanie
 D^r Martin Lefebvre, Rivière-du-Loup
 M^{me} Cynthia Paradis, La Mitis
 D^{re} Claudine Rancourt, Kamouraska
 D^r Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général

Réalisations

- Tenue de dix rencontres du comité exécutif du conseil des médecins dentistes et pharmaciens (CMDP) au cours de l'année et de trois assemblées générales de tous les membres, dont une annuelle.
- Adoption du règlement régissant l'émission et l'exécution des ordonnances de médicaments.
- Révision et adoption du règlement sur le délai accordé au médecin, au dentiste et au pharmacien pour compléter le dossier d'un usager.
- Ajout du comité médical de développement durable au CMDP.
- Réorganisation du comité de médecine pertinente.
- Révision de la trajectoire de rédaction et d'approbation des ordonnances collectives.
- Soutien aux comités découlant du CMDP et aux sous-comités locaux du CMDP.
- Avis sur différents documents soumis à l'exécutif du CMDP pour consultation.
- Soutien aux chefs de département et de service dans leur pratique selon les exigences du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).
- Suivis au Collège des médecins du Québec (CMQ) de la mise en place des recommandations.

- Participation aux formations et aux rencontres de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ) et du Collège des médecins du Québec (CMQ).

Il y a eu formation d'un comité de discipline au cours de cette année.

Le CMDP du CISSS du Bas-Saint-Laurent regroupe 660 membres actifs ou associés, soit 602 médecins, 47 pharmaciens et 12 dentistes.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Composition

Membres élus

M^{me} Katherine St-Pierre, présidente, représentante des directions de soutien, Rimouski-Neigette
 M. Pierre-Luc Déry, vice-président, Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (incluant le soutien à domicile), Kamouraska
 M^{me} Jessica Roussel, Direction de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse, La Matapédia
 M^{me} Marie-Josée Morin, Direction des services professionnels (incluant la santé physique et cancérologie), Témiscouata
 M^{me} Sandra Côté, Direction des soins infirmiers, Rimouski-Neigette
 M^{me} Valérie Veilleux, Direction des programmes santé mentale et dépendance, Rimouski-Neigette
 M^{me} Caroline Plante, Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

Membres cooptés

M^{me} Stéphanie Allard, infirmière praticienne spécialisée, Les Basques
 M^{me} Amélie Julien, conseillère en soins infirmiers, Rimouski-Neigette
 M^{me} Julie Landry-Gagnon, adjointe à la Direction des soins infirmiers, Matane

Membres observateurs

M^{me} Marie-Noël Fortin et M^{me} Guyane Dupont, Ordre régional des infirmières et infirmiers du Bas-Saint-Laurent/Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (ORIIBSLGIM)
 M^{me} Aimée Roussel, infirmière clinicienne, Rimouski-Neigette

Membres nommés d'office

M^{me} Claudie Deschênes, présidente-directrice générale adjointe
 M^{me} Brigitte Fraser, directrice des soins infirmiers

M^{me} Vanessa Chamberland Fournier, représentante du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA), Rimouski-Neigette
Poste vacant, membre représentant du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires

Invités permanents

Poste vacant, représentant des centres de formation professionnelle

M^{me} Manon Daigle, représentante de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR), Rimouski-Neigette

M^{me} Cindy Poitras, représentante des cégeps, Matane

Réalisations

- Tenue de cinq séances régulières et de l'assemblée générale annuelle le 10 mai 2023.
- Avis et recommandations pour apprécier la qualité de l'acte infirmier entourant :
 - la règle de soins infirmiers Débridement chirurgical conservateur d'une plaie;
 - la règle de soins infirmiers Pratique infirmière lors d'un transfert interétablissements d'un usager adulte stable avec surveillance du rythme cardiaque par moniteur;
 - l'avis du comité exécutif du CII au président-directeur général – Projet de loi 15 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);
 - le Plan de contingence de l'urgence des Basques;
 - la nouvelle campagne d'hygiène des mains;
 - le guide de référence *Surveillance requise pour l'administration des médicaments intraveineux chez la clientèle hospitalisée*;
 - le *Guide sur l'utilisation des outils de communication technologiques pour les suivis cliniques*;
 - le Cadre d'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne au soutien à domicile;
 - la procédure Identification des médicaments dangereux;
 - la Procédure de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité;
 - la règle de soins infirmiers Surveillance clinique des usagers qui reçoivent des analgésiques opiacés;
 - la Procédure de transfert de l'information de l'usager aux points de transition;
 - la procédure Identification des médicaments dangereux;
 - le Programme régional de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCI);
 - la procédure Nettoyage et désinfection équipement de soins non critique;
 - la Politique régionale sur l'alimentation du nourrisson;

- la règle de soins infirmiers Constat de décès d'un usager par une infirmière.
- Amélioration de la visibilité du comité exécutif du CII au sein du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Poursuite des travaux pour la création d'un comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA).
- Valorisation des professions infirmières et infirmières auxiliaires dans le but de créer un sentiment d'appartenance à l'organisation ainsi qu'au comité exécutif du CII dont :
 - la préparation d'une programmation des activités entourant la Semaine de la profession infirmière.

Conseil multidisciplinaire (CM)

Composition du comité exécutif

M^{me} Julie Lavoie, nutritionniste, services multidisciplinaires, Rimouski

M^{me} Linda Cloutier, ergothérapeute, programme soutien à l'autonomie des personnes âgées, Rivière-du-Loup

M^{me} Marie-Josée Bérubé, spécialiste en activité clinique, programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, Kamouraska

M^{me} Catherine Plourde, travailleuse sociale, spécialiste en activités cliniques, programme jeunesse, Rimouski
M. Jérémie Hébert, éducateur spécialisé en jeunesse, programme jeunesse, Matane

M^{me} Josiane Rioux, travailleuse sociale, programme santé mentale et dépendance, Les Basques

M^{me} Cindy Bossé, nutritionniste, programme santé physique et cancérologie, Kamouraska

M^{me} Vicky Rousseau, agente de planification, de programmation et de recherche, santé publique, Rimouski

M^{me} Julie Proulx, technologiste médicale, Optilab, Rimouski

M^{me} Karine Chouinard, travailleuse sociale, programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique, Kamouraska

M. Stéphane Hammond, technicien en éducation spécialisée, programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique, Kamouraska

M. Vincent Couture, travailleur social, protection de la jeunesse, Rivière-du-Loup

M^{me} Catherine Côté, chef de service, programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique, Rimouski

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

M^{me} Claudie Deschênes, présidente-directrice générale adjointe

Réalisations

- Sujets ayant fait l'objet d'un avis ou de recommandations émis par le conseil multidisciplinaire :
 - procédure sur le parrainage;
 - guide sur l'utilisation des outils de communication technologiques pour les suivis cliniques;
 - procédure en lien avec le plan de contingence de l'urgence du Centre hospitalier de Trois-Pistoles;
 - Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité;
 - guide en lien avec les pratiques professionnelles des étudiants détenteurs de titres d'emploi alternatifs en intervention directe auprès de la clientèle;
 - bilan du plan d'action en prévention et contrôle des infections;
 - politique et procédure sur la transmission de l'information de l'utilisateur aux points de transition.
- Sujets ayant fait l'objet de rencontres et d'échanges avec différentes directions :
 - programme des Éclaireurs/Veilleurs;
 - recherche au CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - mise en place du projet ExploRÉA – développement de stages pour les professionnels en réadaptation;
 - modification de la gestion des revenus de stages;
 - programme d'accès en langue anglaise;
 - campagne de communication sur l'hygiène des mains;
 - présentation de la gamme de services en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique;
 - démarche d'optimisation des pratiques, des usages, des soins et des services – antipsychotiques (OPUS-AP) et du projet d'évaluation de la personnalisation des soins pharmaceutiques (PEPS) en soins de longue durée, maisons des aînés et alternatives.
- Mobilisation des membres du conseil multidisciplinaire sur les enjeux suivants :
 - développement et maintien de la compétence des membres – poursuite des travaux du sous-comité en collaboration avec la Direction des ressources humaines et suivi du plan de développement des ressources humaines;
 - projet de loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (PL 15) – suivi des travaux en collaboration avec l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec;
 - collaboration avec les autres conseils dont le conseil des infirmières et infirmiers (CII) et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) – rencontre avec la présidente et le vice-président du CII en novembre 2023 et création d'un canal de communication entre les instances;

- présentation aux membres du conseil multidisciplinaire le midi (midis-CM) pour les informer sur différents sujets afin de leur permettre d'acquérir de nouvelles connaissances en lien avec leur pratique quotidienne et pour leur transmettre des informations pertinentes sur les travaux du conseil multidisciplinaire;
- reconnaissance des membres du conseil multidisciplinaire – soutien aux membres qui désirent soumettre des candidatures pour faire valoir le travail des membres du CM par le biais des prix de reconnaissance dont Distinction, Star du Réseau de la Santé, CECM en action, Excellence en SSS.
- Soutien aux comités de pairs : aucun comité de pairs en 2023-2024.
- Implication de nos membres dans différents comités :
 - comité de gestion de risques;
 - comité aviseur clinique en ressources informationnelles (CAC-RI);
 - comité d'arrimage élargi;
 - conseil d'administration.

Perspectives d'action pour la prochaine année

- Mettre en place des actions permettant de faciliter la transition des deux conseils en lien avec l'adoption du projet de loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (PL 15).
- Poursuivre les actions de mobilisation auprès des membres dans le but de nourrir la mobilisation et le sentiment d'appartenance.
- Poursuivre le mandat en lien avec le développement de la pratique professionnelle et le maintien des compétences.

Conseil des sages-femmes (CSF)

Composition

M^{me} Claudie Deschênes, présidente-directrice générale adjointe

M^{me} Karine Dubon, sage-femme, présidente

M^{me} Karen Dufour, coordonnatrice à la santé des femmes, des enfants et des adolescents à la réadaptation physique, représentée par M^{me} Marie-Andrée Proulx

M^{me} Élisabeth Lamarre, sage-femme, responsable des services de sage-femme par intérim et secrétaire

M^{me} Angélique L'Hérault-Blanchet, sage-femme, vice-présidente

M^{me} Murielle Therrien, directrice adjointe du programme jeunesse

M^{me} Bérangère Paradis-Deschênes, sage-femme

M^{me} Adèle Gobeil, sage-femme

M^{me} Magali Turcotte, sage-femme

M^{me} Cynthia Plourde, sage-femme

Réalisations

- Tenue d'une assemblée générale annuelle et de trois réunions du comité exécutif.
- Autoévaluation annuelle de chacun des membres quant au respect des exigences de la tenue des dossiers et des compétences attendues.
- Révision de l'admissibilité de l'ensemble des demandes de suivi par les personnes ayant précédemment accouché par césarienne.
- Révision de 25 cas où la responsabilité a été transférée à un médecin selon les règlements encadrant la pratique sage-femme ou à la suite d'une complication maternelle ou néonatale.
- Révision par les pairs d'un cas de décès *in utero* à 40 semaines et suivi des recommandations.
- Analyse de cause racine portant sur une erreur de communication entre le laboratoire provincial de dépistage de la trisomie et les services de sage-femme des pôles est et ouest pour deux clientes ayant le même nom et suivi des recommandations.
- Révision de l'entente entre les équipes de sages-femmes et médicales des centres hospitaliers régionaux de Rimouski et du Grand-Portage. L'entente finale devrait être conclue en 2024 et permettra une collaboration et un fonctionnement optimal entre les équipes.
- Recommandations sur le réaménagement de la salle d'eau de la Maison de naissance Colette-Julien, afin qu'elle corresponde aux meilleures normes de sécurité et de prévention des infections. Il ne manque que des détails mineurs pour terminer l'aménagement. Plusieurs personnes ont pu donner naissance dans cette nouvelle salle en 2023-2024.
- Collaboration avec la direction pour optimiser les soins des personnes qui n'ont pas accès à l'assurance maladie (RAMQ).
- Adoption d'une politique d'attribution des contrats avec des sages-femmes au CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Poursuite de l'étude de faisabilité d'un lieu de naissance hors centre hospitalier à Rivière-du-Loup en collaboration avec la direction.
- Participation à diverses activités dans les communautés, notamment les haltes-bébés de La Mitis et le cours de biologie de la reproduction au cégep de Rimouski.

Comité des usagers du Centre intégré (CUCI)

Composition

M. René Dufour, président, Kamouraska
M^{me} Marielle Raymond, vice-présidente, Rivière-du-Loup

M. Bertrand Martel, La Matapédia

M^{me} Julette Rioux, Les Basques

M. Benoît Ouellet, Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique, Rimouski-Neigette

M^{me} Danielle Bouchard, Témiscouata

M^{me} Sylvie Huot, La Matanie

M. Pierre Bouchard, Rimouski

Vacant, centre de protection de l'enfance et de la jeunesse

Vacant, comité des usagers et de résidents de La Mitis

Réalisations

- Tenue de neuf rencontres en mode hybride et de quatre rencontres statutaires entre le président du CUCI et le président-directeur général de l'établissement.
- Amélioration des outils de communication (aide-mémoire, Info-CUCI, Teams).
- Participation des membres du CUCI à divers comités dont le conseil d'administration, le comité de vigilance et de la qualité, le comité de gestion des risques, le comité d'éthique clinique et organisationnelle, le comité-conseil sur les soins et les services à la jeunesse et aux familles, le comité directeur stratégique de prévention et contrôle des infections, etc.
- Formation des membres du CUCI sur différents sujets : les rôles et fonctions des comités et sur les droits des usagers par le regroupement provincial des comités des usagers et du conseil de la protection des malades et les outils collaboratifs de la suite Office 365, Jasons Santé.
- Information ou consultation des membres sur les sujets suivants :
 - la présentation de l'approche aide au Bas-Saint-Laurent;
 - la campagne de sensibilisation à l'hygiène des mains en prévention et contrôle des infections;
 - les nouvelles obligations découlant de la *Loi visant à aider les personnes victimes d'infractions criminelles et à favoriser leur rétablissement*;
 - la politique de lutte contre la maltraitance et la procédure qui en découle;
 - le programme d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise;
 - la politique d'alimentation du nourrisson;

- la planification des visites dans les ressources intermédiaires (RI) et les résidences privées pour aînés (RPA) des comités et du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services;
- la procédure encadrant l'utilisation des dispositifs de surveillance pour une nécessité clinique au CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Personnes invitées lors des rencontres du CUCI :
 - Les directeurs suivants sont venus discuter des recommandations issues du rapport annuel de 2022-2023 :
 - ▶ M^{me} Claudie Deschênes, présidente-directrice générale adjointe;
 - ▶ M. Éric St-Jean, directeur des programmes en santé mentale et dépendance;
 - ▶ M^{me} Nathalie D'Amours, directrice clinico-administrative à la Direction Optilab;
 - ▶ M. Gino Beaudoin, directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique (DQEPE);
 - M^{me} Marie-Josée Filion, coordonnatrice en matière de proche aide au CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - M^{me} Mylène Guénard, chef de service de la prévention et du contrôle des infections au CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - M^{me} Jessica Santerre, répondante régionale en périnatalité et petite enfance;
 - M. Éric Parent, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services;
 - M^{me} Marie-Andrée Morin, adjointe au DQEPE en amélioration continue;
 - M^{me} Marie-Josée Gagnon, conseillère cadre en gestion des risques et éthique clinique, pôle ouest.

Département régional de médecine générale (DRMG)

Composition

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

Réalisations

- La migration des activités du Guichet d'accès à la première ligne (GAP) vers un fournisseur provincial (AKINOX). La majorité des groupes de médecine de famille (GMF) et certaines cliniques privées du Bas-Saint-Laurent continuent de contribuer à l'offre de service populationnelle et dégagent des plages de rendez-vous pour accueillir la clientèle orpheline, c'est-à-dire la clientèle sans médecin de famille. Ces GMF et ces cliniques se sont également adaptés aux changements opérationnels causés par la migration du GAP dans un esprit de collaboration.
- L'inscription collective a permis d'inscrire plus de 10 000 usagers (en date du 29 février 2024) majoritairement vulnérables dans les huit réseaux locaux de services (RLS) du Bas-Saint-Laurent. Cette inscription collective permet aux patients d'être attribués à un seul groupe de médecins et de leur assurer un meilleur suivi. Ces patients doivent communiquer avec le GAP lorsqu'ils ont un besoin de santé.
- Les services transitoires ont permis à plus de 1000 usagers orphelins d'obtenir un suivi ou un soutien pour changer leurs habitudes de vie. Cette offre d'un service aux usagers orphelins pour un bilan de santé, un dépistage ou un suivi de maladies chroniques est accessible grâce au Guichet d'accès à la première ligne (GAP) depuis janvier 2023.
- Le suivi du plan régional d'organisation des services (PROS 2022-2025) permet d'identifier les priorités d'actions pour les prochaines années en fonction des différentes réalités de l'ensemble des huit réseaux locaux de services (RLS) et de s'assurer que tout le soutien nécessaire est offert.
- La mobilisation de tous les groupes de médecine de famille (GMF) afin d'offrir des plages aux usagers qui appellent au 811 pendant la période de haute circulation virale.
- Le maintien des tables locales médicales dans l'ensemble des RLS afin d'assurer les activités d'organisation et de coordination des services de première ligne. Ces tables de cogestion permettent aux effectifs du RLS de mieux s'approprier les orientations des services de santé et de suggérer des solutions adaptées aux réalités locales.
- L'implantation de NAVIG, un logiciel d'orientation des usagers selon des algorithmes d'intelligence artificielle dans le but de réduire le temps de traitement des requêtes de rendez-vous et de diriger le patient vers la bonne ressource, au bon moment. Cela permet de trier les demandes reçues en GMF et donc d'en réorienter un certain nombre pour dégager une capacité à voir d'autres patients. Le logiciel NAVIG a été déployé avec succès dans six GMF du Bas-Saint-Laurent ainsi qu'au Guichet d'accès à la première ligne (GAP).

Répartition de la croissance en omnipratique au Bas-Saint-Laurent Plan régional d'effectifs médicaux (PREM 2024)

Réseau local de services	Arrivée prévue de nouveaux médecins
Kamouraska	2
Témiscouata	1
Rivière-du-Loup	2
Les Basques	3
Rimouski-Neigette	5
La Mitis	1
La Matapédia	2
La Matanie	2
Total	18

- Au PREM 2024, 18 nouveaux postes étaient accordés.
- Au 31 mars 2024, 270 omnipraticiens (actifs et associés) étaient installés au Bas-Saint-Laurent.
- On compte, depuis le 1^{er} avril 2023, 14 arrivées et 12 départs.
- En date du 15 février 2024 (rapport 8), 156 667 personnes étaient inscrites à un groupe de médecine de famille (GMF) sur une population de 197 385 (population du Bas-Saint-Laurent 2022), ce qui représente 79 % de la population.
- On dénombre un total de 13 groupes de médecine de famille au Bas-Saint-Laurent. Au 15 février 2024, 9 938 patients étaient associés à un groupe de médecine de famille.
- On recense 14 cliniques privées et un total de 51 cliniques médicales privées et GMF (incluant les points de services du GMF et les CLSC) qui permettent de combler les besoins de consultations médicales pour les services de première ligne.

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Composition

Pharmaciens élus

M^{me} Cynthia Paradis, présidente, La Mitis
M. Mathieu Boucher Simard, vice-président, Rivière-du-Loup
M. Gabriel Nadeau, Rivière-du-Loup

Pharmaciens cooptés

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

Membres d'office

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

Réalisations

- Tenue de quatre rencontres régulières où les sujets suivants ont été abordés :
 - la contribution au Guichet d'accès à la première ligne (GAP) et à l'application Vitr.ai;
 - les services pharmaceutiques pour les patients ambulatoires hors des heures standards (incluant les soirs, les jours fériés et la période des Fêtes 2023-2024);
 - la progression du programme de formation technique de pharmacie au Cégep de Rivière-du-Loup;
 - les discussions en lien avec le service des médicaments en site non traditionnel (SNT), ressource intermédiaire (RI), résidence privée pour aînés (RPA), ressource de type familial (RTF), résidence à assistance continue (RAC), afin de respecter le libre choix des patients et d'optimiser l'administration sécuritaire des médicaments dans ces ressources;
 - les discussions en lien avec l'optimisation de l'utilisation du télécopieur entre les médecins et les pharmaciens communautaires, autant pour les renouvellements d'ordonnances que pour la priorisation des envois;

- les moyens de distribuer l'information aux pharmaciens communautaires;
- la transmission de différents documents aux pharmaciens communautaires et d'établissement, dont :
 - ▶ l'entente de partenariat – Néphrologie CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - ▶ l'entente de partenariat – Oncologie CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - ▶ l'ordonnance individuelle standardisée (OIS) Mucosite oropharyngée chez l'utilisateur sous traitement antinéoplasique;
 - ▶ les services offerts aux pharmaciens communautaires par le service de la vaccination du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
 - ▶ la mise à jour du formulaire des médicaments du CISSS du Bas-Saint-Laurent,
 - ▶ l'intensification des services pour les patients en soins palliatifs à domicile;
 - ▶ le programme Avis de grossesse;
 - ▶ le programme SIRSAU (Système intégré de récupération des seringues et des aiguilles usagées);
 - ▶ l'OC – Dépistage et traitement du Streptocoque de type A dans les points locaux de service;
 - ▶ les communications concernant le GAP et l'application Vitr.ai : orientations, priorités, nouveautés.
- Présence d'un membre du comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) aux comités suivants : comité régional de soins de fin de vie, comité consultatif du département régional de médecine générale (DRMG), dossier santé numérique (DSN), conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent, tables de concertation en soutien à l'autonomie des personnes âgées, soutien à domicile (SAD), soins intensifiés à domicile (SIAD), ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RPA), tables locales de pharmaciens et rencontre des présidents des CRSP du Québec.
- Recrutement et présence de pharmaciens aux tables médicales locales.
- Maintien des tables locales de pharmaciens pour les RLS de :
 - Rimouski-Neigette – La Mitis;
 - Rivière-du-Loup – Les Basques.
- Mise en place de la table locale de pharmaciens du RLS de :
 - Kamouraska (collaboration du directeur adjoint exécutif du RLS Kamouraska).
- Réflexion en cours pour le déploiement des tables locales de pharmaciens dans les autres RLS (La Matanie, La Matapédia et Témiscouata).

