



RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2023 | 2024

Centre intégré de santé et de services
sociaux de la Gaspésie

Québec 

Cette publication est une production
du Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Gaspésie

215, boulevard de York Ouest
Gaspé (Québec) G4X 2W2
Tél. : 418 368-3301
Télec. : 418 368-6850
www.cisss-gaspesie.gouv.qc.ca

Le Rapport annuel de gestion 2023-2024 a été déposé et adopté le 27 juin 2024 par les membres du conseil d'administration du CISSS de la Gaspésie.

Une copie de ce document est conservée dans les archives du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie.

Note

Dans ce texte, le masculin est utilisé dans son sens générique afin d'alléger le texte et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

TABLE DES MATIÈRES

1. Le message des autorités	1
2. La déclaration de fiabilité des données.....	3
3. La présentation de l'établissement et les faits saillants	5
Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	9
Les faits saillants.....	19
4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	49
5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	54
L'Agrément.....	54
L'examen des plaintes et la promotion des droits	63
L'information et la consultation de la population.....	64
6. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie	65
6. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie	65
7. Les ressources humaines	66
Les ressources humaines de l'établissement public	66
La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public.....	66
8. Les ressources financières	67
L'équilibre budgétaire.....	68
Les contrats de services	68
9. Les ressources informationnelles.....	69
10. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant.....	71
12. Les organismes communautaires	72
Annexe – Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs	79

LISTE DES ACRONYMES

A		I	
AAOR	Accueil, analyse, orientation et référence	IPS	Infirmière praticienne spécialisée
APPR	Agent de planification, de programmation et de recherche	IPS-PL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
AVC	Arrêt vasculaire cérébral	IRM	Imagerie par résonance magnétique
C		ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
CDD	Clinique de dépistage	L	
CDÉ	Clinique désignée d'évaluation	LMRSSS	Loi modifiant la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences
CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers	LPJ	Loi de la protection de la jeunesse
CECIIA	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires	LRR	Loi sur la représentation des ressources
CECM	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire	LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
CH	Centre hospitalier	LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	M	
CII	Conseil des infirmières et infirmiers	MAPA	Mesure ambulatoire de la pression artérielle
CIIA	Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires	MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires	O	
CM	Conseil multidisciplinaire	OIIAQ	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
CR	Centre de réadaptation	P	
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques	PAB	Préposé aux bénéficiaires
CUCI	Comité des usagers du centre intégré	PAR	Plan d'action régional
D		PCI	Prévention et contrôle des infections
DAL	Direction de l'approvisionnement et de la logistique	PDG	Présidence-directrice générale
DGA	Direction générale adjointe	PDGA	Présidence-directrice générale adjointe
DI-TSA-DP	Déficiência intellectuelle - trouble du spectre de l'autisme - déficiência physique	PEM	Plan d'effectifs médicaux
DMS	Durée moyenne de séjour	PFT	Programme fonctionnel et technique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse	PIPEP	Programme d'intervention pour le premier épisode psychotique
DPJE	Direction du programme Jeunesse	PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
DQEPE	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique	PETRAAS	Programme d'évaluation, de traitement et de recherche auprès des auteurs d'agressions sexuelles
DDRP	Direction des programmes en déficiences et en réadaptation physique	PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
DPSMDISPG	Direction du programme santé mentale, dépendance, itinérance et services généraux psychosociaux	PQDCS	Programme québécois du dépistage du cancer du sein
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques	PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux
DRF	Direction des ressources financières	R	
DRMG	Département régional de médecine générale	RI-RTF	Ressource intermédiaire - ressource de type familial
DSI	Direction des soins infirmiers	RPA	Résidence privée pour aînés
DSM	Direction des services multidisciplinaires	RLS	Réseau local de services
DSP	Direction des services professionnels	RTS	Réseau territorial de services
DRI	Direction des ressources informationnelles	S	
DRSP	Direction régionale de santé publique	SAD	Soutien à domicile
DST	Direction des services techniques	SAFIR	Service d'acheminement de formulaires informatiques et de suivis de requête
DSAPA	Direction Soutien à l'autonomie des personnes âgées	SEGA	Service externe de gériatrie ambulatoire
E		SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance
EÉSAD	Entreprise d'économie sociale et aide à domicile	SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
ETC	Équivalent temps complet	U	
G		UMF	Unité de médecine familiale
GMF	Groupe de médecine familiale		



Le message des autorités

Bonjour à toutes et à tous,

C'est avec grand plaisir que nous vous présentons le rapport annuel du CISSS de la Gaspésie pour l'année 2023-2024. La dernière année a présenté son lot de défis et nous pensons sincèrement avoir réussi à progresser en tant qu'organisation dans plusieurs chapitres.

Notre mission première, qui est d'offrir des soins et services de qualité aux Gaspésiennes et Gaspésiens et, dans certains cas, aux Madelinien(ne)s et Madelinot(e)s, a été en grande partie atteinte. Le plus grand défi auquel nous avons fait face dans cette quête a été de maintenir des services de qualité par la présence d'une main-d'œuvre qualifiée et suffisante.

Malgré tout, comme vous serez à même de le constater, plusieurs actions qui visaient entre autres à devenir une organisation plus attractive ont été mises en place au cours des derniers mois et ont porté fruit. À titre d'exemple, le déploiement progressif du concept d'organisation apprenante, amorcé en 2022 en partenariat avec le Syndicat des infirmières, infirmières auxiliaires et inhalothérapeutes de l'Est-du-Québec, a permis la mise en place de l'autogestion des horaires dans plusieurs services. Cet exemple concret permet notamment une meilleure planification de la présence au travail, tout en répondant à différents besoins des employés et de l'employeur, mais surtout à l'intérêt commun d'assurer la présence au travail requise pour maintenir les services.

De plus, divers projets de construction et de réaménagement d'espaces se sont concrétisés ou se sont mis en branle au cours de la dernière année. Ces réalisations ou améliorations de nos environnements physiques viendront ajouter à l'expérience vécue par les usagers, tout en assurant une meilleure qualité de vie au travail pour le personnel. Nous pouvons penser à la Maison des aînés et alternative de Rivière-au-Renard qui a ouvert ses portes dans la dernière année, ainsi qu'à des projets qui ont été lancés, comme l'agrandissement du CHSLD de Chandler et le réaménagement de l'unité d'hémodialyse de Gaspé.

Le défi des ressources humaines dont il était question au début de ce mot amène directement un autre défi : les finances. En effet, les enjeux de ressources humaines desquels découle notre utilisation de main-d'œuvre indépendante (MOI) ajoutent des dépenses non financées qui rendent encore plus difficile l'atteinte de l'équilibre budgétaire au sein de notre organisation. Toutefois, il importe de mentionner que plusieurs initiatives sont en cours afin de réduire au maximum l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante. Parmi les pistes explorées au cours de la dernière année, mentionnons tous les efforts de recrutement qui sont réalisés en continu, incluant les efforts de recrutement dans d'autres pays. Nous avons travaillé fort pour concrétiser l'arrivée et l'intégration d'une deuxième cohorte d'infirmières diplômées hors Canada l'automne dernier, tout en maintenant nos efforts de recrutement au Québec et au-delà de nos frontières.

La dernière année nous aura permis de constater l'engagement envers l'amélioration de l'organisation grâce à des individus engagés qui ont à cœur notre mission et qui portent nos valeurs haut et fort à la satisfaction de nos usagers; c'est remarquable. Nous tenons d'ailleurs à remercier les équipes qui se dévouent au quotidien afin de répondre au besoin de soins et service des Gaspésiennes et Gaspésiens. Nous sommes conscients d'avoir une équipe solide en qui nous avons confiance et en qui la population peut aussi avoir confiance. Nous avons accompli de belles choses au cours de la dernière année et nous sommes prêts à relever les défis qui se présenteront pour poursuivre l'évolution de notre organisation, opérer les changements nécessaires et toujours s'améliorer pour le bien de la population que nous desservons.

Nous ne pouvons passer sous silence notre collaboration avec différents partenaires qui permet l'atteinte de nos objectifs. Nous pensons ici au ministère de la Santé et des Services sociaux, aux membres du conseil d'administration, aux comités d'usagers et de résidents, aux bénévoles, aux organismes communautaires et partenaires et à tous les autres avec qui nous collaborons de façon constante; nous devons nous soutenir, ensemble, pour le bien de nos communautés.

En terminant, nous aimerions nous adresser directement à vous, chers usagers. Vous l'aurez compris depuis le début de ce message : vous êtes le cœur de notre mission. Nous savons que lorsque vous faites appel à nos services, c'est plus souvent qu'autrement dans des situations difficiles. Sachez que nous souhaitons faire de votre visite une expérience aussi positive qu'elle puisse l'être. Sachez aussi que nous sommes toujours ouverts à entendre vos enjeux et recommandations et que vous pouvez le faire via différents canaux : comités d'usagers, séances ordinaires du conseil d'administration et Commissaire aux plaintes et à la qualité des services. N'hésitez pas à faire entendre votre voix; vos remarques positives, tout comme celles qui le sont moins, nous permettent de nous interroger, de nous relever les manches afin d'apporter les correctifs requis, et ainsi répondre à notre volonté de toujours faire mieux.

Bonne lecture.

Le président-directeur général,



Martin Pelletier

Le président du conseil d'administration,



Gilles Cormier

2

La déclaration de fiabilité des données

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

Tout au long de l'exercice, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus de manière à assurer la réalisation des objectifs à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Un examen sur le caractère plausible et sur la cohérence de l'information présentée dans ce rapport a été fait par la direction de l'audit interne. Un rapport a été produit à cet effet.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2023-2024 du CISSS de la Gaspésie :

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

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

Le président-directeur général,

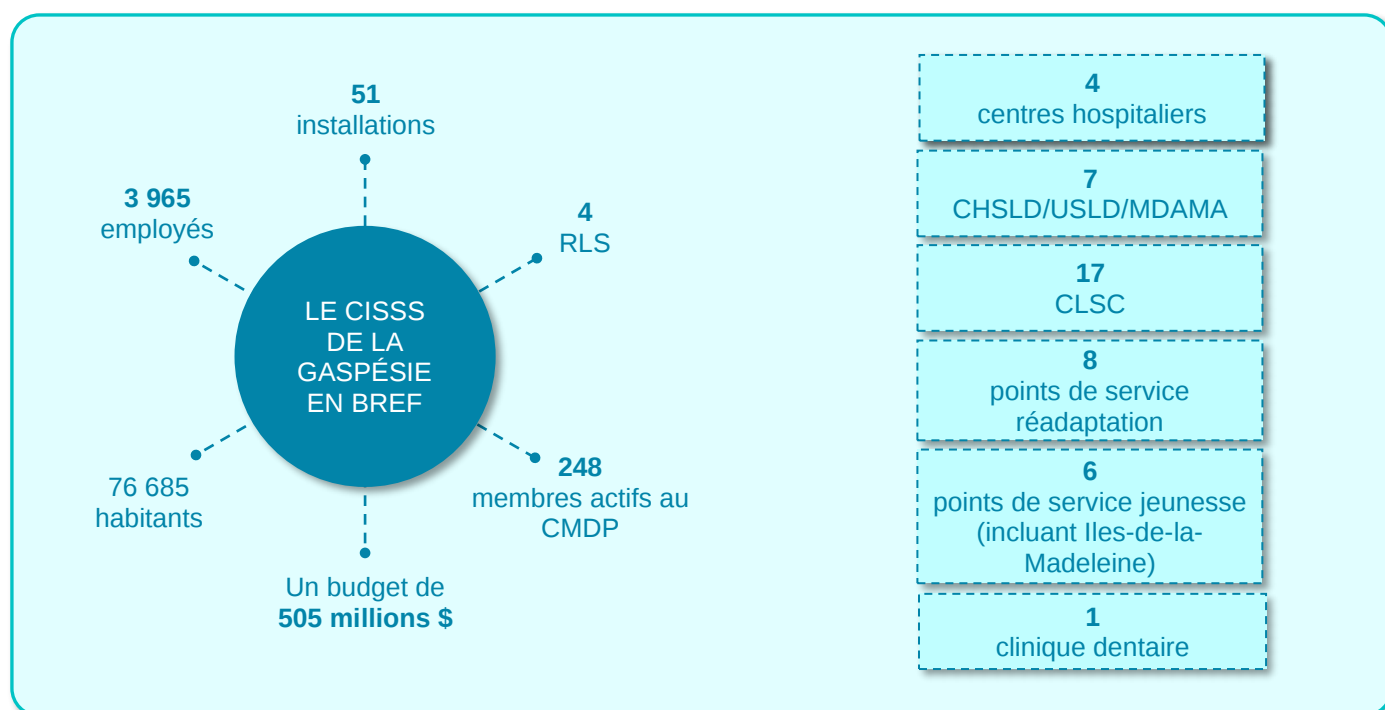


Martin Pelletier

3

La présentation de l'établissement et les faits saillants

L'ÉTABLISSEMENT



La mission

La mission du CISSS de la Gaspésie est de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être des Québécois (plus particulièrement de la population gaspésienne) en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

*La priorité du CISSS de la Gaspésie : fournir des services **accessibles, intégrés** et de **qualité**.*

La vision

Des soins de santé et des services sociaux accessibles et efficaces, qui s'adaptent aux besoins des Gaspésiennes et des Gaspétiens. Notre système de santé et de services sociaux doit veiller à :

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

Les valeurs organisationnelles

Respect



Bienveillance



Collaboration



Compétence



Prévoyance



Le Vrai Nord – Les axes de la gouvernance

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

Au centre, notre boussole :

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

Nos quatre points cardinaux :

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



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





LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES

Le conseil d'administration (C. A.)