Comité de gestion des risques (CGR)

Composition

D^{re} Maude Bernier, présidente du comité de l'évaluation de l'acte médical
 M^{me} Catherine Côté, représentante du comité exécutif du conseil multidisciplinaire
 M^{me} Claudie Deschênes, présidente-directrice générale adjointe
 M^{me} Nadia Dolbec, directrice adjointe intérimaire programme d'hébergement de longue durée
 M^{me} Marie-Josée Gagnon, conseillère cadre en gestion des risques et éthique clinique, secteur ouest
 M^{me} Mylène Guénard, chef de service de la prévention et du contrôle des infections
 M^{me} Josianne Laignon, conseillère cadre en gestion des risques et éthique clinique, secteur centre
 M^{me} Marie-Andrée Morin, adjointe au directeur, amélioration continue
 M^{me} Stéphanie Motard, conseillère cadre en gestion des risques et éthique clinique, secteur est
 M^{me} Isabelle Ouellet, directrice adjointe des soins infirmiers
 M^{me} Julie Ouellet, directrice adjointe de la protection de la jeunesse et représentante des secteurs RI-RTF
 M^{me} Valérie Veilleux, représentante du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
 M. Gino Beaudoin, directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique
 M. Jean Christophe Carvalho, président-directeur général et directeur des services professionnels par intérim
 M. Bertrand Martel, représentant du comité des usagers du Centre intégré

Réalisations

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

Comité d'éthique clinique et organisationnelle (CECO)

Composition

M^{me} Louise Boucher, vice-présidente du comité, représentante du programme santé mentale et dépendance

M^{me} Johannie Boutot, représentante du programme d'hébergement de longue durée

M^{me} Marie-Josée Gagnon, conseillère cadre en gestion des risques et éthique clinique à la direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique, secteur ouest

M^{me} Denise Landry, représentante du comité des usagers du Centre intégré

M^{me} Gabrielle Langlais, juriste

M^{me} Josianne Loignon, conseillère cadre en gestion des risques et éthique clinique à la direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique, secteur centre

M^{me} Véronique Morin, représentante des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

M^{me} Stéphanie Motard, conseillère cadre en gestion des risques et éthique clinique à la direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique, secteur est

M^{me} Karen Smith, présidente du comité, représentante de la gouverne

M^{me} Catherine Turgeon-Pelchat, représentante de la santé publique

D^{re} Anne-Emmanuelle Désilets-Paquet, représentante médicale*

D^{re} Frédérique Nadeau-Marcotte, représentante médicale*

D^{re} Suzanne Paquet, représentante médicale*

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

M. Bruno Leclerc, spécialiste en éthique

M. Jérôme Pelletier, membre de la communauté

* Les représentantes médicales assistent aux rencontres en alternance selon un horaire établi en début d'année.

Réalisations

- Tenue de cinq rencontres au cours de l'année en mode hybride et en présentiel. Les principales thématiques traitées sont :
 - l'itinérance;
 - le refus de soins;
 - la liberté de choix et religion;
 - l'octroi de services et priorisation.
- Diffusion d'une capsule d'information sur le consentement aux soins au personnel clinique, aux gestionnaires et aux médecins en collaboration avec le service juridique.
- Réception de 48 demandes par les conseillers cadres en gestion des risques et éthique clinique. Elles ont été traitées par les conseillers ou par le comité d'éthique clinique et organisationnelle. Le CECO a transmis six avis éthiques abordant entre autres les thématiques nommés ci-dessus.
- Déploiement de la capsule d'information sur la plateforme d'apprentissage ENA.
- Diffusion d'une capsule d'information sur le service d'éthique aux membres du conseil multidisciplinaire (CM).
- Élaboration d'un plan de communication sur le service d'éthique.

3.1 Les faits saillants

Les nouveaux enjeux, les priorités et les principales réalisations

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a une nouvelle présidente-directrice générale adjointe

M^{me} Claudie Deschênes a été nommée présidente-directrice générale adjointe. M^{me} Deschênes est notamment responsable de l'accès et de la qualité des soins et services offerts à la clientèle du CISSS et du maintien des liens nécessaires avec les autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux. De plus, elle collabore au quotidien avec le PDG dans l'administration et le fonctionnement de l'organisation. Elle est aussi appelée à le représenter ou à le remplacer en son absence.



Inauguration du Pavillon d'enseignement de la médecine à Rimouski

Le ministre de la Santé, M. Christian Dubé, a procédé au mois de mai à l'inauguration du Pavillon d'enseignement de la médecine sur le site de l'Hôpital régional de Rimouski. Construit au coût de 27 millions de dollars grâce au soutien financier du ministère de la Santé des Services sociaux, le pavillon permet à des étudiantes et étudiants au doctorat en médecine de l'Université Laval de réaliser leur préexternat dans la région et de poursuivre également leur formation tout en profitant d'une excellente exposition clinique et d'une intégration à la communauté universitaire de l'UQAR.

D'une superficie de plus de 3 265 mètres carrés, le nouveau pavillon est doté d'infrastructures modernes. Ces nouveaux espaces permettent à la fois de fournir un enseignement de qualité aux futurs médecins et de favoriser un parcours de formation stimulant. Ce projet novateur vise à donner envie aux médecins formés dans la région de pratiquer et de vivre dans l'Est-du-Québec, cela afin de répondre aux besoins médicaux de la population.

ExploRÉA connaît un franc succès pour sa première année

Depuis maintenant un an, le projet ExploRÉA soutient les étudiantes et étudiants en réadaptation de l'Université Laval qui réalisent des stages au sein de notre organisation grâce à des mesures financières et à des activités qui favorisent leur intégration en région. Au cours de l'an un du projet ExploRÉA, au CISSS du Bas-Saint-Laurent, les stages offerts ont plus que doublé en comparaison aux trois années précédentes. C'est plus de 44 stages, répartis sur 262 semaines, qui ont été réalisés en audiologie (2), en ergothérapie (15), en orthophonie (12) et en physiothérapie (15).



Heureuse initiative pour les résidents du CHSLD de La Mitis et leurs proches

Grâce au déploiement de l'application Famileo, les résidents du CHSLD de La Mitis et leurs proches peuvent recevoir des nouvelles de leurs familles et amis sous la forme d'un journal papier chaque semaine. Une fois inscrit à cette application, il est possible pour un maximum de 60 membres d'une famille et de proches d'un résident de partager des photos et des nouvelles qui seront ensuite mises en page et imprimées sous la forme d'un journal papier personnalisé. Le CHSLD de La Mitis est le premier au Bas-Saint-Laurent à rendre disponible cette application à l'entourage de ses résidents. Cette initiative est rendue possible grâce à l'implication financière de la Fondation de la santé de La Mitis.



L'application Famileo permet également à l'équipe du centre d'hébergement de publier en format numérique son journal interne *Le clin d'œil* et de communiquer d'autres informations à l'intention des proches, comme la tenue d'activités et de rencontres d'information.



Un partenariat se noue dans Les Basques au profit des personnes proches aidantes

Le CISSS a annoncé fièrement un nouveau partenariat avec le Centre d'aide aux proches aidants des Basques (CAPAB) qui permet la mise sur pied d'un centre de jour communautaire pour les personnes en perte d'autonomie à Trois-Pistoles. Les personnes âgées et aussi les adultes en perte d'autonomie de la MRC des Basques peuvent désormais bénéficier des services du centre, offrant du même coup un répit bien mérité à leurs personnes proches aidantes. Le centre de jour communautaire est accessible deux jours par semaine à Trois-Pistoles et pourra accueillir une dizaine de personnes quotidiennement. De plus, le Centre d'aide aux proches aidants des Basques offrira le même service du côté de Saint-Jean-de-Dieu à raison d'une journée par semaine.

Rapport sur la vulnérabilité populationnelle régionale aux changements climatiques

La Direction de la santé publique du CISSS du Bas-Saint-Laurent a dévoilé en juin son rapport sur la vulnérabilité populationnelle régionale aux changements climatiques (VRAC). Ce rapport est le fruit d'une importante réflexion sur les changements climatiques qui représentent, selon l'Organisation mondiale de la santé, la plus grande menace de santé du 21^e siècle.

Au Bas-Saint-Laurent, on prévoit une augmentation de l'intensité et de la fréquence de plusieurs phénomènes climatiques comme la chaleur, les feux de végétation, l'érosion côtière, les inondations, les précipitations extrêmes, les allergènes et les vecteurs de maladies. Ces phénomènes ont de nombreux effets sur la santé des populations, particulièrement sur celles dites « sensibles » (enfants, personnes âgées, personnes isolées socialement, travailleurs extérieurs, etc.).

L'évaluation de la vulnérabilité de la population du Bas-Saint-Laurent aux changements climatiques servira d'assise aux discussions autour du Plan d'adaptation régional de santé publique en changements climatiques. La Santé publique régionale souhaite ainsi poursuivre son engagement en faveur de la santé de la population et envers une vision collaborative de l'action en santé. Elle s'associe avec le Conseil régional de l'environnement du Bas-Saint-Laurent dans la création d'une Table régionale d'adaptation au climat pour soutenir la planification d'actions durables et équitables avec différents partenaires.



Bilan annuel des directeurs de la protection de la jeunesse – En équilibre vers l’avenir!

À l’occasion de ce 20^e bilan annuel et du 20^e anniversaire de l’application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA), les directeurs de la protection de la jeunesse, qui sont aussi directeurs provinciaux en vertu de la LSJPA, ont choisi d’unir leur voix pour parler d’un aspect important et souvent méconnu de leur travail, l’intervention auprès des jeunes contrevenants dans le cadre de cette loi.

Cette année, 8 554 adolescents ont reçu des services en vertu de la LSJPA au Québec, ce qui constitue une hausse de 14,5 % par rapport à l’an dernier. Au Bas-Saint-Laurent, 226 adolescents ont reçu des services, soit une augmentation de 13 %. À l’application de la loi sur la protection de la jeunesse, les DPJ ont enregistré une faible hausse de signalements traités de 2,5 % et une baisse de signalements retenus de 2 %. Le Bas-Saint-Laurent a connu, quant à lui, une augmentation de 13,5 % des signalements traités. Les signalements retenus concernent surtout la négligence et l’abus physique.

Au Québec, le nombre d’enfants pris en charge en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* a augmenté de moins de 1 %. Au Bas-Saint-Laurent, c’est 1110 enfants qui ont bénéficié d’un suivi en protection de la jeunesse. Un enfant sur 2 est suivi pour des motifs de négligence et de risque sérieux, alors que 1 enfant sur 5 est suivi pour des motifs de mauvais traitements psychologiques.



Doctorat en médecine à Rimouski : une deuxième cohorte d’étudiantes et d’étudiants fait son entrée

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent, la Faculté de médecine de l’Université Laval et l’Université du Québec à Rimouski ont souligné l’arrivée, en septembre, d’une deuxième cohorte de 21 étudiantes et étudiants au programme de doctorat en médecine à Rimouski. Ils se joignent à la première cohorte en formation depuis un an déjà dans le Pavillon d’enseignement de la médecine adjacent à l’Hôpital régional de Rimouski.

Arrivée des premiers résidents à la Maison des aînés et alternative de Rimouski

La Maison des aînés et alternative (MDAA) de Rimouski a officiellement ouvert ses portes en octobre. L’arrivée des résidents a été préparée en collaboration avec les familles, les personnes proches aidantes et le personnel. C’est dans un contexte festif qu’une activité d’accueil a été organisée, au cours de laquelle chaque nouveau résident a reçu la clé symbolique de sa nouvelle résidence.

Grand rendez-vous régional de l'adaptation aux changements climatiques

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent et le Conseil régional de l'environnement du Bas-Saint-Laurent se sont associés pour la tenue de la première édition du Grand rendez-vous régional de l'adaptation aux changements climatiques. Cet événement s'inscrit en ligne directe avec la publication, en juin dernier, du rapport sur la vulnérabilité populationnelle régionale aux changements climatiques (VRAC) par la Direction de la santé publique du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Ce Grand rendez-vous a permis de jeter les bases d'un espace régional de collaboration dans le but de soutenir la planification d'actions durables et équitables en adaptation aux changements climatiques. Il faut aborder la problématique des changements climatiques en ayant une vision qui combine les lunettes de la santé et de l'environnement, et ce, en facilitant le dialogue et la synergie entre les intervenants en adaptation aux changements climatiques. Cela mènera à des actions régionales cohérentes et efficaces qui deviendront un moteur d'espoir ainsi qu'un catalyseur de solutions.

Dévoilement des priorités de santé publique 2023-2025 du Bas-Saint-Laurent

Les priorités de santé publique 2023-2025 du Bas-Saint-Laurent constituent un outil incontournable pour maintenir et améliorer la santé de la population, réduire les inégalités sociales de santé et diminuer l'impact des changements climatiques sur nos communautés. Le déploiement et l'intensification d'actions au regard de cinq thématiques s'inscrivent en complémentarité aux actions déjà portées par la Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent en vertu du Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025 et inscrites au Plan d'action régional (PAR) de santé publique. Ces thématiques sont :

1. Réduire la vulnérabilité chez les jeunes enfants;
2. Renforcer la santé mentale de la population, particulièrement chez les jeunes;
3. Favoriser un vieillissement en santé par un engagement collectif renouvelé;
4. Réduire les effets des changements climatiques sur la santé;
5. Renforcer les capacités de santé publique à faire face à de futures pandémies ou menaces similaires.

Avec l'apport d'actions locales et régionales vigoureuses, l'organisation souhaite poursuivre ses efforts de concertation pour les prochaines années afin de répondre aux besoins de la population bas-laurentienne.



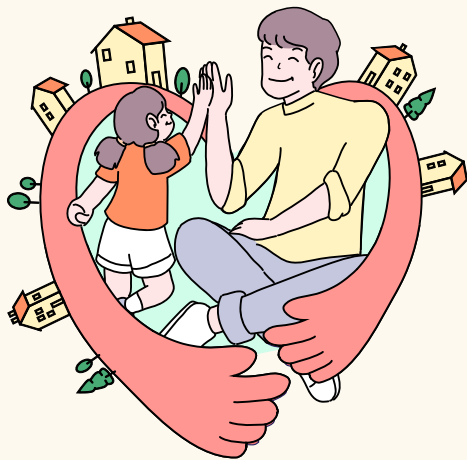
Le CISSS du Bas-Saint-Laurent répond aux exigences d'Agrément Canada

L'établissement a été soumis de 2018 à 2023 au processus d'évaluation mené par l'organisme indépendant Agrément Canada. Avec un taux de conformité global de 93,7 %, le CISSS du Bas-Saint-Laurent complète avec succès ce processus d'évaluation rigoureux en répondant aux exigences fondamentales du programme d'agrément.



Les maisons des aînés et alternatives du Bas-Saint-Laurent entièrement occupées

Les deux maisons des aînés et alternatives (MDAA) du Bas-Saint-Laurent affichent, depuis le mois de février, un taux d'occupation de 100 %. Ainsi, 120 personnes occupent les 10 maisonnées de la MDAA de Rivière-du-Loup et 72 personnes résident dans les 6 maisonnées de Rimouski. L'admission des résidents s'est faite de façon graduelle afin de permettre une intégration optimale tant pour eux que pour notre personnel. Ce succès a été rendu possible grâce à l'implication du personnel, des gestionnaires et des médecins.



Nouvelle unité de réadaptation comportementale intensive (URCI) jeunesse à Saint-Cyprien

C'est avec enthousiasme que le CISSS du Bas-Saint-Laurent s'est joint au projet de démonstration d'URCI jeunesse, faisant de notre région la troisième à ouvrir une telle unité au Québec. En plus de servir de modèle pour l'ensemble de la province, notre participation permettra de parfaire notre expertise en matière de soins et services offerts à la clientèle jeunesse en DI-TSA-DP présentant des troubles du comportement (TC) et des troubles graves du comportement (TGC).

La création d'unités de réadaptation comportementale intensive pour enfants et adolescents s'inscrit dans une initiative provinciale visant à répondre aux besoins spécifiques de la jeune clientèle ayant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou une

déficience physique et présentant des troubles graves du comportement. Le MSSS souhaite ainsi développer une nouvelle modalité d'intervention en réadaptation pour la clientèle jeunesse adaptée à ses besoins de développement, de maintien et de stimulation. Pouvant accueillir jusqu'à cinq usagers, l'URCI jeunesse du Bas-Saint-Laurent dispose de tous les équipements nécessaires à la réhabilitation des TC-TGC de la jeune clientèle (6-17 ans) avec une DI, un TSA ou une DP. L'approche préventive de la réadaptation en URCI permettra, entre autres, d'éviter une cristallisation des comportements problématiques à l'âge adulte, tout en favorisant une réintégration rapide dans le milieu de vie naturel.

Le développement durable

À l'automne 2023, le comité de pilotage a remanié la gouvernance du développement durable pour ajouter des présidents à chaque comité, ce qui facilite la gestion et le déploiement des actions à réaliser. Ainsi, Stéphane Richard est devenu président du comité écoresponsable des bâtiments; Andrée Lambert, présidente du comité de mobilité durable; André D'Anjou, président du comité d'approvisionnement responsable; Jean-Sébastien Petit, président du comité de gestion des matières résiduelles; la D^{re} Chloé Pelletier, présidente du comité développement durable du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. En janvier 2024, François Guimont a succédé à Cathy Deschênes à la présidence du comité de pilotage et, en mars 2024, Claudine Pelletier a remplacé Andrée Lambert à la présidence du comité de mobilité durable.

En 2023-2024, plusieurs actions se sont réalisées en développement durable. D'abord, trois activités de sensibilisation ont eu lieu : le D^r Stephan Williams (CHUM), la D^{re} Stéphanie Burelle (CISSS de Laval) et la D^{re} Caroline Laberge (GMF-U Laurier à Québec) ont présenté une conférence intitulée *Santé et crise climatique : comment éviter de « créer les malades de demain »* à laquelle 115 participants de l'établissement ont assisté pour souligner le Jour de la Terre; 26 membres du personnel ont participé aux activités du Mois du vélo; le Défi sans auto solo a réuni 90 participants de l'établissement. Ensuite, un premier rapport de consommation d'énergie et de gaz à effet de serre (incluant la consommation d'énergie des bâtiments, du transport du parc du CISSS du Bas-Saint-Laurent et des gaz anesthésiants) 2012-2023 a été produit, tandis qu'un portrait de la

gestion des matières résiduelles 2022-2023 des 43 établissements a été dressé. Le secteur des GMR compte aussi d'autres réalisations comme le compostage mis en œuvre dans 5 installations du Témiscouata, un projet pilote pour l'implantation du compostage à la cuisine du Centre hospitalier régional du Grand-Portage (CHRG), le recyclage des masques qui s'est poursuivi à l'Hôpital régional de Rimouski et au CHRG. Par ailleurs, le service alimentaire a créé une sauce à spaghetti entièrement locale utilisant de la viande et des légumes du Bas-Saint-Laurent. Finalement, le département d'obstétrique de l'Hôpital de Notre-Dame-du-Lac a procédé à l'achat de ventouses réutilisables pour la salle d'accouchement.

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

Merci à nos bénévoles!

À l'occasion de la Semaine de l'action bénévole qui a eu lieu du 16 au 22 avril, le CISSS du Bas-Saint-Laurent a tenu à remercier chaleureusement les quelque 300 bénévoles œuvrant jour après jour dans ses installations. Ces personnes assurent une présence essentielle auprès de nos résidents et usagers.

Nos bénévoles sont présents dans les 13 CHSLD de la région, à la Maison des aînés et alternative de Rivière-du-Loup, à l'Hôpital régional de Rimouski et au Centre hospitalier régional du Grand-Portage. Ils collaborent notamment avec nos équipes de loisirs lors de différentes activités, font des visites amicales, agissent comme accompagnateurs lors de rendez-vous et sont présents à l'accueil et à l'information de l'Hôpital régional de Rimouski. En somme, ils contribuent quotidiennement au bien-être de nos résidents et usagers. En contrepartie, nos bénévoles ont l'occasion de vivre des moments privilégiés et de tisser des liens uniques.



Une nouvelle mascotte fait son entrée pour promouvoir la cybersécurité

Après l'arrivée de Motus, qui a le mandat de promouvoir la confidentialité dans les différentes installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent, c'est maintenant Prudence qui fait son entrée pour faire la promotion de la cybersécurité. Elle est présente dans les différents secteurs de l'organisation et joint ses connaissances à celles de Motus pour rappeler les bonnes pratiques en matière de confidentialité et de cybersécurité.

Notre équipe de la protection et du contrôle des infections se démarque à l'échelle provinciale!

Sous le thème «La PCI, une expertise précieuse», la 45^e édition provinciale des Journées scientifiques 2023 de l'Association des infirmières en prévention des infections a eu lieu en mai à Rivière-du-Loup. Deux conseillères en prévention et contrôle des infections, Julie Nadeau et Catherine Caillouette, se sont illustrées en remportant les grands honneurs avec leur affiche gagnante *La PCI lors de travaux... un partenariat à construire*.

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

La PCI lors de travaux... Un partenariat à construire!

Le Service de prévention et du contrôle des infections (PCI), en étroite collaboration avec la DST, a actualisé ses politiques et procédures, puis a développé des outils harmonisés concernant les mesures de PCI à mettre en place lors d'interventions immobilières, et ce, pour toutes les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Les fondations	La charpente
<ul style="list-style-type: none">Outiller les gestionnaires et les ouvriers dans l'application des mesures de PCI lors d'interventions immobilièresRendre les interventions immobilières sécuritaires auprès des usagers vulnérables	<ul style="list-style-type: none">Création d'un partenariat entre la DST et la PCI via un comité de travail collaboratifSensibilisation des gestionnaires et des chargés de projet de la DST sur l'importance des mesures de PCI lors de travauxDéfinition des rôles de chaque acteurImplication de la DST dans l'harmonisation de la politique et de la procédure selon les nouvelles normes en vigueur et dans le développement d'outils de travail simplifiésDéploiement d'une formation à tous les intervenants immobiliers sur les mesures de PCI à appliquer lors de travauxMise en place de moyens de communication communs

La clé: Bâtir une alliance entre la PCI et la DST

1 2 3 4

Des intervenantes du CISSS du Bas-Saint-Laurent rayonnent lors du 21^e colloque en troubles graves du comportement du SQETGC

Les 8 et 9 juin derniers se déroulait le 21^e colloque en troubles graves du comportement (TGC) à Montréal, organisé par le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC). Sous le thème « Braver l'adversité », des intervenantes et intervenants ainsi que des gestionnaires issus de tous les CISSS et CIUSSS du Québec étaient présents.

Lors de la deuxième journée du colloque, des ateliers portant sur différentes réalisations cliniques et organisationnelles étaient offerts dans le but de permettre aux participantes et participants d'enrichir leur savoir, d'acquérir des outils, de développer et de consolider leurs connaissances. Cette année, deux ateliers étaient présentés par des intervenantes de la Direction des programmes en DI-TSA-DP de notre CISSS. Le premier atelier intitulé « La carte sensorielle : l'utiliser afin de développer des activités sensorielles pour les usagers » présentait le fruit du travail de trois intervenantes en DI-TSA de l'équipe de Rivière-du-Loup, soit Isabelle April, Marie-Ève Lavoie et Myriam Richard. Ensemble, elles ont utilisé cet outil pour favoriser l'implantation d'activités sensorielles avec des usagers présentant un TC ou un TGC.

Le second atelier, intitulé « Parcours d'un jeune ayant un TGC en RAC » a été animé par Anne-Marie Lepage et Nancy Morissette, travaillant toutes les deux dans nos résidences à assistance continue (RAC) de La Mitis. Elles ont eu la chance d'être accompagnées de parents qui ont témoigné du parcours de services de leur fils en RAC.



Les premiers répondants sauvent des vies!

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a rendu hommage à trois premiers répondants de la municipalité d'Auclair qui ont sauvé la vie d'un homme en arrêt cardiaque le 24 décembre dernier, et ce, grâce à un défibrillateur externe automatisé (DEA). L'intervention rapide et efficace de trois premiers répondants a été déterminante cette journée-là. Le CISSS du Bas-Saint-Laurent s'associe à la municipalité d'Auclair afin de leur remettre un certificat et une médaille de reconnaissance soulignant leur implication exemplaire comme premiers répondants.

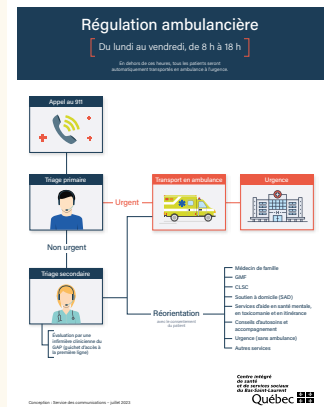
Le Bas-Saint-Laurent compte plus de 200 premiers répondants répartis dans 14 municipalités du territoire. Une équipe est également active sur la traverse Rivière-du-Loup/Saint-Siméon. À elle seule, la municipalité d'Auclair en compte 15. Les premiers répondants sont des volontaires formés par le CISSS du Bas-Saint-Laurent qui peuvent intervenir lors de situations cliniques particulières selon le niveau de formation reçu. La responsabilité de développer un service de premiers répondants relève cependant de chaque municipalité, mais se fait en collaboration avec le CISSS.

Lancement du Programme d'accueil, d'intégration et de rétention pour les employés

C'est en juillet que l'établissement a mis en place un tout nouveau Programme d'accueil, d'intégration et de rétention pour les employés. Ce programme s'adresse à tous les employés qui viennent d'être embauchés, de même qu'à ceux déjà à l'emploi qui intègrent une nouvelle équipe de travail. Issu d'une démarche de consultation auprès de nouveaux employés, de gestionnaires et des partenaires syndicaux, il vise à mettre en place des mesures gagnantes permettant aux employés d'être accompagnés de façon bienveillante à toutes les étapes de leur accueil et de leur intégration, de se réaliser positivement dans le cadre de leurs fonctions et de développer un sentiment d'appartenance favorisant leur rétention au sein de l'organisation.

Intégration de la régulation ambulancière au Guichet d'accès à la première ligne (GAP)

Le projet bas-laurentien de régulation des ambulances par les infirmières cliniciennes du Guichet d'accès à la première ligne (GAP) a été déployé. Le GAP reçoit et oriente des demandes des patients sans médecin de famille depuis plus de deux ans. Les infirmières du GAP ont développé une expertise en évaluation téléphonique et en orientation vers les soins les plus pertinents (le bon service, par la bonne personne, au bon moment). Cet atout est mis à profit pour l'ajout d'une nouvelle fonction de triage des appels classifiés non urgents en provenance du 911. Les objectifs poursuivis par ce projet sont le désengorgement des salles d'urgence, une meilleure utilisation des ressources ambulancières et une réponse aux besoins des usagers avec des services adaptés à leur situation. Le transport en ambulance et l'attente à l'urgence peuvent avoir des effets néfastes chez la population vieillissante lorsqu'il n'y a pas d'alternative proposée pour mieux répondre au besoin. L'horaire de la régulation ambulancière est établi du lundi au vendredi de 8 h à 18 h.



Mise sur pied d'une cellule de crise portant sur l'itinérance

L'itinérance est de plus en plus visible au Bas-Saint-Laurent, comme ailleurs : dans la dernière année, une vingtaine de campements ont été érigés dans quelques municipalités, des demandes d'aide de plus en plus nombreuses et variées nous sont parvenues, faisant ressortir le besoin de collaboration étroite entre certaines municipalités, les organismes communautaires, la Sûreté du Québec et le CISSS du Bas-Saint-Laurent. Notre organisation a notamment assuré des soins de santé physique et de santé mentale, de l'hébergement d'urgence et de l'aide spécialisée en matière de recherche de logement ou d'emploi.

La dernière année aura également été marquée par de très belles initiatives, dont la participation à une cellule de crise déployée par la Ville de Rimouski, permettant ainsi de coordonner les services et l'ouverture d'appartements transitoires réservés aux personnes en situation d'itinérance dans les territoires des Basques et de La Matanie. Par ailleurs, le CISSS poursuit ses démarches pour favoriser la mise sur pied de projets porteurs tels les appartements réservés.

Lancement du programme Ma famille, ma communauté à Rivière-du-Loup

Le ministre responsable des Services sociaux, M. Lionel Carmant, a participé, en août, au lancement du programme Ma famille, ma communauté (MFMC) à Rivière-du-Loup. Il s'agit de la 14^e communauté à mettre en place le programme, et la première au Bas-Saint-Laurent. Ce programme vise à éviter le placement d'un enfant ou d'un adolescent dans une ressource d'hébergement ou à en réduire les conséquences lorsque cela est inévitable. Comme stipulé dans les recommandations de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (commission Laurent), les communautés ont un rôle important à jouer pour ce qui est de la protection de nos enfants. C'est en créant autour des familles un filet social protecteur que nos enfants vivront en sécurité et qu'ils pourront bien se développer.

Le programme MFMC vise la concertation et la mobilisation de toutes les ressources de la communauté (jeunesse et adulte) afin de permettre aux familles vulnérables d'être accompagnées adéquatement dans leur milieu lors de ce processus. Le déploiement de ce programme constitue aussi une réponse à l'amélioration de l'accès aux services de proximité en permettant aux partenaires engagés dans le programme d'anticiper chez les enfants et les adolescents les besoins susceptibles de nécessiter des soins et des services. Bien que le programme soit coordonné par le CISSS du Bas-Saint-Laurent, il appartient à la communauté et sous-tend la mobilisation de partenaires pour renforcer le tissu social autour des enfants vivant une situation avec risque de placement, de déplacement ou lors d'une réunification familiale.





Une journée carrière de recrutement médical haute en couleur!

Organisée par la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), la journée Carrière 2023 a eu lieu au Palais des congrès de Montréal en septembre. À cette occasion, la délégation bas-laurentienne a contribué à faire rayonner la région à l'échelle nationale parmi les 875 médecins résidents en médecine de famille ou en médecine spécialisée qui ont pris part à l'activité. Ce sont 13 médecins issus des 8 réseaux locaux de services (RLS) du CISSS du Bas-Saint-Laurent qui étaient sur place, prêts

à rencontrer les candidats potentiels, à répondre à leurs questions relatives à la pratique médicale en région et à faire valoir les attraits distinctifs du Bas-Saint-Laurent.

Le Bas-Saint-Laurent fait partie des régions SARROS (Soutien aux régions pour le recrutement des omnipraticiens et des spécialistes), un programme mis sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour soutenir le recrutement médical dans certaines régions isolées, éloignées et désignées. La journée Carrière de la FMRQ est un rendez-vous incontournable pour le CISSS du Bas-Saint-Laurent. Elle donne l'occasion aux médecins résidents d'échanger directement avec des médecins qui pratiquent dans notre région.

Lancement du premier Guide du personnel préleveur du CISSS

L'équipe Qualité de la Direction Optilab a élaboré le tout premier Guide du personnel préleveur du CISSS du Bas-Saint-Laurent. Le Guide a été créé afin de soutenir les prescripteurs et le personnel préleveur du réseau qui doivent réaliser des prélèvements destinés aux laboratoires du CISSS. Les exigences techniques liées aux normes ISO ainsi que les réglementations en vigueur y sont aussi présentées.



Lancement du nouveau programme de reconnaissance

C'est avec fébrilité et une très grande fierté que la direction générale de l'établissement a procédé au lancement du tout nouveau programme de reconnaissance du CISSS du Bas-Saint-Laurent. Grâce à ce programme, la direction générale souhaite implanter et maintenir une culture de reconnaissance forte au sein de l'organisation, inspirée des meilleures pratiques innovantes. Les actions et les outils déployés permettront d'optimiser l'expérience des membres de la communauté CISSS et de se démarquer comme employeur de choix.

Mise sur pied de deux nouvelles directions

Pour mettre en œuvre et concrétiser les changements nécessaires identifiés dans le plan Santé (PL 15), le ministère de la Santé et des Services sociaux a fait des ressources humaines l'une de ses grandes priorités, venant ainsi réitérer que l'attraction, la gestion et la rétention du personnel doivent être au cœur de nos actions. C'est donc dans cet esprit qu'une réorganisation administrative s'est amorcée au CISSS du Bas-Saint-Laurent pour donner naissance à la Direction des ressources humaines et à la Direction des communications, des relations publiques et des affaires juridiques.

La Direction des ressources humaines assure l'ensemble de l'offre de service liée au recrutement, à la dotation, à la rémunération et aux avantages sociaux, à la formation, aux activités de remplacement, aux services aux cadres, au développement organisationnel, aux relations de travail, aux systèmes d'information RH

et à la gestion de la présence intégrée au travail. Pour sa part, la Direction des communications, des relations publiques et des affaires juridiques prend à sa charge la gestion stratégique des communications internes, externes et gouvernementales, des relations publiques et des relations avec les médias ainsi que des affaires juridiques. Ces changements s'inscrivent en cohérence avec la gestion de proximité qui sous-tend les grands chantiers en cours.

GESPHARx 8 : migration réalisée avec succès!

La migration de nos systèmes d'information et de gestion du circuit des médicaments vers un environnement GESPHARx8 a été réalisée avec succès. Il s'agit d'un point culminant du projet qui permettra de passer à la prochaine étape, soit celle de la phase d'optimisation du nouveau système d'information et de gestion du circuit des médicaments. Cette phase représente une étape cruciale dans le processus d'amélioration des pratiques cliniques et des processus de travail liés au circuit du médicament au sein de notre organisation. Au cours des prochains mois, une attention particulière sera portée à l'harmonisation et aux ajustements de nos pratiques afin de garantir une efficacité optimale et une qualité de soins de santé accrues pour la population du Bas-Saint-Laurent.



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

Au terme de quatre années au cours desquelles la pandémie de COVID-19 a eu des impacts importants sur la population bas-laurentienne ainsi que sur notre réseau régional, c'est maintenant à un retour à la normale que nos équipes ont été conviées durant les derniers mois. Les effets de la pandémie se sont fait de moins en moins sentir, l'établissement ayant repris son élan. La pression sur les équipes s'est globalement dissipée, le délestage des activités s'est estompé et le rattrapage des différentes chirurgies a notamment eu lieu.

Connaissance d'une autre langue que le français

En vertu de l'article 20.1 de la *Charte de la langue française*, le CISSS du Bas-Saint-Laurent déclare que le nombre total de postes pour lesquels la connaissance ou un niveau de connaissance d'une autre langue que le français est exigé est de 63. De plus, le nombre total de postes pour lesquels la connaissance ou un niveau de connaissance d'une autre langue que le français est souhaitable est de 103.

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



Kamouraska



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

Légende

Atteinte de l'engagement annuel à 100 %	Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 100 %
---	--

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

Enjeu 1 : Une organisation plus humaine du travail

Orientation 1 : Devenir un employeur de choix

Indicateurs	Engagement 2023-2024	Résultat au 31 mars 2024	Engagement 2026-2027
1. Taux de rétention 0-12 mois des nouvelles embauches dans le réseau (3.03)	65,1 %	N/A	69,2 %
2. Pourcentage d'employés du réseau de la santé et des services sociaux qui recommandent leur établissement comme employeur (3.02)	Établissement de la cible de départ	24,4 %	+ 4,5 % par rapport à la cible de départ
4. Nombre d'heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendante (3.06.01)	736 520 heures	N/A	761 464 heures
5. Pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones (3.01.02)	100 %	100 %	100 %

1. Taux de rétention 0-12 mois des nouvelles embauches dans le réseau (3.03)

Au moment de produire le rapport annuel, le résultat officiel de ce nouvel indicateur n'était pas encore diffusé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Au cours des dernières années, notre organisation a mis en place un programme d'accueil, d'intégration et de rétention pour les employés. Ce programme vise à mettre en place des mesures gagnantes permettant aux employés d'être accompagnés de façon bienveillante à toutes les étapes de leur accueil et de leur intégration, de se réaliser positivement dans le cadre de leurs fonctions, ainsi que de développer un sentiment d'appartenance favorisant leur rétention au sein de l'organisation. Celui-ci a également pour objectif de permettre à tous les employés de bénéficier de mesures personnalisées adaptées à leurs besoins.

Afin de maintenir notre excellent taux de rétention, nous poursuivrons la mise en place du programme d'accueil, d'intégration et de rétention pour les employés. Des mesures gagnantes sont mises en place autant par la Direction des ressources humaines (séance d'accueil, entrevue de rétention, suivi de la période de probation, etc.), par les gestionnaires (accueil, orientation, intégration, suivi en cours d'emploi, etc.) que par les équipes de travail (accueil, soutien, etc.). De plus, de nouvelles activités de reconnaissance seront aussi développées au cours de la prochaine année.

2. Pourcentage d'employés du réseau de la santé et des services sociaux qui recommandent leur établissement comme employeur (3.02)

Le résultat de cet indicateur pour notre établissement est de 24,4 % pour l'année financière 2023-2024. Le MSSS a effectué un sondage auprès du personnel pour déterminer ce taux.

Pour les prochaines années, nous commenterons davantage le résultat de cet indicateur et nous pourrions également le comparer avec notre point de départ (année financière 2023-2024). Toutefois, nous croyons que les mesures mises en place, contribuant à la rétention du personnel ainsi que les différentes activités de reconnaissance envers l'ensemble du personnel, influencent favorablement notre résultat.

4. Nombre d'heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendante (3.06.01)

Au moment de produire le rapport annuel, le résultat officiel de ce nouvel indicateur n'était pas encore diffusé par le MSSS.

Cette année, nous avons fait l'embauche/réembauche de 1721 personnes, ce qui représente un nombre plus élevé que celui des départs qui sont de 1304 personnes. Malgré cet écart positif, d'autres facteurs viennent influencer le recours aux agences de placement et l'augmentation des heures de la MOI, notamment :

- Assurance-salaire : ratio de 6,93 %;
- Temps supplémentaire : ratio de 5,33 %;
- Création de 1144 nouveaux postes (soit 932 ETC) depuis l'année financière 2019-2020, ce qui est venu accroître notre besoin additionnel de main-d'œuvre;
- Pour faire suite à l'affichage ayant eu lieu en janvier 2024, 1288 postes sont demeurés vacants. Ce nombre inclut les postes bloqués des anciens titulaires qui sont en période de probation ou d'essai sur un autre poste, ainsi que tous les postes libres de titulaires.

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

- Poursuite des travaux du comité de travail sur la MOI et du comité optimisation;
- Cibles de réduction de la MOI qui ont été données à chacune des directions;
- Plan d'action de la réduction de la MOI pour la Direction du programme d'hébergement de longue durée (DPHLD);
- Mise en place de rencontres entre les gestionnaires des installations pour trouver des solutions au manque de ressources afin d'éviter le recours à la MOI;
- Poursuite de la démarche « Expérience-employé » visant à améliorer l'accueil et la rétention;
- Poursuite de 3 projets pilotes d'autogestion des horaires avec nos employés syndiqués de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ);
- Actualisation en 2023-2024 du mandat confié à Recrutement Santé Québec (RSQ) pour l'embauche de 325 nouvelles ressources;
- Poursuite du recrutement au niveau international pour nos postes vacants;
- Engagement de personnel en surplus dans plusieurs services pour favoriser les remplacements sans avoir recours à la MOI;
- Proactivité dans le dossier des boursiers en régions éloignées pour attirer des ressources dans notre région;
- Promotion accrue des cohortes de formation menant à l'obtention d'une attestation d'études professionnelles (AEP) pour les préposés aux bénéficiaires (PAB);

- Mise en place d'un plan de visibilité pour faire la promotion des postes vacants :
 - Organisation de journées carrières dans chacune de nos MRC;
 - Intensification de la visibilité de l'image de marque de l'organisation (participation à des événements publics partout au Bas-Saint-Laurent, campagne image de marque télévisuelle à des moments stratégiques, installation d'affiches avec des codes QR dans tous les centres hospitaliers);
 - Accroissement de notre présence dans les établissements scolaires du Bas-Saint-Laurent (tournées dans les écoles, journées de l'emploi étudiant dans les campus des cégeps);
 - Attraction de la main-d'œuvre à l'échelle provinciale en fonction des catégories d'emplois (participation à certains congrès, affichage de nos offres d'emplois sur certains sites des ordres professionnels, stage exploratoire pour les étudiants, séjour individuel en partenariat avec les partenaires de la région en employabilité pour encourager des ressources à intégrer notre organisation);
- Élaboration en 2024-2025 d'un plan d'action permettant de mettre en lumière les titres d'emploi en vulnérabilité et les emplois alternatifs pour réorganiser les équipes de travail;
- Démarche de recrutement auprès du personnel provenant des MOI, travaillant déjà dans notre établissement, en simplifiant le processus d'embauche.

5. Pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones (3.01.02)

L'engagement de 100 % est atteint au 31 mars 2024. Notre résultat pour cet indicateur est passé de 98,98 % en 2022-2023 à 100 % en 2023-2024.

Ce bon résultat s'explique notamment par l'implication des directions et des gestionnaires en intégrant cette formation dans le cursus obligatoire des employés du CISSS au Bas-Saint-Laurent permettant ainsi sa pérennité.

Pour maintenir ce taux de 100 %, il faut poursuivre nos efforts en préconisant les mesures suivantes :

- Envoi de messages de rappel aux directions pour assurer le suivi des données des employés non formés;
- Amélioration de l'outil de suivi des employés formés et non formés;
- Vigie des gestionnaires pour que les employés non formés et ceux de retour au travail après une absence suivent cette formation;
- Maintien de cette formation dans le programme de formation continue à l'embauche.

Enjeu 2 : Une population en santé

Orientation 2 : Être proactif et agir de façon préventive

Indicateurs	Engagement 2023-2024	Résultat au 31 mars 2024	Engagement 2026-2027
9. Proportion des élèves de 3 ^e année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète (1.01.41)	78 %	77,8 %	84 %
12. Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (1.09.33.01)	65 %	57,9 %	80 %

9. Proportion des élèves de 3^e année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète (1.01.41)

L'engagement de 78 % est presque atteint au 31 mars 2024. Nous observons une stabilité dans le résultat obtenu pour cet indicateur passant de 77,1 % en 2022-2023 à 77,8 % en 2023-2024, ce qui représente un faible écart de 0,2 % pour atteindre la cible prévue.

L'offre vaccinale se fait majoritairement en milieu scolaire, ce qui permet de rejoindre une grande partie de la population visée. Au cours de l'année, des activités de promotion ont eu lieu comme l'envoi de lettres aux parents, d'activités de rattrapage et d'appels individuels.

En plus du rattrapage effectué en milieu scolaire, des plages de rendez-vous seront offertes dans nos points de services locaux. Des appels seront faits aux élèves non rejoints en milieu scolaire et qui n'avaient pas refusé la vaccination. Les activités actuelles de promotion seront aussi maintenues.

Une instance de concertation a été mise en place entre la direction adjointe des opérations de vaccination et dépistage (DOVD), la Direction de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse (DPJ-PJe) et la Direction de la santé publique (DSPu) afin d'élaborer des stratégies permettant d'améliorer la couverture vaccinale tant chez les jeunes en milieu scolaire qu'à l'extérieur de ce milieu.

12. Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (1.09.33.01)

L'engagement de 65 % n'est pas atteint au 31 mars 2024. Nous constatons une diminution de 2,6 % de notre résultat passant de 60,5 % en 2022-2023 à 57,9 % en 2023-2024.