Membres désignés

Vacant, département régional de médecine générale (DRMG) – *1^{er} avril au 13 juin 2023*
D^r Michel Garcia, département régional de médecine générale (DRMG) – *14 juin 2023 au 31 mars 2024*
D^{re} Martine Larocque, conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
M^{me} Sabrina Tremblay, comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
Vacant, conseil des infirmières et infirmiers (CII) – *1^{er} avril au 13 juin 2023*
M^{me} Marie-Ève Hunter, conseil des infirmières et infirmiers (CII) – *14 juin 2023 au 31 mars 2024*
M^{me} Edna Synnott, comité des usagers du centre intégré (CUCI)
M^{me} Andréanne Gauthier, conseil multidisciplinaire (CM)

Membres nommés

M. Martin Pelletier, président-directeur général (PDG) au CISSS de la Gaspésie
M^{me} Édith Couture, milieu de l'enseignement – *1^{er} avril au 29 février 2024*
Vacant, milieu de l'enseignement – *1^{er} au 31 mars 2024*

Membres indépendants

M. Richard Loisel, président, compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité – *1^{er} avril 2023 au 31 janvier 2024*
M. Gilles Cormier, président intérimaire, compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité – *1^{er} février au 31 mars 2024*
M. Gilles Cormier, vice-président, expertise en réadaptation – *1^{er} avril 2023 au 31 janvier 2024*
Vacant, vice-présidence – *1^{er} février au 14 février 2024*
M^{me} Marlyne Cyr, vice-présidente, compétence en gestion des risques, finance et comptabilité – *15 février au 31 mars 2024*
M^{me} Marlyne Cyr, compétence en gestion des risques, finance et comptabilité – *1^{er} avril 2023 au 14 février 2024*
M. Médor Doiron, expertise en protection de la jeunesse
M. Magella Émond, expertise en santé mentale
M^{me} Nicole Bertrand Johnson, expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux
M. Philippe Berger, membre observateur représentant des fondations
Poste vacant, compétence en gouvernance ou éthique
Poste vacant, compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
Poste vacant, expertise dans les organismes communautaires
Poste vacant, compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité – *1^{er} février au 31 mars 2024*

Réalisations

Le conseil d'administration du CISSS de la Gaspésie a tenu 14 séances durant l'exercice 2023-2024, soit 8 séances extraordinaires et 6 séances ordinaires. De plus, le 23 novembre 2023 s'est tenu la séance annuelle d'information publique, où ont été présentés les résultats de l'année 2022-2023.

Une rencontre de type « lac-à-l'épaule » a été tenue avec les administrateurs à Sainte-Anne-des-Monts le 6 décembre 2023.

Pour l'année 2023-2024, aucun cas de manquement au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs n'a été soulevé. Une copie de ce document se trouve en annexe du présent rapport annuel, ainsi que sur le site Internet du CISSS de la Gaspésie à l'adresse www.cisss-gaspesie.gouv.qc.ca.

Les comités, les conseils et les instances consultatives

Le comité de vérification (CV)

M. Magella Émond, président du comité

M^{me} Nicole Johnson, membre du C. A.

M^{me} Marlyne Cyr, membre du C. A.

M. Richard Loiselle, président du C. A. – *1^{er} avril 2023 au 31 janvier 2024*

M. Gilles Cormier, président intérimaire du C.A. – *1^{er} février au 31 mars 2024*

M. Martin Pelletier, PDG du CISSS de la Gaspésie et personne invitée

Personnes-ressources

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

M. Yannick Sauvé, directeur de l'approvisionnement et de la logistique

Neuf rencontres du comité ont eu lieu au cours de l'année 2023-2024.

Le comité de gouvernance et d'éthique (CGE)

M. Gilles Cormier, président du comité

D^r Michel Garcia, membre du C. A. – *14 juin 2023 au 31 mars 2024*

M. Médor Doiron, membre du C. A.

D^{re} Martine Larocque, membre du C. A.

M^{me} Marlyne Cyr, membre du C. A.

M. Martin Pelletier, PDG du CISSS de la Gaspésie et personne invitée

Personne-ressource

M^{me} Nancy Cyr, conseillère cadre au PDG

Cinq rencontres du comité ont eu lieu au cours de l'année 2023-2024.

Le comité de vigilance et de la qualité (CVQ)

M. Médor Doiron, président du comité

M^{me} Edna Synnott, représentante du CUCI

M^{me} Édith Couture, membre du C. A. – *1^{er} avril 2023 au 29 février 2024*

M^{me} Andréanne Gauthier, membre du C. A.

M^{me} Caroline Plourde, commissaire aux plaintes et à la qualité des services

M. Martin Pelletier, PDG du CISSS de la Gaspésie et personne invitée

Personne-ressource

M^{me} Yamama Tamim, directrice de la qualité, l'évaluation, la performance et l'éthique

Quatre rencontres du comité ont eu lieu au cours de l'année 2023-2024.

Le comité des ressources humaines (CRH)

M. Richard Loiselle, président du C. A. et du comité – *1^{er} avril 2023 au 31 janvier 2024*

M. Gilles Cormier, président intérimaire du C. A. et du comité – *1^{er} février au 31 mars 2024*

M. Gilles Cormier, vice-président du C. A. – *1^{er} avril 2023 au 14 février 2024*

M^{me} Marlyne Cyr, vice-présidente du C. A. – *15 février au 31 mars 2024*

M. Médor Doiron, membre du C. A.

M^{me} Nicole Johnson, membre du C. A.

M. Martin Pelletier, PDG du CISSS de la Gaspésie et personne invitée

Personne-ressource

M. Alain Vézina, directeur des ressources humaines

Quatre rencontres du comité ont eu lieu au cours de l'année 2023-2024.

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

Le comité de travail paritaire visant la mise en place de la Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail (LMRSST) est en place. Celui-ci a formulé ses recommandations face à la constitution du comité stratégique.

Le Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et de services sociaux aux personnes d'expression anglaise de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

M. Allen Richards, président, CASA Committee for anglophone social action
M. Mike Vigneault, Council of Anglophone Magdalen Islanders - CAMI
M^{me} Amie Chicoine, Vision Gaspé-Percé Now
M. Bruce Wafer, Table régionale de concertation des aînés Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
M^{me} Donna Anderson, Grosse-Île School, Commission scolaire Eastern Shores (Îles-de-la-Madeleine)
M^{me} Heather MacWhirter, Family Ties
M^{me} Janice Turnbull, municipalité de Grosse-Île
M. Jon Pitre, communauté de Gesgapegiag
M. Rhéal Raymond, communauté de Listuguj
M^{me} Sandy Astles, Commission scolaire Eastern Shores (Gaspésie)

Le Comité plan d'action pour les personnes handicapées (PAPH)

M. Alain Vézina, directeur des ressources humaines
M. Gilles Cormier, représentant du C. A. de l'établissement et du comité des usagers – volet réadaptation
M. Francis Boudreau, directeur des programmes en déficience et en réadaptation physique
M. Harris Cloutier, directeur des services techniques
M. Yannick Sauvé, directeur de l'approvisionnement et de la logistique
M^{me} Ann Soucy, directrice des ressources informationnelles (*et directrice des services multidisciplinaires par intérim – jusqu'au 22 octobre 2023*)
M^{me} Marie-Pierre Gagnon, directrice des services multidisciplinaires – *depuis le 23 octobre 2023*
M^{me} Caroline Stevens, adjointe à la Direction des ressources humaines et chef des ressources humaines – RLS du Rocher-Percé
M^{me} Laurence Arsenault, ergothérapeute
M^{me} Cassandra Lévesque, responsable des communications – *depuis le 17 février 2024*
M. Jean Morin, responsable des communications – *jusqu'au 16 février 2024*
M. Ghislain Gagnon, directeur général du Regroupement des associations de personnes handicapées Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (RAPHGÎ)

Personne-ressource

M. Alain Vézina, directeur des ressources humaines

Deux rencontres ont été tenues au cours de l'année.

Le comité voit à mettre en place les initiatives présentées au plan d'action tel que dicté par la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale.

Le comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Conformément à la Loi, le CUCI est responsable de coordonner et de soutenir tous les comités des usagers (CU) et de résidents (CR) dans la réalisation de leurs activités au sein de chacune des constituantes et des installations de l'établissement. Les membres sont :

M^{me} Linda Thurston, comité des usagers, volet Jeunesse, présidente et trésorière
M. Philippe Berger, comité des usagers, vice-président, RLS du Rocher-Percé

M. Gilles Brossard, comité des usagers, secrétaire, RLS de La Côte-de-Gaspé
M. Gilles Cormier, comité des usagers, volet Réadaptation
M^{me} Esther Michaud, comité des usagers, RLS de La Haute-Gaspésie
M^{me} Roseline Arsenault, comité des usagers, RLS de la Baie-des-Chaleurs
M^{me} Claudette Ouellet, comité de résidents, volet Jeunesse
M^{me} May Rochefort, comité de résidents, CHSLD Mgr-Ross, RLS de La Côte-de-Gaspé
M^{me} Léa Gallant, comité de résidents, CHSLD de Matapédia, RLS de La Baie-des-Chaleurs
M^{me} Edna Synnott, comité de résidents, volet Jeunesse

Au 31 mars 2024, quatre postes étaient vacants :

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

Personne-ressource

Mme Yamama Tamim, directrice Qualité, évaluation, performance et éthique

Réalisations

- Journée des comités des usagers et de résidents qui a eu lieu en mai 2023.
- La « Semaine des droits des usagers » s'est tenue du 12 au 18 novembre 2023 sous le thème « Les comités des usagers partout au Québec : c'est gagnant ! » : des kiosques d'information et de promotion se sont tenus pour nos usagers; certains comités ont réalisé des capsules radiophoniques.
- Participation à plusieurs formations offertes par le RPCU.
- Réalisation de plusieurs projets spéciaux, dont plusieurs pour les résidents en CHSLD.
- Réalisation et diffusion d'objets promotionnels.
- Visibilité du comité réadaptation.
- Capsules de formation sur les droits des usagers par le comité des usagers du RLS de Baie-des-Chaleurs : droit à la confidentialité, droit à la décision, droit à l'information et droit de porter plainte.
- Participation au Colloque Mieux-être des Aînés à Saint-Hyacinthe le 24 mai 2023.
- Soutien à l'animation pour les résidents - comité de résidents du CHSLD Monseigneur-Ross de Gaspé.
- Conception d'une pochette d'accueil pour les nouveaux membres incluant les règlements du CUCI et le cadre de référence du MSSS.

Représentation

- Participation d'un membre du CUCI au conseil d'administration du CISSS de la Gaspésie.
- Participation d'un membre du CUCI au comité de vigilance et de la qualité.
- Participation d'un membre du CUCI au comité de gestion des risques de l'établissement.
- Participation d'un membre du comité de résidents du CHSLD Monseigneur-Ross de Gaspé au comité de la Maison des aînés et maison alternative de Rivière-au-Renard.

Le comité de gestion des risques (CGR)

Mandat général

Conformément à l'article 183.2 de la LSSSS, le CGR a pour mandat d'assurer au conseil d'administration que l'établissement respecte les règlements, les politiques et les protocoles au regard de la gestion des risques et qu'il remplit ses obligations en ce qui a trait à la sécurité des usagers. Il est garant des principes, des politiques, des règles et du suivi de l'application des orientations approuvées par le conseil d'administration de l'établissement. Le CGR exerce donc un rôle de vigie pour la mise en place de la gestion des risques dans le CISSS de la Gaspésie. Il se fait le promoteur de la sécurité des soins et des services offerts et apporte un soutien au personnel et aux professionnels dans la recherche et le développement de moyens pour accroître la sécurité des usagers.

M^{me} Yamama Tamim, DQEPE, présidente
M. Martin Pelletier, PDG

M^{me} Sandra Cassivi-Bouchard, gestionnaires des risques et coordonnatrice de l'Agrément
M^{me} Mélissa-Anne Gauvreau, personne désignée par le CPI
M^{me} Nancy Richard, personne désignée pour représenter le Département de pharmacie
M^{me} Marlyne Cyr, personne désignée par le C. A.
D^{re} Isabelle Casgrain, personne désignée par le CMDP, pour le volet GMF communautaire
D^{re} Isabelle Casgrain, personne désignée par le CMDP, pour le volet urgence / Soins intensifs
M. Andrew O'Reilly, personne désignée par la DSI
M^{me} Ariane Provost, personne désignée par le CII
M^{me} Linda Thurston, personne désignée par le CUCI
M^{me} Fanny Bernard, personne désignée par la direction du programme Soutien à l'autonomie de la personne âgée
M. Jason Morin, personne désignée par la Direction des services multidisciplinaires, pour le volet imagerie médicale
M. Jean-Sébastien Allard, personne désignée pour représenter le volet des mesures d'urgence
M^{me} Gina Pelletier, personne désignée par la DRH, volet prévention, santé et sécurité au travail
M^{me} Fanie Poirier, personne désignée par la Direction du programme Santé mentale
M^{me} Caroline Roy, personne désignée par la Direction du programme Réadaptation
M^{me} Nancy Francoeur, personne désignée par la Direction du programme Jeunesse
M. Dominic Lapensée, personne désignée pour représenter le Département de génie biomédical

Au 31 mars 2024, les sièges suivants étaient vacants :

- Membre patient-partenaire
- Membre représentant de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM)

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

- Mme Lise Cotton, APPR, RLS de La Côte-de-Gaspé

Réalisations

- Proposition d'un nouveau rapport trimestriel permettant de dresser un portrait plus complet avec une meilleure présentation des résultats.
- Révision du règlement du comité de gestion des risques.
- Mandat donné à une équipe de la pharmacie pour la mise en œuvre du sous-comité du circuit du médicament.