Les facteurs expliquant l'écart sont :

- Enjeu de capacité en chirurgie urologique;
- Couverture médicale en angiographie;
- Choix de l'utilisateur d'être opéré par le chirurgien vu en consultation, bien que ceci signifie d'être hors délai, selon les disponibilités des programmes opératoires.

Plusieurs mesures ont été adoptées afin d'améliorer la situation :

- Révision des processus préopératoire, peropératoire et postopératoire;
- Meilleure utilisation des blocs opératoires des installations en périphérie pour diminuer l'attente dans les blocs opératoires des grands centres;
- Proposition faite à l'usager d'être opéré par un autre chirurgien du même groupe pour tenter d'éviter les hors délais;
- Centralisation de la liste d'attente opératoire pour certaines chirurgies et optimisation de la gestion des listes;
- Mise en place d'un comité tactique bloc opératoire par secteur (est et ouest);
- Vigie hebdomadaire avec les directeurs adjoints exécutifs pour améliorer le suivi des délais d'attente et la planification des chirurgies;
- Planification de la priorité opératoire en fonction de la capacité du service d'angiographie.

Enjeu 3 : Un accès aux soins et services en temps opportun

Orientation 3 : Offrir une expérience patient axée sur l'accessibilité et la qualité

Indicateurs	Engagement 2023-2024	Résultat au 31 mars 2024	Engagement 2026-2027
13. Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt (1.06.20)	171	455	228
14. Pourcentage des premières interventions à l'évaluation en Protection de la jeunesse réalisées à l'intérieur de 14 jours (1.06.06)	55 %	53,64 %	64 %
15. Proportion des usagers ayant reçu des soins et services en santé mentale dans les délais prescrits (1.08.17)	71 %	66,44 %	75 %
16. Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile (1.03.05.06)	15 182 personnes	15 361 personnes	16 082 personnes
17. Nombre de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile (1.03.25)	478 personnes	289 personnes	348 personnes
18. Nombre d'heures de service de soutien à domicile longue durée, courte durée et soins palliatifs rendues à domicile (1.03.05.05)	1 000 030 heures	1 029 203 heures	1 255 322 heures
19. Pourcentage des personnes ayant consulté un professionnel de la santé à l'intérieur de 36 heures dans les cliniques médicales (1.09.54)	20 %	37,63 %	30 %
20. Pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service en CLSC dans les délais établis selon la priorisation (7.04.06)	70 %	68,66 %	73 %
21. Pourcentage des personnes attirées à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne (1.09.58)	92 %	90,6%	95 %
22. Délai moyen de prise en charge à l'urgence pour toute la clientèle (1.09.16.01)	106 minutes	118,51 minutes	76 minutes
23. Durée moyenne de séjour sur civière (1.09.01)	7,9 heures	8,88 heures	7,5 heures
24. Pourcentage des demandes de consultations en médecine spécialisée dont les délais d'attente prévus sont dépassés (1.09.56)	50 %	61,69 %	15 %
25. Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an (1.09.32.00)	0	0	N/D ¹

¹ Les cibles de cet indicateur pour les deux dernières années (2025-2026 et 2026-2027) seront déterminées ultérieurement, au courant de l'année 2024-2025.

13. Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt (1.06-20)

L'engagement de 171 enfants est largement dépassé au 31 mars 2024. Nous observons un résultat de 455 enfants dont le dépistage a été réalisé par la plateforme numérique Agir tôt en 2023-2024. Ce résultat est similaire à celui obtenu au cours de l'année précédente qui était de 469 enfants. Ce résultat, tout comme l'an dernier, est impressionnant.

Malgré l'instabilité sur le plan des ressources humaines, l'équipe a mis en place des mécanismes lui permettant de diminuer les délais d'accès aux services et de maintenir une régularité dans la durée des dépistages. De plus, des interventions de premières intentions ont été mises de l'avant dans certaines situations où des critères favorables à ces actions étaient présents, ce qui permet à certains parents de recevoir sans délai du soutien et des recommandations d'un professionnel.

Bien que le dépistage Agir tôt soit considéré comme une activité récente sur le plan provincial (octobre 2021), notre cible a été atteinte par différents facteurs.

- Maîtrise du dépistage Agir tôt : nous constatons que le dépistage Agir tôt est bien connu dans notre organisation et les références sont fluides. Les professionnels de l'équipe clinique maîtrisent adéquatement l'utilisation des outils de dépistage accessibles sur la plateforme numérique.
- Efficacité de l'outil ABCdaire 18 mois+ : cette année, nous avons réalisé la surveillance de 1452 enfants à partir de l'outil ABCdaire 18 mois+. De ce nombre, 175 enfants ont été orientés à la plateforme de dépistage Agir tôt par le biais de cet outil, ce qui représente un taux de 12,1 %. Les besoins des enfants 0-5 ans sont en augmentation et sont majoritairement en lien avec des retards dans la sphère de la communication et du langage.
- Excellence des liens de collaboration : les mécanismes de collaboration et de référencement entre le service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) et l'équipe Agir tôt sont bien maîtrisés. Cela permet rapidement à l'enfant et à sa famille d'être orientés vers le programme de dépistage si les critères d'admissibilité sont respectés.

La cible 2023-2024 étant largement atteinte, nous souhaitons en 2024-2025 consolider nos pratiques en regard du dépistage, poursuivre la promotion de l'utilisation de l'outil de surveillance ABCdaire 18 mois+ et faciliter l'accès aux services.

14. Pourcentage des premières interventions à l'évaluation en Protection de la jeunesse réalisées à l'intérieur de 14 jours (1.06.06)

L'engagement de 55 % pour cet indicateur n'est pas atteint au 31 mars 2024. Le résultat de 53,64 % obtenu en 2023-2024 est à la baisse comparativement au résultat observé en 2022-2023 de 54,97 %.

Le contexte de pénurie de main-d'œuvre additionné à une hausse significative des évaluations réalisées par rapport à l'an dernier explique le résultat. Plus précisément, nous avons connu une augmentation de près de 20 % des évaluations réalisées par rapport à l'année précédente. Des actions concrètes ont été mises en place pour tenter d'atteindre notre objectif, mais sans pour autant donner les résultats attendus. En effet, l'application de diverses mesures de soutien des ressources humaines a été effectuée telle que des « blitz » de fin de semaine, de l'ajout d'aides sociales, un apport d'autres services aux équipes.

Nous devons poursuivre nos efforts afin d'atteindre la cible 2024-2025 qui sera de 58 %. De plus, l'indicateur sera suivi régulièrement dans la salle de pilotage de la direction afin de mettre en place des mesures en continu pour en assurer l'atteinte.

La méthode de calcul pour cet indicateur semble différente de celle utilisée par le MSSS en 2023-2024 et celle appliquée antérieurement dans le formulaire AS-480. Pour le moment, même si nos données régionales démontrent que nous avons atteint notre objectif à la hauteur de 55,8 %, nous avons dû utiliser le résultat inscrit dans les tableaux de bord du MSSS aux fins de cette présentation.

15. Proportion des usagers ayant reçu des soins et services en santé mentale dans les délais prescrits (1.08.17)

Il s'agit d'un nouvel indicateur pour lequel l'engagement de 71 % n'est pas atteint au 31 mars 2024. Le résultat obtenu en 2023-2024 est de 66,44 %.

Cet indicateur, qui concerne le volet adulte et le volet jeunesse, est composé de 5 sous-indicateurs. Voici les résultats pour chacune de ces composantes :

Sous-indicateur	Taux Adulte	Taux Jeunesse	Taux Global
Pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service ambulatoire de santé mentale en CLSC dans un délai de 30 jours ou moins (7.04.07)	73,8 %	46,17 %	68,05 %
Pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service de soutien dans la communauté en santé mentale à l'intérieur des délais prescrits (1.08.18.00)	89,61 %	s.o.	89,61 %
Pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service spécialisé en santé mentale dans un délai de 30 jours ou moins (1.08.19)	37,28 %	41,57 %	38,69 %
Pourcentage d'usagers ayant eu accès à une consultation psychiatrique à l'urgence dans un délai de 4 heures ou moins (1.09.52)	47,2 %	50 %	47,4 %
Pourcentage d'usagers admis en psychiatrie dont la durée de séjour à l'urgence est de 24 heures ou moins (1.09.53)	93,8 %	96,7 %	94,0 %

Du fait de sa complexité, cet indicateur a été difficile à suivre. Outre les trois premiers sous-indicateurs, nous n'avions pas obtenu les autres résultats de façon périodique dans les tableaux de bord ministériels ni le résultat global. Les données ont donc été partielles jusqu'au 31 mars 2024.

Les éléments du contexte et les facteurs suivants expliquent le résultat :

- Augmentation des demandes de service en santé mentale adulte et jeunesse en nombre et en complexité;
- Pénurie de logements :
 - Situation de plus en plus préoccupante au Bas-Saint-Laurent. Le taux d'inoccupation des logements se situe en moyenne autour de 0,5 %;
 - Apparition d'une nouvelle réalité, principalement depuis le printemps 2023, celle de l'itinérance visible. Actuellement, les organismes communautaires sont au maximum de leur capacité et nous avons de l'attente pour notre parc d'hébergement;
 - Obligation de passer davantage de temps à aider cette clientèle et à être très créatifs dans le soutien à lui apporter. Le nombre d'heures nécessaires au traitement de ces demandes a comme impact, entre autres, de faire augmenter nos listes d'attente;
 - Augmentation du potentiel de risque que les autres dossiers soient traités hors délai;
- Malgré les enjeux de la pénurie de main-d'œuvre, les équipes des services ambulatoires et dans la communauté pour la clientèle adulte réussissent à maintenir un accès aux services dans les délais, au-delà des cibles attendues;
- Du côté des équipes en santé mentale jeunesse, les demandes référées au mécanisme d'accès ont pratiquement doublé, passant de 382 demandes en 2022-2023 à 608 demandes en 2023-2024;
- Services spécialisés :
 - Augmentation des demandes pour ce secteur d'activité, ce qui est également observable au niveau de la fluidité hospitalière;
 - Absence de psychiatres et la difficulté de recrutement influencent notre capacité à répondre aux besoins de la clientèle adulte dans les délais;
 - Absence de deux pédopsychiatres sur cinq en 2023-2024 a eu des impacts faisant en sorte que nous avons cumulé des retards importants;
 - Lors de période de garde durant les heures défavorables, le délai d'accès à la consultation par le psychiatre et le pédopsychiatre à l'urgence risque d'augmenter;
 - Délais parfois observés entre le besoin de consultation identifié à l'urgence et le moment où la demande est adressée au service de psychiatrie et de pédopsychiatrie, ce qui peut contribuer au dépassement des délais requis.

Les mesures mises en place pour favoriser une amélioration du résultat :

- Dépôt d'un projet concerté de rattrapage des listes d'attente en santé mentale, adulte et jeunesse au MSSS. L'acceptation de ce projet permettrait de réduire considérablement les délais d'attente pour nos usagers.
- Poursuite de l'implantation du mécanisme d'accès en santé mentale (MASM) aura comme effet :
 - De centraliser l'ensemble des demandes afin d'orienter au bon service et au bon réseau local de services (RLS);
 - D'harmoniser l'offre de service à la clientèle;
 - D'assurer une plus grande fluidité dans l'accès aux services;
 - De mieux coordonner les situations complexes;
 - D'avoir des trajectoires de service plus claires.
- Pour les services spécialisés :
 - Participation active aux travaux d'envergure en cours en lien avec la fluidité hospitalière;
 - Efforts de recrutement constants;
 - Autres solutions appliquées : Accès aux psychiatres dépanneurs, gestion régionale des unités de psychiatrie et du plan de débordement;
 - Collaboration de la DQEPE afin d'obtenir des données fiables facilitant l'analyse des écarts.

Les difficultés liées à la méthodologie de l'indicateur :

Nous avons de la difficulté à bien interpréter ce qui est réellement attendu dans le cadre des services spécialisés, puisque selon le type d'indicateur, les délais d'accès requis sont différents.

En ce qui concerne le sous-indicateur «Pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service spécialisé en santé mentale dans un délai de 30 jours ou moins (1.08.19)», il est considéré que le délai requis pour obtenir un premier rendez-vous de consultation médicale d'un service spécialisé en santé Amentale serait de 30 jours ou moins. Par ailleurs, pour d'autres indicateurs, comme le «Pourcentage des demandes de consultations en médecine spécialisée dont les délais d'attente prévus sont dépassés (1.09.56)», les critères utilisés par le Centre de répartition des demandes de services (CRDS) en médecine spécialisée, incluant les psychiatres et les pédopsychiatres, sont basés sur les délais requis qui varient en fonction de la priorité accordée à la condition clinique de l'utilisateur (Priorité A, B, C, D et E) :

- Priorité A ≤ 3 jours;
- Priorité B ≤ 10 jours;
- Priorité C ≤ 28 jours;
- Priorité D ≤ 3 mois (90 jours);
- Priorité E ≤ 1 an (365 jours).

Nous croyons que l'utilisation de critères différents ou de délais différents pour l'accès aux médecins spécialistes peut porter à confusion.

16. Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile (1.03.05.06)

L'engagement de 15182 personnes est atteint au 31 mars 2024. Nous observons une stabilité dans le résultat obtenu pour cet indicateur passant de 15349 personnes recevant des services de soutien à domicile en 2022-2023 à 15361 personnes en 2023-2024.

Les facteurs qui expliquent le résultat :

- Processus rigoureux d'analyse des demandes de services reçues afin d'axer sur la pertinence;
- Mise en place des bonnes pratiques de gestion et de révision des charges de cas par tous les intervenants permettant d'améliorer le délai de prise en charge de nouvelles demandes de service. Ce mécanisme est en cohérence avec les directives du MSSS.

Les mesures qui seront mises en place pour favoriser une amélioration du résultat :

- Plus grande publicisation auprès de la clientèle des services de soutien à domicile;
- Prise en charge conjointe avec d'autres directions des clientèles ayant des besoins ne cadrant pas dans un seul programme-service.

Pour assurer la qualité des données, nous avons instauré un processus rigoureux de vigie de qualité des données saisies dans l'applicatif I-CLSC afin de cibler les erreurs et d'apporter les correctifs. Cette vigie qualité a été également bénéfique pour les deux autres indicateurs suivants :

- Nombre de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile (1.03.25);
- Nombre d'heures de service de soutien à domicile longue durée, courte durée et soins palliatifs rendues à domicile (1.03.05.05).

17. Nombre de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile (1.03.25)

L'engagement de 478 personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile est atteint au 31 mars 2024. Nous observons une diminution du nombre de personnes en attente dans les résultats obtenus, 289 personnes étaient en attente au 31 mars 2024 comparativement à 349 personnes l'année précédente.

Les facteurs qui expliquent le résultat :

- Instauration d'une vigie qualité dans le processus de révision des listes d'attente en soutien à domicile contribuant favorablement à la diminution du nombre de personnes en attente;
- Mise en place des bonnes pratiques de gestion et de révision des charges de cas par tous les intervenants permettant d'améliorer la prise en charge des dossiers en attente.

18. Nombre d'heures de service de soutien à domicile longue durée, courte durée et soins palliatifs rendues à domicile (1.03.05.05)

L'engagement de 1000 030 heures est atteint au 31 mars 2024. Nous observons une augmentation du nombre d'heures pour cet indicateur passant de 1008 314 heures en 2022-2023 à 1029 203 heures en 2023-2024.

Cette augmentation témoigne de l'intensification des services au soutien à domicile réalisée sur l'ensemble du territoire bas-laurentien depuis les dernières années. Pour répondre à la population vieillissante, l'offre de service est adaptée et les heures de services rendus sont bonifiées.

Les facteurs qui expliquent le résultat :

- Collaboration avec les partenaires pour faire connaître les services du soutien à domicile afin que les usagers puissent demeurer dans leur milieu de vie le plus longtemps possible;
- Mise en place d'une campagne de sensibilisation et de promotion auprès des intervenants et gestionnaires au fait que la qualité des statistiques représente une clé importante à la qualité des soins et services;
- Besoins croissants pour la clientèle à domicile;
- Nombre de places limitées en hébergement.

Les mesures qui seront mises en place pour favoriser une amélioration du résultat :

- Plus grande publicisation des services de soutien à domicile auprès de la clientèle;
- Prise en charge, conjointement avec d'autres directions, des clientèles ayant des besoins ne cadrant pas dans un seul programme-service.

19. Pourcentage des personnes ayant consulté un professionnel de la santé à l'intérieur de 36 heures dans les cliniques médicales (1.09.54)

L'engagement de 20 % est atteint au 31 mars 2024. Toutefois, comme il s'agit d'un nouvel indicateur pour notre établissement et que le résultat obtenu de 37,63 % a été connu uniquement au 31 mars 2024, il a été impossible de suivre l'évolution de cet indicateur au cours de l'année 2023-2024.

Les précisions concernant le contexte et les facteurs vont se raffiner en 2024-2025. Nous tentons de bien cerner comment nous pouvons aider les cliniques médicales et groupes de médecine de famille (GMF) à atteindre ces résultats.

Les modalités restent à définir. Dans un premier temps, nous souhaitons avoir la capacité d'accéder au rapport pro forma de chaque clinique pour être en mesure de suivre leurs résultats périodiques. Pour le moment, la donnée nous est transmise par le MSSS.

20. Pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service en CLSC dans les délais établis selon la priorisation (7.04.06)

L'engagement de 70 % n'est pas atteint au 31 mars 2024. Nous observons une diminution du taux obtenu pour cet indicateur passant de 70,02 % en 2022-2023 à 68,66 % en 2023-2024.

Cet indicateur est composé de plusieurs programmes-services. Voici les résultats pour chacune de ces composantes :

Programme-services	Taux Jeunesse	Taux Adultes	Taux Global
Agir tôt	30,06 %	s.o.	30,06 %
Cessation tabagique	s.o.	69,23 %	69,23 %
Déficiences (DP-DI-TSA)	68,18 %	68,97 %	68,82 %
Dépendances	s.o.	57,14 %	57,14 %
Jeunes en difficulté	40,50 %	51,05 %	45,51 %
PQPTM	62,50 %	54,29 %	55,81 %
Programme OLO	84,38 %	87,69 %	87,04 %
Santé mentale	42,92 %	73,45 %	67,01 %
Services sociaux généraux	42,58 %	75,91 %	70,94 %
SIPPE	85,96 %	80,49 %	82,73 %
Soutien à domicile	68,42 %	78,74 %	78,69 %
Global	39,25 %	76,21 %	68,66 %

Voici un résumé, par programme-service, des facteurs qui expliquent nos résultats et les mesures qui seront mises en place pour les améliorer au cours de la prochaine année financière.

Agir tôt :

- Nombre élevé de repérage et de dépistage dans le programme Agir tôt au Bas-Saint-Laurent. Toutefois, ce franc succès occasionne davantage de références, principalement en orthophonie, ergothérapie et physiothérapie, qui ont des répercussions directes sur les délais d'accès;
- Révision et bonification de l'offre de service prévue en 2024-2025.

Cessation tabagique :

- Absence temporaire de personnel dans certains réseaux locaux de services (RLS) et difficultés de remplacement. Certains usagers se rendent directement dans les pharmacies communautaires pour recevoir les services;
- Encouragement de l'utilisation de l'approche entretien motivationnel;
- Recrutement de nouveaux intervenants afin de compenser le manque de personnel.

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

Augmentation du nombre de jeunes orientés vers les services spécifiques et spécialisés en DP-DI-TSA à la suite de l'actualisation du programme Agir tôt. N'ayant pas reçu de ressources financières additionnelles pour l'embauche de personnel, il est difficile de faire face à cette augmentation d'usagers.

- Transfert d'usagers du soutien à domicile (SAD) vers les services spécifiques en déficience physique (DP) adulte;
- Plusieurs postes d'intervenants sont vacants dans les services aux adultes en DI-TSA, ce qui entraîne une réorganisation des services et une pression sur les équipes en place;
- Découverte de faux hors délai dans le plan d'accès, à cause de la manipulation de 2 systèmes d'information parallèles, lors du transfert des services spécialisés vers les services spécifiques;
- Afin d'améliorer le résultat en 2024-2025, les mesures suivantes sont préconisées :
 - Identification des interventions prioritaires et révision des listes d'attente pour éviter les doublons entre les différents programmes services;
 - Recrutement d'effectifs – aide en réadaptation et étudiants;
 - Mise en place des mesures d'appoint ou alternatives pour accélérer la réponse aux besoins des usagers;
 - Mise en place d'un guichet unique favorisant une meilleure orientation des usagers. Un projet a été déposé au MSSS visant le rattrapage des listes d'attente en pédiatrie;
 - Réorganisation du travail, analyse des charges de cas et actualisation du rôle de l'intervenant pivot;
 - Diversification des modes d'intervention et implication des partenaires dans l'offre de service;
 - Formation et informations adressées aux intervenants concernant l'utilisation optimale des applicatifs cliniques I-CLSC et SIPAD;
 - Meilleure compréhension de l'indicateur par les intervenants.

Dépendances :

- Usagers ayant un profil nécessitant plus de temps d'intervention et qui sont plus difficiles à rejoindre;
- Demandes de service et besoins exprimés en hausse constante, surtout dans les plus grands centres;
- Roulement de personnel qui amène un ralentissement des activités;
- Travaux prévus avec les équipes pour trouver des pistes d'amélioration à court terme.

Jeunes en difficulté :

- Pénurie de main-d'œuvre;
- Légère augmentation des demandes de service;
- Volume de références élevées provenant du mécanisme de priorisation en protection de la jeunesse;
- Implantation en 2024-2025 du guichet d'accès intégré et révision de l'offre de service, notamment en mettant de l'avant les interventions de premières intentions et l'offre d'intervention de groupe.

Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) :

- Poursuite de l'implantation du PQPTM, des trajectoires de soins et services et de l'accompagnement clinique des intervenants terrain.

Programme OLO (œuf-lait-orange) :

- Maintien des activités en place considérant l'excellent résultat que nous avons dans ce programme.