Le comité de gestion des risques a également adressé les recommandations suivantes :

- Désencombrement des corridors.
- Mise en place d'une collaboration avec la conseillère cadre à la protection des renseignements personnels pour des situations de bris de confidentialité.
- Proposition de plan de formation relatif à la prévention du suicide.
- Recensement des pratiques relatives au dossier satellite : maintenir un dossier unique en unité de soins de courte durée.

Le comité de direction (CODIR)

M. Martin Pelletier, PDG du CISSS de la Gaspésie
M. Jean Saint-Pierre, PDG adjoint du CISSS de la Gaspésie et directeur du programme SAPA
D^{re} Nathalie Guilbeault, directrice des services professionnels
M^{me} Ann Soucy, directrice des ressources informationnelles
M. Sylvain Nadeau, directeur des programmes santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux
M^{me} Sylvie Desrosiers, directrice du programme Jeunesse
M. Francis Boudreau, directeur des programmes en déficience et réadaptation physique
M. Jean St-Pierre, directeur du programme SAPA par intérim
D^r Yv Bonnier-Viger, directeur régional de santé publique
M^{me} Michelle Frenette, directrice de la protection de la jeunesse
M^{me} Yamama Tamim, directrice à la qualité, l'évaluation, la performance et l'éthique
M^{me} Marie-Pierre Gagnon, directrice des services multidisciplinaires
M. Alain Vézina, directeur des ressources humaines
M. Harris Cloutier, directeur des services techniques
M. Jean-Pierre Collette, directeur des ressources financières

M. Yannick Sauvé, directeur de l'approvisionnement et logistique
M. Maxime Bernatchez, directeur des soins infirmiers
M. Jean-François Sénéchal, directeur adjoint des services professionnels
M. Pierre Parisé, directeur adjoint à la Présidence-direction générale – RLS de la Baie-des-Chaleurs
M. Vincent Tremblay, directeur adjoint à la Présidence-direction générale – RLS de La Côte-de-Gaspé
M. Cédric Moreau, directeur adjoint à la Présidence-direction générale – RLS du Rocher-Percé

Le comité de coordination clinique (CCC)

M. Jean St-Pierre, PDG adjoint du CISSS de la Gaspésie et directeur du programme SAPA
D^{re} Nathalie Guilbeault, directrice des services professionnels
M^{me} Marie-Pierre Gagnon, directrice des services multidisciplinaires
M^{me} Ann Soucy, directrice des ressources informationnelles
M. Sylvain Nadeau, directeur des programmes santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux
M^{me} Sylvie Desrosiers, directrice du programme Jeunesse
M. Francis Boudreau, directeur des programmes en déficience et réadaptation physique
D^r Yv Bonnier-Viger, directeur régional de santé publique
M^{me} Michelle Frenette, directrice de la protection de la jeunesse
M^{me} Yamama Tamim, directrice à la qualité, l'évaluation, la performance et l'éthique
M. Maxime Bernatchez, directeur des soins infirmiers
M. Jean-François Sénéchal, directeur adjoint des services professionnels
M. Pierre Parisé, directeur adjoint à la Présidence-direction générale – RLS de La Baie-des-Chaleurs
M. Vincent Tremblay, directeur adjoint à la Présidence-direction générale – RLS de La Côte-de-Gaspé
M. Cédric Moreau, directeur adjoint à la Présidence-direction générale – RLS du Rocher-Percé

Le Département régional de médecine générale (DRMG)

Membres élus par et parmi les médecins membres du département

D^r Sylvain Drapeau, chef du DRMG, RLS du Rocher-Percé
D^{re} Nathalie Guilbeault, RLS de La Côte-de-Gaspé
D^{re} Martine Beauchamp, RLS de La Baie-des-Chaleurs
D^{re} Amélie Sylvestre, RLS de La Baie-des-Chaleurs

Membres cooptés nommés par les membres élus

D^{re} Émilie Dupuis-Riendeau, RLS de La Côte-de-Gaspé
D^{re} Audrey Perry-Melançon, RLS de La Côte-de-Gaspé
D^r Guillaume Hardy, RLS de La Haute-Gaspésie
D^{re} Émilie Gagnon, RLS de La Haute-Gaspésie
D^r Steve Lessard, CISSS des Îles
D^{re} Justine Galarneau-Girard, RLS de La Baie-des-Chaleurs
D^{re} Claudia Dumont, RLS du Rocher-Percé
D^{re} Myriam Gosselin, RLS de La Côte-de-Gaspé
M. Martin Pelletier, PDG du CISSS de la Gaspésie

Réalisations

- Faire des recommandations sur la partie du plan régional des effectifs médicaux (PREM) relative aux médecins omnipraticiens.
- Participer aux décisions relatives aux demandes d'adhésion et de modification des activités médicales particulières (AMP) des médecins omnipraticiens du territoire.
- Participer aux décisions relatives aux demandes de report de pratique des médecins omnipraticiens du territoire.
- Participer aux discussions et à l'implantation de la trajectoire hivernale.

Le comité régional des services pharmaceutiques (CRSP)

Membres désignés

M^{me} Sabrina Tremblay, présidente et pharmacienne au CISSS de la Gaspésie, RLS de La Baie-des-Chaleurs
M^{me} Lynnette McGregor, pharmacienne au CISSS de la Gaspésie, RLS de La Côte-de-Gaspé
M^{me} Isabelle Daigneault, pharmacienne au CISSS des Îles
M. Vincent Peirera Bourque, pharmacien salarié aux Îles-de-la-Madeleine
M. Jean-Sébastien Laliberté-Gemme, pharmacien propriétaire de la MRC Bonaventure
M. Laurent Carbonneau Lebeau, pharmacien propriétaire de la MRC du Rocher-Percé
M^{me} Julie Chabot, pharmacienne salariée de la MRC de La Haute-Gaspésie
M^{me} Sonia Arsenault, pharmacienne salariée de la MRC de La Côte-de-Gaspé

Membres d'office

M^{me} Emmanuelle Huot, pharmacienne chef du CISSS des Îles
M^{me} Nancy Richard, pharmacienne chef du CISSS de la Gaspésie
M. Jean-François Sénéchal, directeur adjoint à la Direction des services professionnels du CISSS de la Gaspésie

Membre invitée

M^{me} Marie-Ève Hunter, infirmière, conseillère cadre à la qualité et la sécurité des soins et à la gestion des risques au CISSS de la Gaspésie

Réalisations

Le CRSP travaille à la réalisation de la mise en place d'une trajectoire uniformisée sur le territoire pour l'antibiothérapie intraveineuse à domicile. Il fournit aussi une ordonnance préimprimée aux professionnels de la santé pour faciliter la prise en charge de ces usagers. Dans la prochaine année, le comité fera de même pour la gestion péri-opératoire des anticoagulants.

Finalement, avec des réunions provinciales, le comité veille à représenter la région et à partager les bonnes pratiques en matière de soins pharmaceutiques.

Le conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Le CII est responsable envers le PDG de donner son avis sur les questions suivantes : l'organisation scientifique et technique en soins infirmiers du CISSS Gaspésie; les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et des infirmiers; toute autre question que le PDG porte à son attention.

Membres

M^{me} Sandra Cassivi-Bouchard, présidente sortante, gestionnaire des risques et coordonnatrice de l'agrément, RLS de La Côte-de-Gaspé. *Poste non renouvelé en décembre 2023*
M^{me} Ariane Provost, vice-présidente, infirmière clinicienne SIDEPE, vaccination adulte voyageur et GPI, RLS de la Baie-des-Chaleurs
M^{me} Gabrielle Chrétien, secrétaire, infirmière praticienne spécialisée première ligne, RLS du Rocher-Percé
M^{me} Marie-Josée Thériault, infirmière clinicienne SAD, RLS de La Côte-de-Gaspé (*congé pour études*)
M^{me} Véronique Cavanagh, infirmière clinicienne urgence, RLS de La Baie-des-Chaleurs
M^{me} Stéphanie Bujold-Bourget, conseillère en prévention des infections, RLS du Rocher-Percé
M^{me} Marie-Ève Hunter, conseillère cadre à la direction des soins infirmiers, RLS du Rocher-Percé
M^{me} Christiane Rheault, infirmière praticienne spécialisée première ligne, RLS de La Haute-Gaspésie
M^{me} Lynthia Moses Bujold, infirmière urgence, RLS de La Baie-des-Chaleurs (*démission*)
M^{me} Claudèle Charland-Dulac, gestionnaire responsable CHSLD de Matapédia, RLS de La Baie-des-Chaleurs (*congé de maternité*)
M^{me} Amélie Forest, infirmière clinicienne GMF, RLS de La Baie-des-Chaleurs
M^{me} Sara Briand, infirmière clinicienne pédopsychiatrie, RLS de La Côte-de-Gaspé
N. Yves Noël, conseiller cadre au centre d'hébergement de Maria, RLS de La Baie-des-Chaleurs
M^{me} Pier-Julie Richard, assistante-infirmière-chef unité de psychiatrie, RLS de La Baie-des-Chaleurs

Réalisations

- Participation de la présidente et de la vice-présidente aux Tables CII avec l'ACIIQ.
- Participation des membres du CII à des conférences offertes par l'ACIIQ.
- Mise à jour du plan de communication.
- Mise à jour du plan d'action.
- Travail pour relancer le CIIA.
- Alimentation de la page Facebook pour rejoindre nos membres.
- Participation de membres du CECII au colloque de l'ACIIQ en novembre 2023.
- Analyse des résultats du sondage sur les réalités professionnelles au sein du CISSS de la Gaspésie et présentation des résultats à diverses instances (DSI, DRH, PDG, C. A. et CODIR).
- Consultation du comité pour différents documents tout au cours de l'année.
- Représentation des infirmiers et infirmières au sein des comités suivants :
 - Conseil d'administration;
 - Comité de la Direction des soins infirmiers;
 - Comité de gestion des risques.

Enjeux et priorités

- Maintien d'un CIIA : invitation des membres d'office du CIIA lors des rencontres du CECII, offrir notre soutien pour le recrutement des membres, s'assurer d'une représentativité de chaque réseau local, s'assurer de la tenue d'une assemblée générale et de la nomination des membres d'office.
- Participer activement aux activités initiées par l'ACIIQ (table, projet de recherche, formation, échange de documents), participer annuellement au colloque des conseils organisés par l'ACIIQ, renouveler annuellement l'adhésion à l'ACIIQ.
- Se doter d'un mécanisme de communication afin de tenir nos membres informés en regard des orientations de l'établissement de l'OIIQ, de l'ORIIBSLGIM et de l'ACIIQ : alimenter la page Facebook à l'effigie du CECII dans un but d'informer nos membres en se conformant à l'étiquette du CISSS de la Gaspésie, accompagner les membres en rendant disponible l'information nécessaire des différentes instances de l'établissement qui touchent les soins infirmiers, assurer une vigie de l'information disponible sur les sites de l'OIIQ, de l'ORIIBSLG et de l'ACIIQ, désir d'avoir une « souveraineté communicationnelle », collaborer avec les membres du CIIA pour publiciser les informations pertinentes.

Le conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

Membres

M^{me} Cynthia Lévesque, infirmière auxiliaire CHSLD Maria - Réseau local de La Baie-des-Chaleurs

M^{me} Nancy Skene, infirmière auxiliaire CHSLD Maria - Réseau local de La Baie-des-Chaleurs

M^{me} Karen-Line Côté, infirmière auxiliaire - Réseau local de La Côte-de-Gaspé

Réalisations

Puisqu'il s'agit de membres actifs du CECII, les réalisations sont similaires à celles du CII.

Le conseil multidisciplinaire (CM)

Mandat

En vertu de l'article 227 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), le conseil multidisciplinaire est responsable envers le conseil d'administration :

- de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres dans tout centre exploité par l'établissement;

- de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par leurs membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tout centre exploité par l'établissement.

En vertu de l'article 228 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS) et conformément aux règlements de l'établissement, le conseil multidisciplinaire est, pour chaque centre exploité par l'établissement, responsable envers le président-directeur général de donner son avis sur les questions suivantes :

- l'organisation scientifique et technique du centre;
- les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres;
- toute autre question que le président-directeur général porte à son attention.