Santé mentale :

- Demandes référées au mécanisme d'accès en santé mentale jeunesse ont presque doublé;
- Consolidation des interventions de premières intentions (autosoin, éducation psychologique) au sein du mécanisme d'accès en santé mentale jeunesse;
- Maintien du suivi régulier des données en santé mentale adulte en assurant une vigie serrée de cet indicateur. Cet indicateur sera discuté avec les équipes lors de la tournée de direction.

Services sociaux généraux (SSG)

- Volet jeunesse :
 - Enjeux de pénurie de main-d'œuvre et augmentation des demandes concernant les jeunes en difficulté (JED). Ces 2 éléments ont directement un impact sur notre capacité de prise en charge en SSG, puisque ce sont les mêmes intervenants qui desservent les 2 programmes;
 - Amélioration à venir par l'implantation du guichet d'accès intégré et la révision de l'offre de service, en mettant notamment de l'avant les interventions de première intention et l'offre d'intervention de groupe.
- Volet adulte :
 - Pression de plus en plus grande pour ce secteur d'activités, mais nous demeurons en vigie;
 - Maintien de l'efficacité de nos interventions à court terme au service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR), ce qui contribue à un résultat positif sur cette cible.

Programme de services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE) :

- Maintien de nos actions de sensibilisation auprès des intervenants par l'intermédiaire des comités locaux SIPPE en collaboration avec la Direction de la santé publique.

Soutien à domicile (SAD) :

- Contexte difficile sur le plan de la couverture en services psychosociaux, ergothérapie et physiothérapie à domicile dans certains territoires du Bas-Saint-Laurent;
- Travaux débutés en 2023-2024 dans le but d'instaurer un processus uniforme de gestion de liste d'attente pour tous les professionnels. Une révision clinico-administrative en continu des demandes selon la priorisation est exigée minimalement 1 fois par mois avec un mécanisme d'attribution de dossiers;
- Travaux en cours sur la mise en place des bonnes pratiques de révision et de gestion des charges de cas par tous les intervenants du SAD qui permettront d'améliorer la prise en charge des dossiers;
- Mise en place d'un processus de rappels automatisés par courriel aux intervenants pour les demandes dépassant le délai de priorisation établi. Actuellement, le processus est mis en place dans deux MRC et nous poursuivons nos efforts pour le déployer dans les autres territoires;
- Instauration d'un processus rigoureux de vigie de qualité des données dans l'appliquet I-CLSC.

21. Pourcentage des personnes attirées à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne (1.09.58)

Il s'agit d'un nouvel indicateur pour lequel l'engagement de 92 % n'est pas atteint au 31 mars 2024. Le résultat obtenu pour cet indicateur est de 90,6 %.

L'indicateur représente le pourcentage de la population admissible qui est attirée à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne. Ceci inclut l'inscription individuelle auprès d'un médecin de famille ou auprès d'une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) et l'inscription auprès d'un groupe de médecins de famille (GMF). Au Bas-Saint-Laurent, nous avons une population admissible de 197 855 usagers. Parmi eux, 179 257 usagers ont accès à un service de première ligne.

Plusieurs facteurs expliquent le résultat de cet indicateur :

- Fluctuation du nombre de médecins de famille dans la région : 14 arrivées et 12 départs en 2023-2024). Bien qu'il y ait plus d'arrivées que de départs, la prise en charge par les nouveaux médecins se fait progressivement. Par ailleurs, les médecins de moins de 15 ans d'expérience doivent composer avec leurs engagements au niveau des activités médicales particulières (AMP), telles que les activités en centres hospitaliers, en CHSLD, dans les urgences, etc. L'équipe du Département régional de médecine générale (DRMG) suit l'évolution de la prise en charge périodiquement;
- Fluctuation des patients inscrits et orphelins au guichet d'accès à un médecin de famille. Cet indicateur fluctue selon les départs des médecins, on remarque des pics d'enregistrement, alors que la prise en charge est plutôt progressive;
- Fin de l'entente entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le MSSS, prévue au printemps 2024, facilitant la prise en charge de patients par un groupe de médecine de famille, crée un climat d'incertitude et ne favorise pas l'augmentation des engagements.

Le suivi périodique de cet indicateur permet d'effectuer une vigie ainsi qu'une rétroaction rapide sur les processus ou facteurs qui influencent les résultats. Le tout est suivi au DRMG avec les représentants de chaque territoire.

22. Délai moyen de prise en charge à l'urgence pour toute la clientèle (1.09.16.01)

L'engagement de 106 minutes n'est pas atteint au 31 mars 2024. Nous observons une légère augmentation du délai moyen de prise en charge à l'urgence pour toute la clientèle passant de 116,69 minutes en 2022-2023 à 118,51 minutes en 2023-2024.

Les facteurs expliquant l'écart sont :

- Liens directs avec la pratique médicale et leur organisation du travail;
- Absence de coordonnateur médical des urgences;
- Grand nombre de médecins dépanneurs.

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

- Vigie en continu des indicateurs influençant le temps d'attente à l'urgence;
- Suivi de cet indicateur lors des rencontres mensuelles des chefs d'urgence;
- Rencontres médico-administratives avec les cogestionnaires médicaux de chaque RLS;
- Analyse de facteurs influençant la prise en charge dans chaque urgence du CISSS du Bas-Saint-Laurent et mise en place de mesures correctrices, par exemple, la prise en charge en fin de soirée et nuit;
- Implantation de l'algorithme décisionnel pour réorienter et augmenter le pourcentage de réorientation de chaque urgence.

23. Durée moyenne de séjour sur civière (1.09.01)

L'engagement de 7,9 heures n'est pas atteint au 31 mars 2024. Nous constatons une augmentation de la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence, passant de 8,22 heures en 2022-2023 à 8,88 heures en 2023-2024.

Les facteurs qui expliquent le résultat :

- Augmentation de la durée moyenne de séjour des usagers en attente de lits d'hospitalisation;
- Réduction du nombre de lits hospitaliers due au manque de ressources humaines;
- Problématique de disponibilité de chambres individuelles pour la clientèle isolée, qui est en augmentation.

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

- Élaboration et implantation de plans de débordement;
- Transfert d'usagers vers des établissements ou installations périphériques en cas de débordement;
- Ajout d'une travailleuse sociale à l'urgence pour les réorientations en soutien à domicile et en santé mentale;
- Transfert de la gestion des lits aux directeurs adjoints exécutifs de chacun des réseaux locaux de services (RLS), afin de permettre une approche matricielle entre ces directeurs et les différents programmes cliniques pour améliorer la fluidité hospitalière;
- Instauration d'une nouvelle pratique de cohorte à la chambre pour clientèle avec pathogène pour faciliter la gestion des cas d'isolement;
- Révision du processus de prise en charge des consultations médicales spécialisées et uniformisation de la pratique dans l'établissement;
- Révision du processus de priorisation de la clientèle de l'urgence pour l'imagerie médicale;
- Autorisation des congés de la clientèle couchée sur civière le soir et même la nuit;
- Mise en place d'une trajectoire qui permet à la clientèle stable de revenir le lendemain pour les examens non disponibles sur les quarts défavorables;
- Suivi de l'indicateur de temps entre l'attribution d'un lit et l'admission à l'unité.

24. Pourcentage des demandes de consultations en médecine spécialisée dont les délais d'attente prévus sont dépassés (1.09.56)

L'engagement de 50 % n'est pas atteint au 31 mars 2024. Nous observons une diminution dans le résultat obtenu pour cet indicateur passant de 61,02 % en 2022-2023 à 61,69 % en 2023-2024. D'autre part, 9 spécialités sur 22 atteignent la cible de 50 % et moins et il convient aussi de mentionner que la liste d'attente totale a diminué de près de 1300 consultations depuis l'an dernier et que, parmi les consultations en attente, l'oto-rhino-laryngologie (ORL), la gynécologie-obstétrique et la neurologie représentent à elles seules 42 % de l'ensemble des consultations en attente avec des pourcentages de hors délais élevés alors que ces spécialités ne représentent qu'un faible nombre de médecins spécialistes.

Les facteurs qui expliquent ce résultat :

D'abord, il existe des enjeux purement d'effectifs médicaux. Le recrutement en ORL est lent et pendant plusieurs mois, au courant des dernières années, nous n'avions eu qu'une seule ORL sur le territoire à temps plein. Maintenant, nous sommes rendus à 4, mais cela s'avère insuffisant pour rattraper le retard et, à part les urgences pour lesquelles des corridors ont pu être convenus avec le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), il y a une absence de soutien de la part de notre réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUISSS) ou même du reste de la province quand il s'agit de 2^e ou 3^e offre. On comprend que l'accès en ORL est un enjeu au niveau national, mais ça n'aide pas à la situation.

Sur le plan de la gynécologie-obstétrique, l'ouest du territoire vit certains enjeux d'effectifs qui affectent le volume de consultations. Également, on note des enjeux de pertinence des consultations adressées par la première ligne. D'ailleurs, dans cette spécialité, 70 % des consultations en attente sont des E et près de 70 % de ces mêmes consultations sont hors délais. Nous croyons que ce nombre pourrait être atténué par une meilleure prise en charge en première ligne. Il convient aussi de mentionner que certains soins en gynécologie-obstétrique nécessitent de l'interdisciplinarité avec d'autres professionnels et que les défis de main-d'œuvre peuvent ralentir la dotation de certains postes.

L'ensemble des spécialités présentent des éléments à améliorer et nous aurons à y travailler. Cependant, cette année, la productivité globale est à la hausse démontrant quand même un engagement des équipes à vouloir atteindre les cibles d'accès et à rendre les services aux usagers.

Finalement, il convient de mentionner qu'il existe des enjeux clinico-administratifs nuisant à la saine gestion des rendez-vous. D'abord, les rendez-vous ne sont plus systématiquement confirmés par téléphone auprès des usagers dans certaines spécialités faute de ressources humaines. Cela a eu pour impact de doubler le taux d'absentéisme pour certaines cliniques, ce qui nuit à la prestation de services. Ensuite, le système de rendez-vous (RV) est désuet depuis des années et cela est su et mentionné depuis 2016 sans qu'il y ait eu à ce jour de solution pertinente pour régler la situation, bien que le Dossier santé numérique (DSN) à venir devrait nous soutenir de façon concrète. Cela amène des doublons et une lourdeur dans la gestion des absences et des non-disponibilités. La capacité à ouvrir les cliniques externes au maximum n'est pas soutenue dans l'année et certaines spécialités auraient besoin d'un meilleur soutien administratif pour parvenir à accroître leur productivité.

Les mesures correctrices mises en place pour favoriser une amélioration du résultat :

- Épuration des listes d'attente à terminer;
- Finalisation de l'automatisation des rappels au niveau des hors délais;
- Utilisation plus fréquente du conseil numérique;
- Création de capsules de formation pour plusieurs conditions cliniques pouvant être prises en charge en première ligne avec un meilleur accompagnement;
- Réduction du taux d'absentéisme aux rendez-vous et planification d'un soutien clérical opportun;
- Poursuite de la consolidation des effectifs en neurologie et en ORL;
- Consolidation des 2^e et 3^e offres possibles avec d'autres établissements;
- Production de règles d'utilisation des ressources en clinique externe au courant de la prochaine année.

Nos systèmes d'information étant vétustes et pas encore tous régionalisés, il est souvent difficile de garantir une qualité optimale des données. Cela étant, au fil du temps, différentes mesures ont été appliquées pour nous permettre d'avoir des statistiques davantage fiables et représentatives du niveau réel de service offert.

25. Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an (1.09.32.00)

L'engagement voulant qu'aucune demande de chirurgie ne soit en attente depuis plus de 1 an est atteint au 31 mars 2024. De plus, nous constatons une grande amélioration de notre résultat passant de 49 demandes en attente au 31 mars 2023 à aucune demande au 31 mars 2024.

Les facteurs qui expliquent le résultat :

- Suivi individuel avec les listes hors délais;
- Suivi hebdomadaire des délais entre le coordonnateur médical du bloc opératoire et le chef de service du secteur;
- Identification des patients hors délais afin de réserver un nombre de lits d'hospitalisation en chirurgie;
- Vérification des cas hors délais qui sont retardés pour des raisons médicales afin de les retirer du calcul de l'indicateur;
- Amélioration de la trajectoire de soins, de la première rencontre avec le chirurgien, à la planification et suivi des examens diagnostiques, jusqu'à la planification de la date de la chirurgie;
- Révision des processus préopératoire, peropératoire et postopératoire;
- Meilleure utilisation des blocs opératoires des installations en périphérie pour diminuer l'attente dans les blocs opératoires des grands centres;
- Proposition faite à l'utilisateur d'être opéré par un autre chirurgien du même groupe pour tenter d'éviter les hors délais;
- Centralisation de la liste d'attente opératoire pour certaines chirurgies, optimisation de la gestion des listes;
- Mise en place d'un comité tactique bloc opératoire par secteur (est et ouest);
- Vigie hebdomadaire avec les directeurs adjoints exécutifs pour améliorer le suivi des délais d'attente et la planification des chirurgies.

Les difficultés liées à la qualité des données :

Il est important de souligner les difficultés rencontrées pour arriver à établir le résultat réel de cet indicateur.

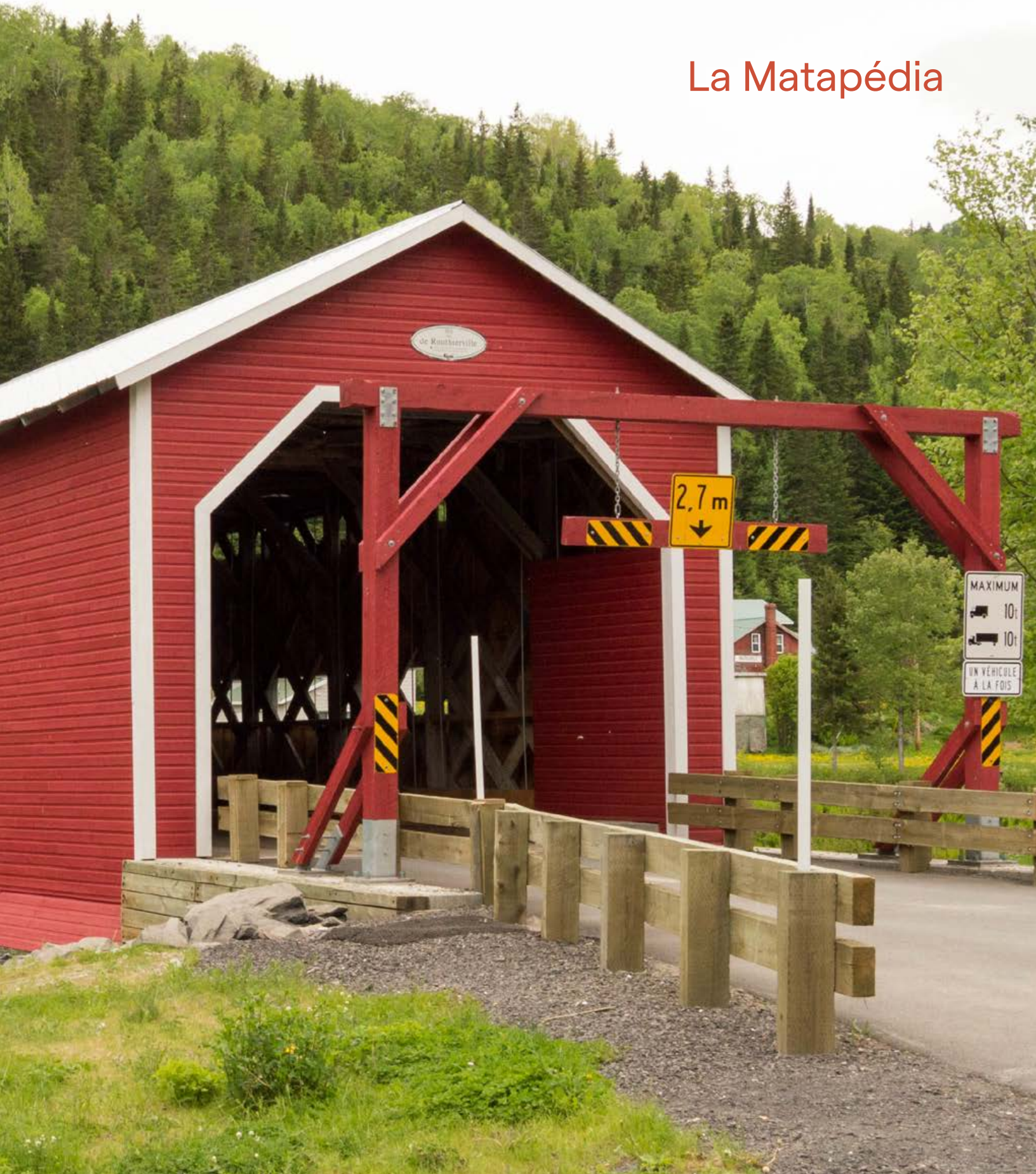
Contrairement à ce qui figure dans les tableaux de bord ministériels, le résultat n'est pas de 8 demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an, mais bien de 0. Aux fins de sa présentation, le MSSS utilise le résultat provenant du Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS) 8 jours après la date de fin de période qui se terminait le 31 mars 2024. Aucune mise à jour des données n'est effectuée par la suite de la part du MSSS.

Il s'avère que notre établissement a dû procéder aux correctifs après ce délai de 8 jours. Le MSSS nous a transmis 8 numéros de dossiers, dont 7 qui ont pu être corrigés directement dans nos systèmes d'information des blocs opératoires (usagers non disponibles, chirurgies annulées, etc.). Ces corrections sont transférées dans l'entrepôt de données de SIMASS par interface, et ce, au cours du mois de mai 2024. Toutefois, pour des raisons que nous ignorons, 1 demande demeure toujours active dans l'entrepôt de données de SIMASS en date du 31 mars 2024, même si dans les faits l'utilisateur est bien codé non disponible dans notre système d'information des blocs opératoires. Malgré plusieurs tentatives à l'interne, il est impossible d'apporter les correctifs. Cette problématique met en évidence la limite de la version du logiciel Gestion des interventions chirurgicales (GIC) que nous détenons, soit un problème de transfert d'informations dans l'interface avec l'entrepôt de données SIMASS, ce qui engendre un calcul inadéquat du délai d'attente.

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



La Matapédia



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

5.1 L'agrément

Fin du premier cycle d'évaluation d'Agrément Canada

Au terme du cycle 1, le CISSS du Bas-Saint-Laurent a obtenu son statut « agréé » en septembre 2023. L'organisation a obtenu un taux de conformité de 93,7 %, comparativement à un taux de 94,4 % pour le reste du réseau de la santé et des services sociaux.

Pour ce qui est des pratiques organisationnelles requises (POR), le CISSS du Bas-Saint-Laurent a obtenu un résultat de 73,2 % de taux de conformité. Le résultat du réseau est de 81,0 %. À titre de rappel, les POR sont des pratiques essentielles et qui doivent être en place pour améliorer la sécurité des usagers et réduire au minimum les risques dans l'établissement.

À l'intérieur du rapport du cycle 1, Agrément Canada a identifié quelques forces et quelques possibilités d'amélioration au CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Secteurs d'excellence :

- processus de planification et de contrôle budgétaire structuré;
- intégration efficace de la gestion de la performance dans certaines directions;
- cogestion médicale efficace;
- proximité des services aux usagers sur un vaste territoire;
- équipe qualité dynamique et accessible.

Possibilités d'amélioration :

- officialiser la qualité et la sécurité en tant que priorités stratégiques de l'organisation;
- élaborer un cadre conceptuel en matière d'éthique;
- améliorer les mécanismes de communication à l'interne et à l'externe;
- diffuser plus largement le plan de mesures d'urgence;
- implanter l'approche usager partenaire à travers toute l'organisation.

Malgré la fin du cycle 1, certains suivis restent à faire auprès d'Agrément Canada dont :

Suivi de preuves concernant la visite d'Agrément Canada de septembre 2022 (santé physique, services généraux et télésanté)

- Les directions cliniques ont poursuivi les travaux d'amélioration afin d'atteindre la conformité complète dans tous les secteurs. Ainsi, 109 suivis de preuves ont été transmis à Agrément Canada en août 2023.
- À la suite du premier suivi, 60 critères sont restés non conformes. En février 2024, un deuxième suivi et de nouvelles preuves ont été déposés en vue d'atteindre la conformité.
- Les enjeux se situent principalement au niveau du bilan comparatif des médicaments, de la transmission de l'information au point de transition ainsi que de la prévention du suicide.

Suivi de preuves concernant la visite d'Agrément Canada de mars 2023 (déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme ainsi que soutien à l'autonomie des personnes âgées)

- Les travaux d'amélioration ont été réalisés afin d'atteindre la conformité complète dans tous les secteurs.

Des mesures à prendre étaient exigées afin d'apporter des améliorations et, par le fait même, de conserver le statut d'organisme agréé :

- 27 suivis de preuves pour la Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DPDI-TSA-DP);
- 46 suivis de preuves pour la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA). Le dépôt final des preuves pour les suivis est exigé pour avril 2024.

Nouveau cycle de cinq ans d'Agrément Canada

Le 2^e cycle de cinq ans des visites d'Agrément Canada débutera en juin 2024.

En juin 2023, nous avons entamé la préparation de la visite. Ce sont principalement les directions administratives qui seront visitées pour le volet leadership et les normes transversales (situation d'urgences et sinistres, santé publique, télésanté, prévention et contrôle des infections, retraitement des dispositifs médicaux et circuit du médicament).

Accréditation des laboratoires de biologie médicale

Le Bureau de normalisation du Québec (BNQ) a visité les neuf laboratoires de biologie médicale du Bas-Saint-Laurent entre le 3 avril et le 16 juin 2023. Il s'agissait d'une visite de réévaluation (1^{er} cycle) pour reconduire l'accréditation octroyée par le Conseil canadien des normes (CCN) le 1^{er} mai 2022. À la suite d'un processus rigoureux d'évaluation, le maintien de l'accréditation a été confirmé le 22 janvier 2024.

De plus, l'accréditation inclut dorénavant les sept laboratoires de la Gaspésie sous la supervision de la Direction Optilab. Les visites ont eu lieu entre le 3 octobre et le 15 novembre 2023. Le processus de réponses pour atteindre la conformité est terminé. La Direction Optilab attend la confirmation d'accréditation du CCN à la suite de la recommandation du BNQ.

Évaluation par d'autres organisations externes

Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

Dans le cadre du processus d'inspection des installations menant des activités contrôlées en vertu de la *Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines (LAPHT)* et de la *Loi sur la santé des animaux (LSA)*, les laboratoires de biologie médicale suivants ont été visités par l'ASPC afin de déterminer s'ils satisfont aux exigences physiques et opérationnelles d'un laboratoire de niveau de confinement 2.

Transport Canada

En vertu de l'article 15 de la *Loi de 1992 sur le transport des marchandises*, une visite d'inspection a eu lieu dans les laboratoires suivants afin de s'assurer que *la manutention, la demande de transport et le transport des marchandises dangereuses sont effectués conformément au Règlement sur le transport des marchandises dangereuses (RTMD)*.

Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec (OPTMQ)

Dans le cadre du processus de surveillance générale de la profession, les technologistes médicaux des neuf installations du Bas-Saint-Laurent ont été, ou seront soumis, à une visite d'inspection professionnelle au cours de l'année 2023-2024. L'inspection professionnelle est un mécanisme préventif présent dans tous les ordres comme un moyen de protection du public. L'Ordre doit évaluer la qualité de la pratique et le respect des lois, des règlements et du code de déontologie.

Tableau synthèse des évaluations externes 2023 – Optilab

Organisme externe	Objet de la visite	Secteur visité	Site visité	Date	Commentaires
BNQ	Maintien de l'accréditation ISO 15189 octroyée par le Conseil canadien des normes (CCN)	Biochimie et hématologie	Toutes les installations Bas-Saint-Laurent	Avril - Juin 2023	8 non-conformités (NC) observées, toutes fermées sans suivi dès juillet.
Transport Canada	Conformité aux exigences du Règlement sur le transport des matières dangereuses du Canada	Transport, Direction de la logistique	Rimouski	Juillet 2023	Les laboratoires sont conformes et les équipes étaient en contrôle, bonne maîtrise et application des procédures opérationnelles normalisées
OPTMQ	Visite d'inspection professionnelle	Laboratoire de biologie médicale	Rimouski	Septembre 2023	Rapport d'inspection envoyé à chaque employé. Confidentiel.
BNQ	Maintien de l'accréditation ISO 15189 octroyée par le CCN	Système de management de la qualité	Rimouski	Septembre 2023	10 NC observées – En cours de résolution. Date de dépôt des preuves : 30 janvier 2024.
BNQ	Maintien de l'accréditation ISO 15189 octroyée par le CCN	Biochimie et hématologie	Installations de la Gaspésie	Octobre à novembre 2023	15 NC observées - En cours de résolution. Date de dépôt des preuves : 30 janvier 2024.
ASPC	Maintien du permis d'agent pathogène et de toxine, conformément à la <i>Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines</i>	Microbiologie	Chandler	Décembre 2023	4 NC observées - Date de dépôt des preuves : mars 2024 : 2 ont été résolues le jour même de l'évaluation et retirées du rapport; 1 en cours de résolution par le laboratoire; 1 en cours de résolution par le service hygiène et salubrité.

Conclusion

Cette année fut marquée par plusieurs changements et consolidations des activités liées à la qualité. L'arrivée de nouveaux membres dans l'équipe qualité a permis de développer et de mettre en place des moyens de maîtrise qui se sont révélés efficaces et en harmonie avec le processus d'amélioration continue. Nul doute que 2024 nous permettra de consolider notre rôle de vigie.

La reconnaissance de l'importance du travail des employés des laboratoires aide à mobiliser les équipes. La satisfaction des employés face à la direction a augmenté. La communication transversale est de plus en plus présente et de nombreux outils permettent cette belle progression (Teams, Info-Optilab).

La collaboration entre les directions partenaires et les laboratoires est en constante amélioration; les processus relatifs à la qualité sont également pris en compte dans les décisions. Nous avons su faire connaître les

laboratoires, leurs services, leurs acteurs, mais, plus important encore, leurs exigences de qualité.

Il est possible que les nouvelles orientations ministérielles pour Optilab nous permettent une plus grande liberté d'action et d'organisation dans les grappes de la Gaspésie et du Bas-Saint-Laurent. Nous devons aussi être innovants et créatifs pour trouver des solutions à la pénurie de technologistes médicaux et pour maintenir un travail de qualité. La mise en place de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (auparavant loi 15) risque d'apporter plusieurs changements dans la prochaine année et pourrait nous toucher. Nous devons alors nous adapter à cette nouvelle réalité.

L'année 2023 nous a permis de mettre en place un réseautage pour tout notre personnel, d'encourager la culture qualité, de polariser notre visibilité auprès des autres directions, de faire connaître notre réalité de norme ISO et plus encore. Ce fut une année prolifique en matière de développement. L'année 2024 sera sous le signe de la consolidation des connaissances et compétences en lien avec la qualité pour l'ensemble de nos équipes. Depuis près de trois ans, les laboratoires médicaux vivent de grands changements. Le personnel a su démontrer une capacité de résilience surhumaine. Ce même personnel a été éprouvé depuis la pandémie, mais nos équipes continuent de démontrer une force de caractère et un professionnalisme exemplaires. Nul doute que ces équipes sont prêtes à relever les défis de 2024.

5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services

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

- L'élaboration d'un outil permettant à l'équipe de gestion des risques d'analyser les données sur les incidents et accidents déclarés dans l'organisation.
- La formation des gestionnaires nouvellement nommés ainsi que de ceux effectuant des remplacements.
- La formation des employés et des gestionnaires sur la déclaration et l'utilisation du rapport de déclaration des incidents et des accidents (formation disponible sur l'environnement numérique d'apprentissage [ENA]).
- La formation de tous les intervenants sociaux de la Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD) et de la Direction de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse (DPJ-PJe).
- Le déploiement d'une formation en gestion des risques adaptée aux réalités propres à certaines directions cliniques, plus particulièrement dans les groupes de médecine de famille, dans certaines ressources intermédiaires et dans certaines équipes de la Direction des programmes de soutien à domicile (DPSAD).
- La révision du processus d'identification des chuteurs répétitifs.
- La diffusion d'un sondage de satisfaction en regard de la déclaration et de l'analyse sommaire au personnel et aux gestionnaires du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- La diffusion d'aide-mémoire sur la déclaration et la divulgation d'incidents et d'accidents.
- La mise en place d'un comité visant la prévention et la sécurité dans les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA).

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

Types d'incidents	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage (par rapport à l'ensemble des événements)
Médicament	699	30,8 %	4,2 %
Traitement / intervention	355	15,6 %	2,1 %
Problème de RDM	297	13,1 %	1,8 %

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

Types d'accidents	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des accidents	Pourcentage (par rapport à l'ensemble des événements)
Chute	6 028	42,7 %	36,8 %
Médicament	3 264	23,1 %	19,9 %
Blessure d'origine inconnue	1 123	7,9 %	6,8 %

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

- Un processus d'analyse périodique des déclarations d'incidents et d'accidents a été mis en place afin d'identifier toute variation significative dans la déclaration d'incidents et d'accidents permettant ainsi d'accompagner les gestionnaires dans l'identification de lacunes ou des risques devant être atténués dans les processus.
- Un processus d'analyse macroscopique des chutes est en cours de rédaction par l'équipe de la gestion des risques afin d'identifier trimestriellement les failles de processus transversales.
- Des suivis ont été effectués auprès des directions concernées pour les blessures d'origine inconnue.
- Un tableau de bord Power BI, l'application d'intelligence d'affaires, a été déployé afin de suivre le nombre d'événements associés aux activités de retraitement des dispositifs médicaux (RDM).
- Un plan d'action associé aux événements RDM est à venir.

Comité de gestion des risques

Le comité de gestion des risques a tenu trois rencontres virtuelles. Les principaux sujets traités sont :

- L'analyse des statistiques dont le bilan des incidents et des accidents, le suivi des recommandations des événements sentinelles ainsi que le suivi des infections nosocomiales et des éclosions.
 - Le comité des médicaments dangereux.
 - Les risques organisationnels et le plan de sécurité qui en découle.
 - Le plateau bloc opératoire, stérilisation et risques de contamination.
 - Le code argent (usage menaçant d'une arme à feu).
 - La présence des animaux dans les milieux de soins.
 - Le bilan des non-conformités Optilab.
 - Le défibrillateur externe automatisé (DEA).
 - Le plan de gestion des risques pour le volet contractuel.
 - Le comité de prévention et de sécurité dans les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA).
 - Le délai de transcription.

Le comité de gestion des risques a émis cinq recommandations s'adressant à différentes directions :

- À la Direction du programme de santé physique et de la cancérologie :
 - déposer une structure de gouverne et un plan de travail pour la mise en place de la structure encadrant la réanimation cardiorespiratoire dans l'établissement;
 - s'assurer de mettre en place la procédure d'entretien et d'utilisation des défibrillateurs externes automatisés dans les CLSC.
- Au bureau de la présidence-direction générale :
 - installer des défibrillateurs externes automatisés dans les CLSC et les points de service où ils sont absents et s'assurer que ceux qui sont disponibles sont visibles et à la portée de tous.

- À la Direction de la logistique :
 - diffuser une marche à suivre au personnel se trouvant sur les lieux d'un code argent abordant les interventions cliniques immédiates à effectuer.
- À la Direction des programmes santé mentale et dépendance :
 - élaborer une politique/procédure encadrant la découverte de drogues illicites et l'utilisation de la marijuana et des produits dérivés dans l'établissement.

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

- 2022-2023 : 15 482
- 2023-2024 : 16 679
- Variation : +8 %

Les principaux risques d'incidents et d'accidents identifiés

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

- Chutes.
- Médicaments.

Les conseillers cadres en gestion des risques et éthique clinique ont procédé à l'enquête et à l'analyse de 118 événements sentinelles, dont 47 % ont nécessité des recommandations, et soumis 128 recommandations.

Suivi des indicateurs du comité

Indicateurs de suivi	Résultats						
	départ 2015-2016	Résultats 2018-2019	Résultats 2019-2020	Résultats 2020-2021	Résultats 2021-2022	Résultats 2022-2023	Résultats 2023-2024
Nombre d'accidents/année ayant contribué au décès	22	26	25	29	19	13	17
Nombre d'événements sentinelles avec recommandations à la suite d'un décès	10	12	11	9	4	2	7
Nombre d'accidents/année à conséquence grave	82	75	82	68	71	73	76
Nombre de chutes par année	5 469	5 609	5 747	5 640	5 364	6 287	6 029
Nombre d'erreurs de médicaments	5 188	4 732	4 562	4 296	3 850	3 634	3 963

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

- Les activités de la gouvernance en PCI :
 - trois rencontres du comité directeur stratégique;
 - une rencontre de la table clinique;
 - une rencontre des comités locaux dans chacun des réseaux locaux de services (RLS).
- La réalisation du bilan du plan d'action régional en PCI 2015-2020 et le lancement des travaux pour l'élaboration du plan d'action en PCI 2024-2028.

- Le déploiement des diverses stratégies de soutien et d'accompagnement des différentes directions (coffre à outils, diffusion des données, formation sur l'environnement numérique d'apprentissage [ENA], participation aux caucus opérationnels, mise à jour d'outils cliniques, participation à différents comités cliniques, etc.).
- Le développement de stratégies de communication pour soutenir les bonnes pratiques de PCI, notamment l'application de l'hygiène des mains (*Flash PCI*, participation aux caucus opérationnels, etc.).
- La remise de certificats d'excellence de l'hygiène des mains lors de la journée mondiale d'hygiène des mains :
 - à l'unité multiclientèle de l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima de La Pocatière (87 %);
 - à l'unité des soins critiques (urgence et soins intensifs) de l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima de La Pocatière (84 %);
 - au 5^e étage C de l'Hôpital régional de Rimouski (81 %);
 - à l'unité des soins intensifs coronariens de l'Hôpital régional de Rimouski (84 %).
- La poursuite des activités de prévention et de soutien aux milieux non institutionnels du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) par les agents en PCI et conseillères en PCI :
 - 22 formations Champion PCI offertes
 - 144 audits réalisés
- Le suivi des vigies et des éclosions de COVID-19 et autres pathogènes dans les milieux de soins et de vie dans la communauté :
 - COVID-19
 - ▶ 254 vigies;
 - ▶ 400 éclosions.
 - Pathogènes autres que COVID-19 : influenza, syndrome d'allure grippale (SAG), Clostridium difficile, virus respiratoire syncytial (VRS), gastro-entérite, etc.
 - ▶ 42 vigies;
 - ▶ 54 éclosions.

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

Le registre régional électronique de compilation des mesures de contrôle permet aux directions de compiler et de suivre leurs propres données pour l'ensemble de leurs secteurs d'activité.

Direction des soins infirmiers (DSI)

Sur l'ensemble des unités de soins de la DSI pour l'année 2023-2024, 579 mesures de contrôle ont été appliquées, soit 534 contentions (une augmentation de 277, comparativement à l'année 2022-2023) et 45 mesures d'isolement (une augmentation de 25, comparativement à l'année 2022-2023).

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

Pour le secteur de l'urgence de la DPSPC, pour l'année 2023-2024, 273 mesures de contrôle ont été appliquées dont 272 contentions et 1 isolement. Le nombre de mesures de contrôle a considérablement diminué depuis l'année 2022-2023, où nous avons comptabilisé 380 mesures de contrôle.

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

Le registre de mesures de contrôle concerne les milieux suivants :

- la clinique multiproblématique troubles de comportement (TC) et troubles graves de comportements (TGC);
- les résidences à assistance continue :
 - RAC Fusiliers
 - RAC Jumelé 1
 - RAC Jumelé 2
 - RAC Ross
 - RAC Transitoire
- l'unité Le Phare;
- l'unité de réadaptation comportementale intensive (URCI) jeunesse.

En 2022-2023, le nombre d'usagers qui ont fait l'objet d'une contention a varié entre 7 et 16, tandis qu'il a varié entre 9 et 18 pour l'année 2023-2024. En fait, la hausse de ce nombre (et aussi celle du nombre de contentions et d'isolements) est liée à l'ajout de deux unités de réadaptation intensive à la fin de l'année 2022-2023. À noter qu'en début de parcours d'une réadaptation intensive, le nombre de contentions et d'isolements est plus élevé et diminue progressivement pendant l'épisode de service.

Le nombre de contentions varie entre 16 et 44 pour 12 des 13 périodes financières, et il est exceptionnellement plus élevé à la période 13 avec 75 contentions. Cette augmentation importante est liée à deux nouvelles admissions difficiles dans une unité, qui rendent compte à elles seules de 21 contentions, et par une nouvelle admission dans une autre unité qui explique 32 contentions relatives à l'utilisation d'une ceinture au fauteuil lors de déplacements. Cette ceinture permet d'assurer la sécurité, mais son usage doit tout de même être déclaré en vertu de la contrainte qu'elle impose.

Le nombre total d'isolements par période varie de 6 à 32, comme en 2022-2023. Enfin, comme l'an passé, une variation est observée d'un mois à l'autre, ce qui est cohérent avec les épisodes de troubles graves de comportement qui peuvent fluctuer en fonction de facteurs environnementaux et personnels.

Période (2023)	Nombre d'usagers contentionnés	Nombre de contentions	Nombre d'isolements
1	16	38	32
2	15	24	12
3	18	44	27
4	17	21	16
5	19	38	25
6	17	18	14
7	12	16	18
8	9	19	7
9	14	21	12
10	16	35	8
11	9	27	6
12	13	27	27
13	17	75	18
Total	192	403	222

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

En 2023-2024, 158 jeunes ont été hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA).

Toutes les unités sans distinction sont visées par les mesures de contrôle, soit :

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

Durant cette période, 816 mesures de contrôle ont été appliquées, soit 256 isolements (48 jeunes différents ont fait l'objet d'un isolement) et 560 contentions (69 jeunes différents ont fait l'objet d'une contention). Il y a eu 43 mesures de contrôle de moins qu'en 2022-2023, soit une baisse de 5 %.

Les isolements ont été en hausse, soit 82 mesures d'isolement de plus qu'en 2022-2023. Mais leur durée moyenne a diminué de 55 % pour s'établir à 11 minutes, comparativement à 24 minutes l'année précédente.

En 2023-2024, il y a eu 125 mesures de contention de moins qu'en 2022-2023, soit une baisse de 18 %.

Il est important de noter que le recours aux mesures de contrôle était en hausse en 2023-2024 par rapport à 2022-2023 chez les 5-12 ans, passant de 414 mesures de contrôle à 450.

Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD)

En 2023-2024, le nombre de mesures de contrôle appliquées dans les unités de psychiatrie de la DPSMD est de 534, soit 202 contentions et 332 isolements. Le nombre de contentions représente tous les types confondus de contention.

En comparaison, en 2022-2023, 255 mesures de contrôle ont été appliquées, soit 126 contentions et 129 isolements.

Il est important de souligner que les contentions et les isolements sont comptabilisés chaque fois qu'une mesure ou l'autre est utilisée. Ainsi, un même usager peut être mis sous contention ou en isolement plus d'une fois par jour, ce qui peut expliquer l'augmentation du nombre de mesures de contrôle par rapport à l'année dernière.

Direction du programme d'hébergement de longue durée (DPHLD)

Les centres d'hébergement de longue durée (période 1 à 12) dénombrent un total de 103 usagers différents soumis à une mesure de contrôle dans un contexte planifié à 99 %, soit 481 contentions et 55 isolements, pour un total de 536 mesures.

Dans un souci de s'assurer des bonnes pratiques et d'avoir des données exhaustives, tous les gestionnaires cliniques ont suivi une capsule d'information préparée par la DSI, le 18 mars 2024, et ont été invités à rappeler les meilleures pratiques à leurs équipes.

La DPHLD a diffusé un processus selon lequel les mesures d'isolement doivent être autorisées par la direction. Étant donné que le registre a seulement été mis en place à la période 10 de l'année dernière, nous ne sommes pas en mesure d'apprécier la variation dans le nombre de mesures de contention par rapport à 2022-2023. Toutefois, cette vigie sera effectuée par période à compter de la prochaine année (les données étant maintenant disponibles).

Direction des programmes soutien à domicile (DPSAD)

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

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

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS)

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ainsi que les membres du commissariat demeurent attentifs et à l'écoute de l'ensemble des besoins et des préoccupations des usagers. Afin de respecter leurs droits, ils s'assurent du suivi des recommandations émises. Chaque mois, les données sur l'amélioration des soins et des services sont disponibles pour le comité de direction du CISSS du Bas-Saint-Laurent. Par la suite, et de façon statutaire, ces mêmes données sont déposées au comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration. Afin de permettre une vision globale du territoire, il existe un autre registre concernant les résidences privées pour aînés, les ressources intermédiaires, les ressources de types familial (RPA-RI-RTF) et les organismes communautaires. Les deux outils permettent de suivre plusieurs indicateurs associés aux insatisfactions et à la qualité des soins et des services dans l'ensemble des missions, incluant les partenaires de première ligne et les organismes communautaires. Le comité de vigilance et de la qualité s'assure du suivi

des recommandations et des engagements de l'établissement. De plus, il prend connaissance des enjeux et des problèmes récurrents, du portrait local et national des statistiques sur les plaintes et du refus d'une recommandation par une direction. Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services fait aussi part de certains enjeux spécifiques au président-directeur général et au comité de vigilance et de la qualité, et ce, en toute indépendance.

Voici quelques exemples de mesures mises en place pour donner suite aux recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS) :

Type de dossier	Motifs	Direction ou partenaire	Recommandations	Mesures mises en place
Intervention du commissaire	Soins et services dispensés	PDG/PDGA	S'assurer d'une offre de services équitable et accessible en désensibilisation à tous les Bas-Laurentiens, conformément aux meilleures pratiques.	Dossier toujours actif. Il devrait être réglé en juillet 2024.
Plainte	Aspect financier, frais de déplacement	DL	Rembourser les frais de déplacement pour une oxymétrie nocturne pédiatrique.	Les frais ont été remboursés et une révision du processus interne a suivi, afin d'éviter une récurrence.
Plainte	Relations interpersonnelles et respect à l'égard de la personne	DSI	S'assurer que le personnel soignant respecte la quiétude et la dignité des gens en fin de vie.	Une formation sur l'approche en fin de vie a été offerte à tout le personnel infirmier de l'unité de soins.
Plainte	Soins et services dispensés	DPSPC	Effectuer auprès du CLPQS trois suivis sur l'avancement des travaux du centre de répartition des demandes de services (CRDS), afin de favoriser l'accès aux soins et services.	Le dossier est toujours actif et les suivis sont prévus pour les 30 avril, 30 juin et 30 octobre 2024.
Plainte	Participation de l'utilisateur ou de son représentant CLSC	DST	Mettre en place un système alternatif pour favoriser l'utilisation des horodateurs pour les personnes en fauteuil roulant.	Le dossier est toujours actif. Il devrait être réglé en juillet 2024.
Plainte	Droits particuliers et choix de l'établissement	DPDI-TSA-DP	S'assurer d'une compréhension commune par les intervenants du Cadre de référence provincial du mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) en centre d'hébergement et de soins de longue durée, en ressources intermédiaires et en ressources de type familial pour aînés.	Une formation a été offerte aux employés et la responsable fait une vigie régulièrement.

Type de dossier	Motifs	Direction ou partenaire	Recommandations	Mesures mises en place
Intervention du commissaire	Droit à l'information sur le régime de traitement des plaintes	DPJ-PJe	S'assurer de rendre disponibles les dépliants du régime d'examen des plaintes dans les salles d'attente.	Les dépliants sont maintenant disponibles tout comme une affiche plastifiée.
Intervention du commissaire	Accessibilité	DPSPC	Mettre à jour le numéro du poste téléphonique sur le billet de confirmation de rendez-vous.	Le billet de confirmation des rendez-vous a été mis à jour.
Intervention du commissaire	Maltraitance financière par un proche ou un tiers	DPSAD	Mettre en place toutes les mesures nécessaires afin de faire cesser la situation de maltraitance financière et psychologique, incluant une demande d'ouverture de régime de protection au Curateur public du Québec.	Un régime de protection a été ouvert par le Curateur public et la maltraitance a cessé.
Intervention du commissaire	Maltraitance sexuelle	DPHLD	Effectuer le retrait de la main-d'œuvre indépendante (MOI), informer le représentant de l'utilisateur, accompagner la famille pour le signalement aux policiers si requis.	Le retrait de la MOI a été fait sur-le-champ, une enquête policière a été ouverte. De plus, une mesure de qualité a été introduite sur l'obligation de formation en maltraitance pour la MOI.
Plainte médicale	Soins et services dispensés	DSP	Mettre en pratique les consignes du guide du Collège des médecins du Québec sur la tenue de dossiers.	Le médecin a suivi une formation.
Plainte	Soins et services dispensés	Organisme communautaire	S'assurer du respect des normes et de la conformité en remplissant des rapports d'accidents et d'incidents.	Une formation a été dispensée.
Intervention du commissaire	Organisation des soins et services	RPA	Introduire des mécanismes de communication, de suivi et une réponse optimale aux besoins des résidents avec son partenaire, le CISSS du Bas-Saint-Laurent, lorsqu'il y a dépassement de service.	Les annexes 5 de la certification sont remplies par l'exploitant et le CISSS est informé au préalable lors des rencontres de caucus cliniques.
Intervention du commissaire	Maltraitance, agression entre usagers	RTF	Établir un plan de service individualisé dans le but de favoriser une réponse adaptée aux besoins de l'utilisateur.	Le plan de service a été créé et suivi par la ressource et le CISSS.

Protecteur du citoyen

En deuxième instance, le Protecteur du citoyen (PDC) a traité 56 dossiers dont 5 ont nécessité 16 recommandations. Au moment d'écrire ces lignes, 33 des 56 dossiers étaient fermés et 23 étaient toujours actifs et en attente des conclusions du PDC.

Quelques recommandations et mesures mises en place

N° dossier	Lieu	Recommandations du PDC	Réalisation par l'établissement avec acceptation du PDC
1	Centre hospitalier	Modifier les documents « Aide-mémoire, Choix de chambre », « Contrat relatif aux frais de chambre » et « Choix de chambre lors d'une hospitalisation de courte durée », afin que les usagers qui s'apprêtent à choisir un type de chambre reçoivent une information claire et complète sur les conséquences financières du fait de demander ou non l'hébergement dans une salle.	Refusée par l'établissement, car non conforme à la circulaire, mais le remboursement à l'utilisateur a cependant été effectué.
2	RPA	Prévoir un nombre de personnes désignées surveillantes adéquatement formées permettant d'assurer une couverture de surveillance en tout temps, conformément à l'article 17 du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés.	L'exploitant a formé une deuxième personne, respectant ainsi le <i>Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés</i> .
3	Centre hospitalier	R-1 Offrir au personnel infirmier de l'urgence une formation qui intègre la reconnaissance des signes et symptômes de l'AVC, incluant ceux qui sont atypiques.	Le dossier est toujours actif.
		R-2 Rappeler à l'ensemble du personnel de l'urgence d'ajuster le niveau de priorité d'un usager en attente de prise en charge médicale lorsque celui initialement déterminé ne correspond plus à son état de santé.	Le dossier est toujours actif.
4	Centre hospitalier	Annuler dans les 30 jours la facture de 1 185,10 \$ émise à l'attention de l'utilisateur.	L'établissement a annulé la facture et remboursé l'utilisateur.

Coroner

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a reçu trois rapports d'investigation du Bureau du coroner en chef, en 2023-2024, qui contenaient des recommandations émises envers l'établissement. Voici la liste de ces recommandations et le résumé des principales mesures mises en place.

Recommandations du coroner	Mesures mises en place par le CISSS du Bas-Saint-Laurent
Je recommande au Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, duquel relève le Centre hospitalier régional du Grand-Portage (CHRGP) à Rivière-du-Loup, d'examiner le dossier médical de l'utilisateur concerné du CHRGP afin de déterminer si les décisions d'intervenir le 14 septembre et les techniques réalisées ont été faites selon les règles de l'art.	<ul style="list-style-type: none">• Planification des autres options à envisager lors de chirurgies et d'une préparation adéquate à l'anesthésie générale, le cas échéant.• Amélioration de la tenue de dossier afin de mieux comprendre le contexte clinique et les gestes faits.• Vigilance concernant le risque d'aspiration, particulièrement chez les patients avec facteurs de risque (polytrauma, obésité, narcotiques, diabète).
Je recommande au Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, duquel relève l'Hôpital régional de Rimouski, de réviser la qualité de la prise en charge de l'utilisateur concerné, en lien avec son congé accordé le 4 octobre 2022.	<ul style="list-style-type: none">• La prise en charge à l'urgence, les notes médicales, les services prodigués, le transfert d'information et le congé accordé à l'utilisateur apparaissent conformes, après analyse.
Je recommande au Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, duquel relève l'Hôpital Notre-Dame-du-Lac, que leurs instances compétentes responsables de l'évaluation des pratiques professionnelles examinent ce dossier afin de voir s'il y a des leçons à tirer de cet événement afin d'améliorer la qualité des soins et ainsi d'éviter d'autres cas semblables.	<ul style="list-style-type: none">• Réalisation d'audits de qualité sur la prévention des chutes.• Consolidation du processus de prévention des chutes en continu lors de l'hospitalisation.• Rédaction d'un plan thérapeutique infirmier (PTI) personnalisé et évolutif en cours d'hospitalisation et inséré dans le dossier de l'utilisateur.• Transmission de l'information aux membres de l'équipe impliqués dans les soins aux usagers en lien avec les mesures et interventions mises en place au PTI et au formulaire BL0133.• Mise en place d'activités de sensibilisation concernant le programme de prévention des chutes pour le volet hospitalier et hébergement auprès du corps médical.

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

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, la santé du travail comprend à la fois la santé physique et la santé psychologique. Les catégories de risque faisant l'objet d'une vigilance accrue sont les risques psychosociaux, les risques ergonomiques reliés aux troubles musculosquelettiques incluant la mobilisation de la clientèle, les risques d'agression et de violence en milieu de travail, les risques de blessures reliées aux chutes et glissades ainsi que les dangers à conséquences graves, jugés intolérables (tolérance zéro). Certains milieux de travail ont été inspectés paritairement en 2023-2024 à la suite des plaintes retenues ou des visites systématiques de la CNESST.

Principales recommandations en lien avec les risques observés	Mesures mises en place par l'employeur
<p>Limiter l'exposition aux produits chimiques lors de travaux sur la toiture.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les fiches de données de sécurité sur les lieux du travail ont été fournies. • Le maître d'œuvre doit éviter qu'un contaminant ne se retrouve dans les conduits de ventilation du bâtiment et ne porte atteinte à la santé et la sécurité de tous.
<p>Limiter l'exposition à des matières corrosives causant des dommages graves et irréversibles en service alimentaire, section lave-vaisselle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'installation de douches d'urgence dans les milieux concernés. • L'information a été transmise sur les méthodes de travail sécuritaires lors du changement de produit dangereux afin d'éviter les éclaboussures. • Le personnel a été formé sur les risques d'intoxication et les mesures de prévention spécifiques aux produits utilisés.
<p>Éviter les expositions aux produits dangereux.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La réglementation concernant le SIMDUT a été appliquée. • Le personnel a été formé sur les produits dangereux.
<p>Rendre sécuritaires les équipements et les appareils aux services alimentaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un sectionneur local a été ajouté pour respecter le règlement sur la santé et sécurité au travail. • Les méthodes de cadenassage sont appliquées lorsque nécessaire. • Le personnel a été formé sur les risques pour la santé et la sécurité liés aux travaux effectués sur les machines et sur les mesures de prévention spécifiques à la méthode de contrôle des énergies.
<p>Empêcher la survenue de chutes de plus de trois mètres lors du travail en hauteur (tolérance zéro de la CNESST).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un garde-corps a été placé en bordure du vide et au pourtour du toit.
<p>Diminuer les efforts excessifs et les postures contraignantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les travailleurs ont été informés sur les bonnes méthodes et techniques de travail ainsi que sur l'utilisation des équipements appropriés (principes de déplacement sécuritaire des personnes).
<p>S'assurer que les travailleurs sont en état de travailler (ex. : fatigue au travail), ce qui occasionne un risque pour la santé, la sécurité ou l'intégrité physique ou psychique des travailleurs ou encore celle des autres personnes qui se trouvent sur les lieux de travail.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des moyens d'identification, de formation et de contrôle concernant l'état des travailleurs en lien avec la fatigue associée aux heures supplémentaires récurrentes ont été mis en place.
<p>Réduire les facteurs et les risques psychosociaux présents dans le milieu qui portent atteinte à la santé psychologique des travailleurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un sondage permettant d'identifier des risques psychosociaux a été réalisé. • Un comité paritaire a été créé pour assurer le suivi du plan d'action et mettre en place des mesures correctives ou préventives.

Principales recommandations en lien avec les risques observés	Mesures mises en place par l'employeur
Éviter les agressions de la clientèle envers le personnel.	<ul style="list-style-type: none"> • Les travailleurs ont été formés, entraînés et supervisés afin qu'ils aient l'habileté et les connaissances requises pour accomplir de façon sécuritaire leur travail. • Les travailleurs appliquent les bonnes méthodes et techniques de travail afin de prévenir les agressions ou d'effectuer la maîtrise physique lors d'un code blanc (formation OMÉGA).
Respecter les délais d'ouverture de chantier à la CNESST.	<ul style="list-style-type: none"> • Un avis écrit d'ouverture d'un chantier est émis avant la date du début des travaux.

À la suite de ces inspections préventives, 14 avis de correction ont été émis par la CNESST. Étant donné que les délais de réalisation ont été respectés ou concernaient le maître d'œuvre, le CISSS du Bas-Saint-Laurent n'a reçu aucun avis d'infraction.

5.3 Le nombre de mises sous garde selon la mission

Tableau : Les mises sous garde (1^{er} avril au 31 mars)

	Mission CH	Total de l'établissement Bas-Saint-Laurent
Nombre de mises sous garde préventive appliquées.	370	370
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*	208
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées.	129	129
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*	87
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).	65	65

* Les demandes de mises sous garde proviennent toujours de l'établissement. Ainsi, seul le total des demandes de l'établissement est inscrit dans la colonne « Total de l'établissement ».

5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits

Le site Web de l'établissement contient toutes les informations sur les droits des usagers et le régime d'examen des plaintes (cisss-bsl.gouv.qc.ca dans le menu Notre CISSS > Qualité des soins et des services). On y trouve également le rapport annuel complet portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent ainsi que des références utiles telles que :

- Formulaire de déclaration d'une plainte
- Formulaire de déclaration d'une situation de maltraitance
- *Complaint form*
- Qui peut porter plainte?
- À qui s'adresser pour porter plainte?
- Vous avez besoin d'aide pour déposer votre plainte?
- Règlement sur la procédure d'examen des plaintes
- Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services des établissements publics et privés et des autorités régionales
- Capsules vidéo informatives
- Dépliants d'information en français aussi disponibles en version anglaise
- Lutte contre la maltraitance : signaler une situation
- Autres informations

5.5 L'information et la consultation de la population

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a continué d'informer au mieux la population de son territoire sur les principaux sujets et enjeux de santé et de services sociaux qui la concerne. Au cours de la dernière année, des représentants de l'organisation et la Présidence-direction générale ont assuré une participation active aux diverses tables régionales de concertation ainsi que des échanges réguliers avec les élus, divers groupes de citoyens et associations.

Par ailleurs, le CISSS du Bas-Saint-Laurent a poursuivi son action afin de maintenir un lien étroit avec la population, utilisant les différentes plateformes électroniques pour diffuser les informations la concernant. À ce titre, quelque 850 publications ont été diffusées sur les médias sociaux, à savoir des communiqués de presse, des nouvelles et des situations problématiques, des avertissements en fonction de situations particulières, des informations relatives à la santé (accès première ligne – GAP/GAMF, 811, maladies respiratoires, gastro-entérite, vaccination, influenza, etc.), le recrutement et la reconnaissance du personnel.

Également, près de 600 conversations par messagerie portant principalement sur l'accès aux soins et services et le recrutement ont été assurées. Au total, les diverses publications du CISSS du BasSaintLaurent ont obtenu près de 2,7 millions de vues sur Facebook, Instagram, X, YouTube et LinkedIn.

Au plan des relations avec les médias, l'établissement a reçu 709 demandes médiatiques, publié 69 communiqués de presse et tenu 7 conférences de presse. Voici un aperçu des initiatives mises en place par l'ensemble des directions du CISSS du Bas-Saint-Laurent au cours des derniers mois :

- L'annonce d'un nouveau partenariat avec le Centre d'aide aux proches aidants des Basques (CAPAB) qui permet la mise sur pied d'un centre de jour communautaire pour les personnes en perte d'autonomie à Trois-Pistoles;
- La mise en service d'une nouvelle application mobile pour les utilisateurs des stationnements de nos centres hospitaliers;
- Le lancement de la campagne de vaccination automnale contre les virus respiratoires;
- L'arrivée d'une deuxième cohorte de 21 étudiantes et étudiants au programme de doctorat en médecine à Rimouski;
- Le lancement du tout premier fonds de recherche du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- La tenue de journées carrières à Rivière-du-Loup et Rimouski;
- La publication par la Direction de la santé publique du CISSS du Bas-Saint-Laurent du rapport sur la vulnérabilité populationnelle régionale aux changements climatiques (VRAC);
- La tenue de la première édition du Grand rendez-vous régional de l'adaptation aux changements climatiques;
- Le lancement d'une importante campagne de recrutement de familles d'accueil/ressources de type familial pour des personnes avec des besoins particuliers;
- Le déploiement de l'application Famileo au profit des résidents du CHSLD de La Mitis et de leurs proches
- Le lancement d'une nouvelle formation accélérée de trois mois afin de devenir préposé ou préposée aux bénéficiaires en CHSLD ou en Maison des aînés et alternative.

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



Témiscouata



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

Les principales actions réalisées en cours d'année et des données statistiques qui témoignent des services offerts à la population

- Relance de la gouverne régionale du programme de soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) nouvellement portée par la Direction des programmes de soutien à domicile (DPSAD).
- État de situation régional finalisé en collaboration avec les responsables des comités locaux (au nombre de 8).
- Identification des cinq priorités régionales en lien avec les mesures contenues dans le Plan d'action pour un accès équitable à des soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) 2020-2025.
- Poursuite des actions visant à rehausser l'expertise des équipes à domicile en lien avec le soulagement de la douleur.
- Clarification de la trajectoire d'admission de la clientèle en SPFV dans les lits réservés, en collaboration avec les maisons de soins palliatifs (MSP) et les centres hospitaliers de courte durée, permettant d'améliorer l'accessibilité et la fluidité hospitalière.
- Évaluation du projet pilote mené à Rivière-du-Loup : implantation d'un guichet unique permettant le dépôt ainsi que le contrôle du processus d'évaluation des demandes d'aide médicale à mourir.
- Amorçe des travaux interdirections qui mèneront à la proposition d'une trajectoire de repérage et de référence précoce aux équipes de soins palliatifs et de fin de vie de la Direction des programmes de soutien à domicile.

Tableau : L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie (1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024)

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*	2 149
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives administrées	11
	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	263
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	239
Aide médicale à mourir	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs**	24
	La personne a cessé de répondre aux critères au cours du processus	1
	La personne a changé d'avis	5
	La personne est décédée avant l'administration	12

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

** Les données sont incomplètes puisque nous n'avons aucun chiffre pour certaines localités.

7. Les ressources humaines



Rimouski-Neigette





7. Les ressources humaines

Les données provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux et portant sur la cible finale des heures rémunérées 2023-2024 ainsi que les résultats finaux ne sont pas disponibles au moment de la rédaction du présent rapport. Conséquemment, les tableaux s'y rattachant ne peuvent être présentés.



8. Les ressources financières

A photograph of a sunset over the ocean. The sun is low on the horizon, creating a bright orange and yellow glow that reflects on the water. The sky is filled with soft, wispy clouds. In the foreground, several tall, thin stalks of grass are silhouetted against the bright light, some reaching towards the top of the frame. The overall mood is peaceful and serene.

La Mitis

8. Les ressources financières

8.1 L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé physique	388 359 079 \$	34,4 %	370 254 920 \$	35,1 %	18 104 159 \$	4,9 %
Santé publique	15 168 235 \$	1,3 %	32 528 258 \$	3,1 %	(17 360 023) \$	-53,4 %
Services généraux, activités cliniques et aides	71 440 951 \$	6,3 %	57 571 373 \$	5,1 %	13 869 578 \$	24,1 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	219 732 136 \$	19,5 %	205 431 814 \$	18,2 %	14 300 322 \$	7,0 %
Déficiência physique	47 945 581 \$	4,2 %	41 702 672 \$	3,7 %	6 242 909 \$	15,0 %
Déficiência intellectuelle et TSA	53 282 262 \$	4,7 %	44 764 892 \$	4,0 %	8 517 370 \$	19,0 %
Jeunes en difficulté	63 742 443 \$	5,6 %	57 020 758 \$	5,0 %	6 721 685 \$	11,8 %
Dépendances	4 483 886 \$	0,4 %	4 567 313 \$	0,4 %	(83 427) \$	-1,8 %
Santé mentale	52 346 813 \$	4,6 %	47 969 455 \$	4,2 %	4 377 358 \$	9,1 %
Programme soutien						
Administration	81 394 996 \$	7,2 %	66 031 845 \$	5,8 %	15 363 151 \$	23,3 %
Soutien aux services	70 865 626 \$	6,3 %	68 818 022 \$	6,1 %	2 047 604 \$	3,0 %
Gestion des bâtiments et des équipements	60 539 441 \$	5,4 %	58 873 294 \$	5,2 %	1 666 147 \$	2,8 %
Total	1 129 301 449 \$	100 %	1 055 534 616 \$	100 %	73 766 833 \$	7,0 %

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

8.2 L'équilibre budgétaire

L'établissement a terminé le présent exercice financier avec un déficit au fonds d'exploitation de 57 574 319 \$ et un surplus au fonds d'immobilisations de 338 607 \$, ce qui représente un déficit combiné de 57 235 712 \$. Par le fait même, le CISSS du Bas-Saint-Laurent ne respecte pas la *Loi sur l'équilibre budgétaire*.

Les résultats globaux inscrits au rapport financier annuel AS-471 présentent des revenus de 1 128 341 319 \$ et des dépenses de 1 185 577 031 \$. Le déficit de 57 574 319 \$ provenant du fonds d'exploitation est occasionné exclusivement par l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante qui a connu une évolution importante depuis les cinq dernières années. Le surplus de 338 607 \$ au fonds d'immobilisations est dû aux revenus de placement.

En terminant, afin de corriger la situation déficitaire au fonds d'exploitation pour les prochaines années, un plan d'équilibre budgétaire concernant la main-d'œuvre indépendante a été adopté par le conseil d'administration et accepté par le MSSS. Des plans d'action sont mis en place par les directions concernées afin d'atteindre l'équilibre budgétaire pour 2026-2027. Un suivi rigoureux est assuré par l'équipe de direction.

8.3 Les contrats de service

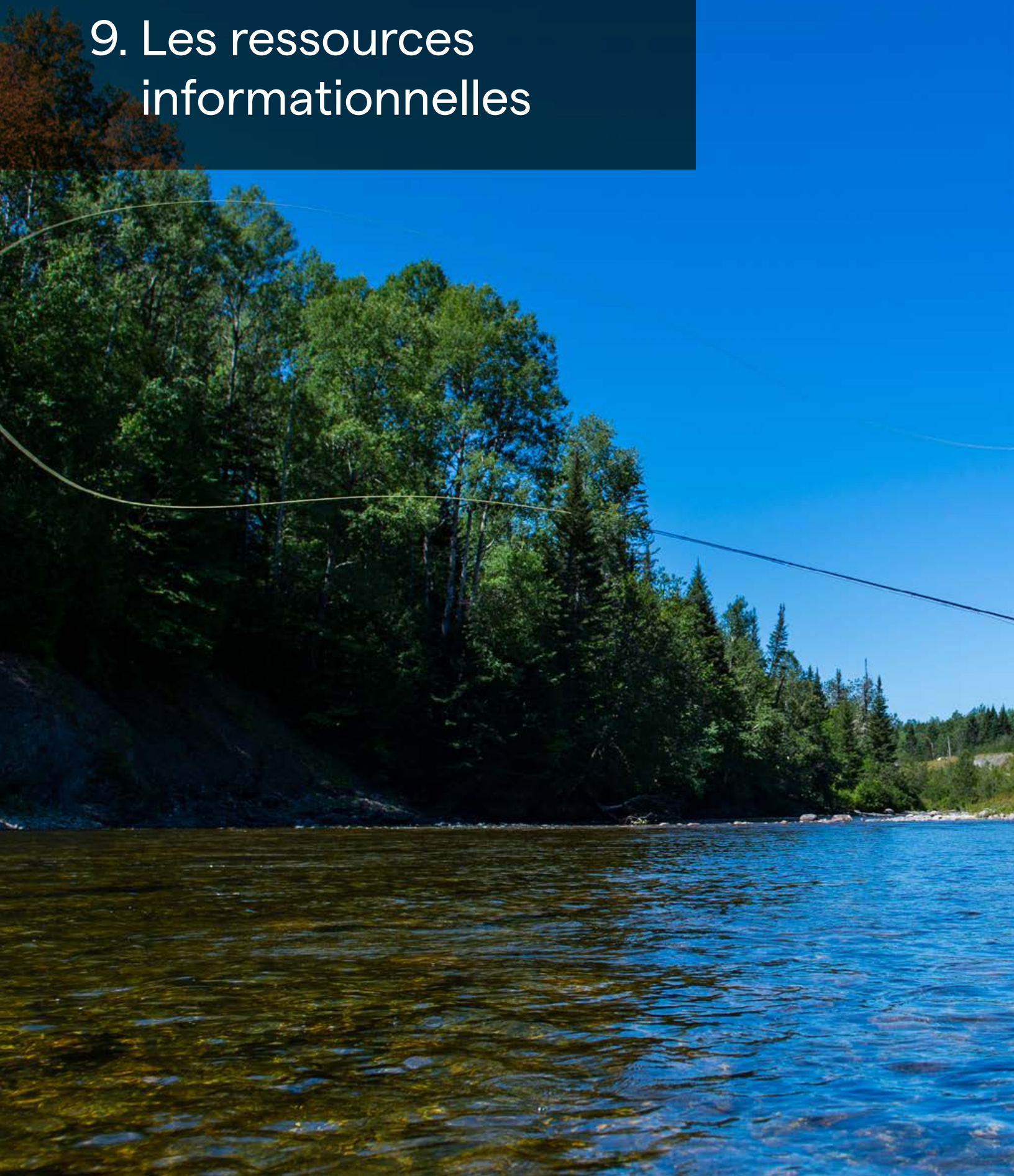
**Tableau : Contrats de service (25 000 \$ et plus)
conclus entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024**

Type de contrats	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique ¹	22	14 632 049,56 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ²	123	120 875 230,17 \$
Total des contrats de service	145	135 507 279,73 \$

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.

9. Les ressources informationnelles



La Matanie



9. Les ressources informationnelles

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

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

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

- La mise en place d'une gouvernance en transformation numérique et le dépôt du plan de transformation numérique 2023-2027.
- Le remplacement des systèmes d'information des services de pharmacie et le rehaussement des systèmes d'information des centres jeunesse et de la gestion budgétaire.
- L'implantation de la gestion informatisée des formulaires cliniques dans les installations de Rivière-du-Loup, Kamouraska et Matane.
- Le retrait de l'utilisation des télécopieurs dans le processus de réception des résultats en provenance des autres établissements grâce au système d'information de laboratoire provincial (SILP).
- L'atteinte des cibles suivantes du ministère de la Cybersécurité et du Numérique (MCN) :
 - modernisation des solutions antivirales sur l'ensemble des postes de travail et des serveurs;
 - déploiement d'un système permettant d'inventorier l'ensemble des actifs branchés au réseau et déploiement du système de gestion des actifs serveur;
 - amélioration des mécanismes de gestion et de surveillance des postes en télétravail;
 - démarches auprès des fournisseurs pour étendre l'implantation de l'authentification multifacteur (MFA) et Captcha;
 - sensibilisation des membres du personnel à la cybersécurité grâce à des formations, à des capsules, à des communications écrites et à des campagnes d'hameçonnage planifiées incluant des rétroactions.
- La mise en place de l'infrastructure technologique supportant l'informatisation des pratiques cliniques dans les maisons des aînés et alternatives ainsi que dans celle du Pavillon d'enseignement médical universitaire.
- La modernisation des infrastructures téléphoniques de 1 hôpital et de 25 bâtiments incluant le remplacement d'environ 1500 appareils téléphoniques.
- L'ajout, le remplacement et la normalisation de plus de 1075 postes de travail et de 381 imprimantes et suites bureautiques.
- La continuité du déploiement de solutions informatiques en lien avec les besoins de mobilité clinique comme des tablettes et chariots mobiles sur les unités de soins.
- L'installation de 19 nouvelles salles multimédias pour la collaboration et la télésanté pour un total de 55 salles modernisées.
- La mise en place d'un processus d'homologation évolutif des nouveaux logiciels et solutions infonuagiques.
- L'adaptation du suivi des licences en cohérence avec le virage infonuagique.
- L'amélioration des processus de réception, distribution et livraison des équipements diminuant les délais auprès des utilisateurs.
- La réalisation de divers travaux permettant d'augmenter la résilience de nos architectures dans le but d'améliorer la disponibilité des systèmes et d'éviter des ruptures de service.
- La modernisation et le rafraîchissement des salles de télécommunication dans 23 bâtiments.
- L'augmentation de l'autonomie des utilisateurs grâce à la mise en place de la solution d'impression centralisée.

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

Rivière-du-Loup





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


Le tableau intitulé «État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant» n'est pas présenté dans le rapport financier 2023-2024 de l'établissement. Par conséquent, il ne peut être reproduit dans le présent rapport.

11. La divulgation des actes répréhensibles



Kamouraska





11. La divulgation des actes répréhensibles

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

12. Les organismes communautaires



Les Basques



Photo : Gino Caron

12. Les organismes communautaires

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

En 2023-2024, 130 organismes communautaires ont reçu des allocations financières. De ce nombre :

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

Les actions reliées au suivi de reddition de comptes

- La validation de la conformité des rapports financiers et des rapports d'activités des organismes communautaires en lien avec la brochure *La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale et la convention 2015-2018*.
- Le soutien-conseil en gestion auprès des organismes communautaires.
- La répartition régionale du rehaussement de l'enveloppe du PSOC permettant à 101 organismes communautaires de recevoir le financement additionnel en mission globale.
- La répartition régionale du rehaussement financier en mission globale selon certains secteurs d'activité.
- Le suivi des ententes d'activités spécifiques.
- La poursuite des travaux ministériels concernant le PSOC et le cadre normatif.
- La révision du formulaire de demande d'admission au PSOC.

Subvention accordée à chacun des organismes

ORGANISME		Montant accordé	
		2023-2024	2022-2023
MRC de Kamouraska			
1	Arc-en-ciel du cœur	145 844 \$	127 502 \$
2	Association des personnes handicapées du Kamouraska Est inc.	174 948 \$	152 178 \$
3	Association kamouraskoise en santé mentale La Traversée	270 144 \$	249 801 \$
4	Association pocatoise des personnes handicapées inc.	177 160 \$	154 449 \$
5	Carrefour des jeunes de La Pocatière	196 144 \$	173 914 \$
6	Centre d'action bénévole Cormoran inc.	372 712 \$	242 359 \$
7	Centre-Femmes, La Passerelle du Kamouraska	250 264 \$	229 415 \$
8	La Montée, Centre prévention et traitement des dépendances au BSL	382 568 \$	342 380 \$
9	Maison de la famille du Kamouraska	17 024 \$	16 416 \$
10	Moisson Kamouraska	166 552 \$	148 737 \$
11	Quartier-jeunesse 1995	193 216 \$	170 912 \$
12	Tandem-Jeunesse	499 060 \$	461 840 \$
TOTAL - KAMOURASKA		2 845 636 \$	2 500 178 \$

ORGANISME		Montant accordé	
		2023-2024	2022-2023
MRC de Rivière-du-Loup			
13	Association des stomisés du Grand-Portage	12 092 \$	11 660 \$
14	Association du trouble primaire du langage de l'Est	176 848 \$	151 381 \$
15	Association Multi-défis	185 064 \$	162 552 \$
16	Carrefour d'initiatives populaires de RDL	170 600 \$	152 891 \$
17	Centre d'action bénévole des Seigneuries inc.	329 936 \$	256 255 \$
18	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du KRTB	399 840 \$	305 213 \$
19	Centre de prévention suicide du KRTB	329 936 \$	300 847 \$
20	Centre d'entraide l'horizon de Rivière-du-Loup	270 432 \$	250 095 \$
21	Centre-femmes du Grand-Portage	250 264 \$	229 415 \$
22	Centre-jeunes de Cacouna	131 508 \$	107 633 \$
23	Comité d'accompagnement La Source inc.	77 412 \$	74 650 \$
24	Corporation de l'Entre-jeunes de Rivière-du-Loup	186 660 \$	164 189 \$
25	Corporation du comité jeunesse	158 352 \$	152 403 \$
26	Justice alternative du KRTB inc.	228 680 \$	208 583 \$
27	Les Diabétiques-amis du KRTB	170 156 \$	148 570 \$
28	Les Grands Amis du KRTB	150 283 \$	127 502 \$
29	Maison des jeunes de Saint-Épiphane	191 864 \$	169 526 \$
30	Maison de la famille du Grand-Portage	16 912 \$	16 310 \$
31	Maison d'hébergement La Bouffée d'air du KRTB	581 188 \$	576 335 \$
32	Trajectoires hommes du KRTB	525 860 \$	507 096 \$
TOTAL - RIVIÈRE-DU-LOUP		4 543 886 \$	4 043 131 \$
MRC de Témiscouata			
33	Association de personnes handicapées Entre-Amis du Témiscouata	188 076 \$	165 643 \$
34	Centre d'action bénévole région Témis inc.	307 936 \$	242 202 \$
35	Centre des femmes du Ô-Pays	250 264 \$	229 415 \$
36	Centre des femmes du Témiscouata	250 264 \$	229 415 \$
37	Cuisines collectives de Cabano	159 248 \$	141 247 \$
38	Cuisines collectives de Dégelis	159 256 \$	141 256 \$
39	Cuisines collectives du Haut-Pays	153 876 \$	135 741 \$
40	L'Autre-Toit du KRTB	1 152 312 \$	1 103 667 \$
41	Maison de la famille du Témiscouata	16 740 \$	16 141 \$
42	Maison des jeunes « La Piôle »	166 952 \$	143 981 \$
43	Maison des jeunes « le coin de Dégelis »	192 472 \$	170 151 \$
44	Maison des jeunes Pirana	180 096 \$	189 836 \$
45	Maison Entre-Deux de Cabano	173 320 \$	150 509 \$
46	Place des jeunes de Squatec	153 856 \$	130 551 \$
47	Regroupement Acti-famille	33 576 \$	
48	Source d'espoir Témis inc.	270 336 \$	249 999 \$
TOTAL - TÉMISCOUATA		3 808 580 \$	3 439 754 \$

ORGANISME		Montant accordé	
		2023-2024	2022-2023
MRC des Basques			
49	Association de personnes handicapées l'Éveil des Basques inc.	193 376 \$	171 078 \$
50	Centre d'aide aux proches aidants des Basques	257 991 \$	122 470 \$
51	Centre d'action bénévole des Basques inc.	197 076 \$	168 589 \$
52	Centre-femmes Catherine Leblond inc.	254 784 \$	229 415 \$
53	Corporation de la maison des jeunes de Trois-Pistoles	199 936 \$	177 804 \$
54	Cuisine collective Croc-Ensemble des Basques	149 640 \$	131 393 \$
55	Périscope des Basques	269 704 \$	249 349 \$
TOTAL – LES BASQUES		1 522 507 \$	1 250 098 \$
MRC de Rimouski-Neigette			
56	Accueil maternité	15 000 \$	
57	Association de la déficience intellectuelle (région de Rimouski)	159 312 \$	141 312 \$
58	Association des personnes ACVA-TCC du BSL	210 012 \$	188 138 \$
59	Association des personnes handicapées visuelles du Bas-Saint-Laurent	221 640 \$	197 313 \$
60	Association du cancer de l'Est du Québec	32 496 \$	31 337 \$
61	Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA)	24 324 \$	23 456 \$
62	Autisme de l'Est-du-Québec	226 244 \$	202 038 \$
63	Aux Trois Mâts	205 320 \$	183 326 \$
64	Centre d'action bénévole Rimouski-Neigette	541 480 \$	375 115 \$
65	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Rimouski	546 052 \$	446 208 \$
66	Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du BSL	1 083 884 \$	1 075 483 \$
67	Centre périnatal Entre Deux Vagues	381 008 \$	302 719 \$
68	Centre polyvalent des aînés et aînées de Rimouski-Neigette	127 228 \$	108 412 \$
69	Centre-Femmes de Rimouski	250 368 \$	229 523 \$
70	Contre toute agression conjugale (C-TA-C)	595 908 \$	574 646 \$
71	Diabète Bas-Saint-Laurent inc.	178 928 \$	157 566 \$
72	En Tout C.A.S.	58 344 \$	37 774 \$
73	Justice alternative de l'Est	266 688 \$	247 563 \$
74	L'Arrimage, Centre de traitement des dépendances	469 908 \$	426 237 \$
75	La Débrouille	1 300 020 \$	1 227 967 \$
76	La Lueur de l'Espoir du Bas-Saint-Laurent inc.	402 784 \$	333 852 \$
77	Le Répit du passant	420 796 \$	381 583 \$
78	Les Grands Amis de Rimouski	155 144 \$	137 040 \$
79	Loisirs de jeunesse de Rimouski inc.	513 688 \$	476 840 \$
80	Maison des familles Rimouski-Neigette	24 800 \$	
81	Maison des jeunes de Pointe-au-Père	174 376 \$	151 594 \$
82	Maison des jeunes de Rimouski	207 512 \$	185 572 \$
83	Maison des jeunes du Bic	155 996 \$	150 430 \$

ORGANISME		Montant accordé	
		2023-2024	2022-2023
84	Moisson Rimouski-Neigette inc.	145 144 \$	126 784 \$
85	Nourri-Source BSL	15 000 \$	
86	PLAIDD du Bas-du-Fleuve	347 988 \$	324 696 \$
87	Pro-Jeune-Est Rimouski-Neigette	165 336 \$	147 491 \$
88	Regroupement des dynamiques de Rimouski	138 300 \$	119 766 \$
89	Regroupement des organismes communautaires en santé mentale Bas du Fleuve	137 056 \$	121 216 \$
90	Répit-Loisirs Autonomie	236 912 \$	212 977 \$
91	Ressource d'aide aux personnes handicapées du Bas-Saint-Laurent-Gaspésie	185 640 \$	160 397 \$
92	Santé mentale Québec-Bas-Saint-Laurent du Fleuve	397 920 \$	375 373 \$
93	Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi	157 164 \$	139 111 \$
94	Société canadienne de la sclérose en plaques, région BSL	53 200 \$	24 581 \$
95	Table régionale des organismes communautaires du Bas-Saint-Laurent	237 424 \$	211 689 \$
96	Uniphare Bas-Saint-Laurent	201 336 \$	176 492 \$
	TOTAL - RIMOUSKI-NEIGETTE	11 367 680 \$	10 073 414 \$
MRC de La Mitis			
97	Centre d'action bénévole de La Mitis	427 560 \$	258 962 \$
98	Centre femme de La Mitis	250 264 \$	229 415 \$
99	Le Groupe de personnes handicapées Les Alcyons inc.	155 348 \$	149 804 \$
100	Maison de l'Espoir de Mont-Joli inc.	426 880 \$	387 820 \$
101	Maison des jeunes de Mont-Joli inc.	257 864 \$	230 936 \$
102	Maison des tournesols	270 416 \$	250 081 \$
103	Parkinson Bas-Saint-Laurent	41 168 \$	12 243 \$
104	Pivot-Famille Mitis	16 348 \$	15 763 \$
105	Unité Domrémy de Mont-Joli	173 588 \$	155 954 \$
	TOTAL - LA MITIS	2 019 436 \$	1 690 978 \$
106	Centre d'action bénévole de la Vallée de La Matapédia	366 444 \$	213 301 \$
107	Centre de femmes de la Vallée de La Matapédia inc.	250 264 \$	229 415 \$
108	Centre Éclosion inc.	143 016 \$	128 779 \$
109	Grands Amis de la Vallée	158 908 \$	140 898 \$
110	La Jeunathèque d'Amqui inc.	203 796 \$	181 761 \$
111	La Maison des jeunes de Causapscal	141 916 \$	118 304 \$
112	La Maison des jeunes de Sayabec	196 512 \$	174 292 \$
113	La Maison des jeunes de Val-Brillant	110 048 \$	85 625 \$
114	Les Amirams de la Vallée inc.	191 800 \$	169 461 \$
115	Moisson Vallée Matapédia	161 868 \$	143 934 \$
116	Rayon de partage en santé mentale	270 292 \$	249 952 \$
	TOTAL - LA MATAPÉDIA	2 194 864 \$	1 835 722 \$

ORGANISME		Montant accordé	
		2023-2024	2022-2023
MRC de La Matanie			
117	Centre alternatif en santé mentale et sociale Le Marigot de Matane	270 376 \$	250 038 \$
118	Centre communautaire pour aînés Relais santé Matane	201 092 \$	177 925 \$
119	Centre d'action bénévole de la région de Matane inc.	267 876 \$	205 797 \$
120	Centre régional ADH «Le Tremplin»	422 108 \$	382 929 \$
121	La Cuisine collective de la région de Matane	138 836 \$	120 314 \$
122	Parent d'abord MRC de Matane	16 592 \$	18 002 \$
123	La Gigogne inc.	1 195 540 \$	1 136 899 \$
	• Maison d'hébergement deuxième étage	256 472 \$	247 320 \$
124	L'Association des handicapés gaspésiens	159 548 \$	136 388 \$
125	Les Grands Amis de la région de Matane	125 784 \$	121 297 \$
126	Maison des jeunes de Matane	212 988 \$	191 187 \$
127	Maison des jeunes Le Refuge Jeunesse	134 648 \$	129 843 \$
128	Regroupement des femmes de la région de Matane	223 468 \$	215 494 \$
129	Société Alzheimer du Bas-Saint-Laurent	381 028 \$	305 917 \$
TOTAL - LA MATANIE		4 006 236 \$	3 639 350 \$
SOUS-TOTAL - ALLOCATIONS VERSÉES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES		32 308 825 \$	28 472 625 \$
MRC autres			
130	Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec inc.	63 023 \$	60 774 \$
TOTAL - MRC AUTRES		63 023 \$	60 774 \$
TOTAL GLOBAL		<u>32 371 848 \$</u>	<u>28 533 399 \$</u>
NOMBRE D'ORGANISMES SUBVENTIONNÉS		130	127

Annexe



Rimouski-Neigette



Photo : Nathalie Poirier

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



TYPE DE DOCUMENT : Cadre de référence	NUMÉRO D'IDENTIFICATION : CA-RE-037
--	--

* Écrire le nom de l'acronyme de la direction

CE DOCUMENT ANNULE LA VERSION QUI PORTAIT LE TITRE SUIVANT :

Ce document abroge et remplace tous les Codes d'éthique et de déontologie antérieurs.

CE DOCUMENT S'ADRESSE AUX PERSONNES SUIVANTES :

Membres du conseil d'administration.

CE DOCUMENT EST ACCESSIBLE :

Répertoire commun Site Internet Intranet Autre Veuillez préciser

NOMBRE DE PAGES	28 pages incluant les annexes
RESPONSABLE DE L'APPLICATION	Comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration
RESPONSABLE DE LA CODIFICATION ET DE LA CONSERVATION DU DOCUMENT	Conseillère cadre à la PDG, volet soutien au conseil d'administration
INSTANCE(S) CONSULTÉE(S)	Comité de gouvernance et d'éthique – 2016-03-15 Comité de gouvernance et d'éthique – 2022-12-05
RESPONSABLE DE L'ADOPTION OU DE LA REVISION FINALE	Conseil d'administration
DATE DE LA MISE EN VIGUEUR	2016 -03-23
DATE DE L'ADOPTION OU DATE DE LA REVISION ET NUMERO DE RESOLUTION DU C.A.	Adopté par le conseil d'administration le 2016 -03-23 Numéro de résolution : CISSS-01.2016-03-197 Révisé par le conseil d'administration le 2022-12-07 Numéro de résolution : CISSS-01.2022-12-923
REVISION	Tous les trois ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil d'administration lors d'une séance régulière.

Règlement

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

Présidence-direction générale

Mars 2016

Mise à jour : Décembre 2022

TABLE DES MATIÈRES

<u>PRÉAMBULE</u>	4
<u>SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES</u>	5
1. <u>OBJECTIFS GÉNÉRAUX</u>	5
2. <u>FONDEMENTS LÉGAUX</u>	5
3. <u>DÉFINITIONS</u>	6
4. <u>CHAMP D'APPLICATION</u>	7
5. <u>DISPOSITION FINALE</u>	7
6. <u>DIFFUSION</u>	7
7. <u>PRINCIPES D'ÉTHIQUE</u>	8
8. <u>RÈGLES DE DÉONTOLOGIE</u>	8
<u>SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS</u>	12
<u>SECTION 4 – APPLICATION</u>	14
16. <u>ADHÉSION AU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS</u> ...	14
17. <u>COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE</u>	14
18. <u>COMITÉ D'EXAMEN AD HOC</u>	15
19. <u>PROCESSUS DISCIPLINAIRE</u>	15
20. <u>NOTION D'INDÉPENDANCE</u>	17
21. <u>OBLIGATIONS EN FIN DU MANDAT</u>	17
<u>ANNEXE II – AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE</u>	20
<u>ANNEXE III – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE</u>	21
<u>ANNEXE IV – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL</u>	22
<u>ANNEXE V – DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS</u>	23
<u>ANNEXE VI – SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS</u>	24
<u>ANNEXE VII – AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN</u>	25

PRÉAMBULE

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

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

SECTION 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

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

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

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

- Code :** Code d'éthique et de déontologie des membres recommandé par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.
- Comité d'examen ad hoc :** Comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission, ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.
- Conseil :** Conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la *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 un bénéfice, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.
- Conjoint :** Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *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 à un membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.
- Intérêt :** Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.
- LMRSS :** *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 et à l'intégrité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.
- Personne raisonnable :** Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable et éclairé possible dans les circonstances.
- Renseignements confidentiels :** Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager ou à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. Champ d'application

Tout membre du conseil d'administration est 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 voie de résolution par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

6. Diffusion

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

Section 2 – PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations ou pressions politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en

va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.

- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 4 – APPLICATION

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

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

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

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

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

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

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

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

Numéro de commission

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

2. Titre d'administrateur

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

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

Signature Date Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

2. Titre d'administrateur

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

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

3. Emploi

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

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

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

Signature

Date

Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

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

Signature

Date

Lieu

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

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

Signature

Date

Lieu

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

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

Signature

Date

Lieu



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

Québec 

Photo de la couverture : Gino Caron