Composition du CM

Au 31 mars 2024, le CM est composé de 866 membres représentant toutes les personnes qui sont titulaires d'un diplôme collégial ou universitaire et qui exercent, pour l'établissement, des fonctions caractéristiques du secteur d'activité couvert par ce diplôme et reliées directement aux services de santé et sociaux.

Le Comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) est composé de dix (10) membres élus et trois (3) membres cooptés par et parmi les membres du conseil, ainsi que du président-directeur général et de la personne que ce dernier désigne à cette fin. Ce comité exerce tous les pouvoirs et les responsabilités du conseil multidisciplinaire.

Membres élus

Au 31 mars 2024, les membres élus du comité exécutif du CM sont :

M. Jean-François Devloo, président, psychologue/neuropsychologue à la Direction déficience et réadaptation – RLS de La Haute-Gaspésie.

M^{me} Nancy Gédéon, secrétaire, agente de planification, de programmation et de recherche (APPR) à la Direction de santé publique/répondante régionale en santé mentale – RLS de La Baie-des-Chaleurs.

M^{me} Marie-France Lamarche, trésorière, intervenante en soins spirituels, Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées – RLS de La Côte-de-Gaspé.

M^{me} Guylaine Sauvée, travailleuse sociale à la Direction des programmes jeunesse – RLS de La Haute-Gaspésie.

Membre coopté

M^{me} Andréanne Gauthier, vice-présidente, technicienne en éducation spécialisée à la Direction déficience et réadaptation – RLS de La Haute-Gaspésie.

Au 31 mars 2024, le comité exécutif du CM compte cinq (5) membres élus et cooptés, sur un total de treize (13) postes disponibles. À noter que, pour des raisons diverses, plusieurs membres du CECM ont remis leur démission durant l'année 2023-2024.

Membres d'office et désignés par la P-D G :

M. Martin Pelletier, président-directeur général du CISSS de la Gaspésie

M^{me} Marie-Pierre Gagnon, directrice des services multidisciplinaires

Réalisations

- Comité exécutif : 11 réunions ordinaires.
- AGA tenue le 7 juin 2023.
- Suivi du Plan d'action du CM.
- Suivi du Plan de communication.
- 3 séances d'accueil des nouveaux membres du CM.
- 2 midis-conférences par et pour les membres du CM.
- Élaboration d'un guide d'accueil pour les nouveaux membres du comité exécutif du CM (CECM).
- Élaboration d'un sondage pour les membres du CM sur la qualité de la pratique professionnelle et la satisfaction au travail.
- Présentation des résultats du sondage CM à la haute direction du CISSS de la Gaspésie.
- Participation à plusieurs rencontres virtuelles de l'ACMQ en lien avec le PL 15.
- Rencontre entre les président(e)s des CM des régions éloignées.

- Achat de carnets promotionnels pour les nouveaux membres du CM.

Demandes de consultation pour divers documents

- Formulaire d'épuration.
- Guichet du curateur public au CISSS de la Gaspésie.
- Politique d'appréciation de la contribution du personnel du CISSS de la Gaspésie.
- Procédure relative à l'appréciation de la contribution du personnel du CISSS de la Gaspésie.
- Formulaire de référence – services psychosociaux en oncologie.
- Congé du service d'oncologie – transition vers le médecin de famille.
- Politique de la gestion des échantillons de médicaments.
- Cadre de référence pour la recherche avec des participants humains.

Bons coups

- Réalisation d'un sondage sur la qualité de la pratique professionnelle et la satisfaction au travail.
- Collaboration plus régulière avec la présidence-direction générale.
- Poursuite des midis-conférences.
- Poursuite des séances d'informations pour les nouveaux membres du CM.
- Meilleure gestion budgétaire.
- Suivi proactif du PL 15 (Santé Québec).

Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECMDP)

RLS de La Baie-des-Chaleurs

D^r Éric Blais, vice-président
D^{re} Aurélie Cathelin-Cardon
D^{re} Isabelle Mathieu

RLS du Rocher-Percé

D^{re} Joanie Fortin, trésorière – *septembre 2023 à novembre 2023*
D^{re} Virginie Savard, trésorière – *novembre 2023 à mars 2024*
D^r Simon Fredette, secrétaire – *complète le mandat de trésorerie de D^{re} Savard de mars à juin 2024*

RLS de La Haute-Gaspésie

D^r Guillaume Hardy
D^{re} Émilie Poirier

RLS de La Côte-de-Gaspé

D^r Jean-François Lefebvre
M^{me} Nancy Richard
D^{re} Marie-Claude Savage

D^{re} Nathalie Guilbeault, directrice des services professionnels
M. Martin Pelletier, PDG du CISSS de la Gaspésie

À noter que le mandat des membres élus est de septembre 2023 à juin 2024, sauf lorsque précisé.

LES FAITS SAILLANTS

La Direction régionale de santé publique (DRSP)

Au cours de l'année écoulée, la Direction régionale de santé publique a réalisé des actions significatives pour promouvoir la santé et le bien-être de la population. Voici les points saillants de ces réalisations :

- **Rencontre-causerie avec le sous-ministre adjoint**
 - Une rencontre fructueuse a eu lieu avec Horacio Arruda, sous-ministre adjoint au MSSS, les partenaires communautaires et la Conférence administrative régionale (CAR). L'objectif était d'échanger autour de la politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS) et de convenir d'un suivi avec tous les ministères concernés via la CAR sociale.
- **Études d'impacts sur la Santé (EIS)**
 - En collaboration avec la ville de Carleton et la municipalité de Chandler, deux études d'impacts à la santé ont été menées. Cette démarche partenariale vise à informer les décideurs municipaux des conséquences des projets sur la santé des citoyens et des citoyennes et à proposer des solutions concrètes.
- **Rapport sur les vulnérabilités régionales face aux changements climatiques**
 - Le rapport sur les vulnérabilités régionales a été dévoilé, marquant le lancement officiel d'une démarche visant à doter la région d'une planification de santé publique adaptée aux changements climatiques.
- **Amélioration de l'offre de services en cessation tabagique**
 - L'offre de services en cessation tabagique a été adaptée avec l'augmentation des points de services et la mise en place de la téléconsultation. De plus, les infirmières scolaires ont été formées à l'intervention brève en cessation tabagique/vapotage.
- **Mobilisation des Éclaireurs-Veilleurs**
 - Une mobilisation intense a été observée autour des démarches des Éclaireurs-Veilleurs, avec de nombreuses formations offertes, une mobilisation citoyenne renforcée et l'organisation d'événements rassembleurs et bienveillants.
- **Étude sur les travailleurs étrangers temporaires**
 - Une étude sur l'hébergement et la perception des travailleurs étrangers temporaires en GÎM a été réalisée dans le but de développer des interventions adaptées aux enjeux de santé-sécurité liés à leur emploi.
- **Renforcement des rencontres périnatales et des groupes SIPPE**
 - Un rehaussement de l'offre communautaire des rencontres périnatales de groupe a été effectué, tout en développant une offre de groupes SIPPE pour répondre aux besoins des populations concernées.
- **Réorganisation de l'équipe petite enfance**
 - L'équipe petite enfance, comprenant les équipes locales des services de périnatalité et de SIPPE, a été rapatriée sous la direction de la santé publique pour une coordination optimale des services et une meilleure efficacité.

La Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)

En 2023-2024, la Direction de la protection de la jeunesse a reçu un total de 2 072 signalements, comparativement à 1 972 signalements l'année précédente.

Pour l'année 2023-2024, nous pouvons également noter :

- une offre de services et des équipes stables pour les services en jeunes contrevenants;
- la mise en place du programme sociojudiciaire, soit la coparentalité en matière de conflit de séparation;
- une grande mobilisation des équipes en protection de la jeunesse malgré la pénurie de main-d'œuvre importante dans le service;
- un enjeu important en matière d'hébergement pour les jeunes;
- la mise en place de différentes directives, normes et balises cliniques, dont celles sur le passage vers la vie adulte.

La Direction du programme Jeunesse (DPJe)

La Direction du programme jeunesse est responsable de la saine distribution des services sociaux à l'enfance, à la jeunesse et à la famille, et ce, en collaboration avec toutes les directions. En lien avec ses différentes responsabilités, plusieurs faits saillants ont marqué de l'année 2023-2024 de la direction.

Unités de réadaptation

- Participation des unités de La Vigie et de La Balise à une journée de volleyball au Pavillon des sports Marcel-Bujold à Gaspé.
- Plusieurs avancements pour le comité tripartite CRJDA.
- Diminution importante des mesures de contention et d'isolement pour les unités de réadaptation.
- Participation des unités de la Vigie, la Rade et la Balise à l'écriture d'un livre, en collaboration avec Des mots pour le dire.
- Collaboration étroite avec le comité des usagers.
- Création de postes d'agents d'intervention mobiles, dit Rover.

Équipes Jeunesse (application des mesures/jeunes en difficulté)

- Diminution de la liste d'attente en pédopsychiatrie pour la Haute-Gaspésie.
- Offre de formation pour les SACS.

Ma famille, Ma communauté

- Le programme Ma famille, Ma communauté est demeuré actif dans la MRC d'Avignon et s'est étendu à la MRC de Bonaventure. Chacune de ces MRC dispose d'un comité de coordination local, qui rassemble un total de 20 partenaires communautaires.
- Les trois (3) premières réunions de plan décisionnel en équipe ont eu lieu cette année et ont rassemblé 31 participants. L'équipe est composée de professionnels, de partenaires communautaires et de membres de la famille qui se sont réunis pour apporter leur soutien à des enfants dans le besoin.
- Le coordonnateur régional a participé activement aux communautés de pratique provinciales ainsi qu'au groupe de soutien provincial pour les facilitateurs de programme.

Ressources humaines

- Affichage du poste SAC LSSSS.
- Tous les postes de gestionnaires comblés.
- Déploiement d'un poste de conseillère cadre à l'application des mesures. Ce poste assure un support au volet clinique et assure une sécurité des intervenants dans les suivis de dossiers.
- Embauche d'une sage-femme pour la MRC de La Côte-de-Gaspé.

Réalisations de la direction

- Dépôt d'une demande de rehaussement auprès du MSSS, conjointement avec les représentantes des centres de santé des trois (3) communautés des Premières Nations de la Gaspésie, demande qui fut acceptée en fin d'année financière.
- Implantation de cinq (5) projets en Gaspésie, grâce à un montant de 100 000 \$ remis par Opération Enfant Soleil, dont une nouvelle salle d'intervention pédiatrique pour l'hôpital de Maria.
- L'équipe jeunesse de Rocher-Percé s'est vu remettre un montant de 5 000 \$ de la Fondation Éli Gauthier-Naud dans le cadre du Iceman gaspésien. Ce montant servira pour l'achat de matériel pour la salle des familles. De plus, l'équipe a remporté la première place dans la catégorie originalité.
- L'équipe jeunesse de Rocher-Percé a également reçu un montant de 10 000 \$ par l'Ami des Jeunes (ADJ) de Newport. Ce montant servira à venir en aide aux familles et enfants pour l'achat de vêtements, de cartes d'épicerie, etc. La Ville de Grande-Rivière a remis un montant de 1 000 \$, dans le même but.

Comité des usagers, CPEJ Gaspésie/Les Îles

- Trois (3) rencontres dans chacune de nos unités durant l'année 2023-2024.
- Plusieurs projets en collaboration avec les fondations pour des équipements dans les unités.
- Pour la Vigie, obtention d'un montant de 5 000 \$ de la Fondation Bon Départ de Canadian Tire.
- Pour le Rivage, la Rade, le Sentier et la Balise, remise d'un montant de 14 000 \$ par la Fondation Bon Départ de Canadian Tire.
- Remise d'un montant de 300 \$ à l'unité la Vigie par la Fondation Santé Côte-de-Gaspé pour l'achat d'un lecteur MP3.

Remerciements

Madame Linda Thurston souhaite remercier la Direction du programme jeunesse pour sa collaboration et remercie également de faire valoir la participation du comité des usagers dans l'amélioration de la qualité de vie des jeunes dans nos centres de réadaptation.

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

La Direction des programmes en déficience et en réadaptation physique est responsable d'offrir une gamme de services pouvant répondre aux besoins variés et parfois complexes de la population de son territoire présentant une problématique de santé physique, de développement, une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience physique. Voici les principaux faits saillants relatifs à sa mission en 2023-2024.

Programme Agir tôt

- En collaboration avec les directions du programme jeunesse et de la santé publique, l'actualisation des trois volets de la trajectoire est majoritairement réalisée.
- Au 31 mars 2024, 93 % des postes sont pourvus d'un titulaire et un affichage du poste manquant en orthophonie est en cours.
- La cible au plan stratégique 2023-2027 de 61 enfants dont le dépistage est complété sur la plateforme Agir tôt a été largement dépassée; 217 dépistages ont été complétés sur cette plateforme.
- Le projet pilote de déploiement du programme « Mots d'enfants » pour la clientèle du RLS de La Côte-de-Gaspé et de Bonaventure ayant besoin de stimulation précoce du langage est en cours.

Gamme de services DI-TSA-DP

- Début des travaux visant l'implantation des orientations ministérielles concernant la Gamme de services pour une intégration des services pour les personnes ayant une déficience.
- Embauche d'une chargée de projet.

Le continuum de services pour les personnes ayant subi ou étant à risque de subir un AVC

- Les travaux visant l'implantation des différentes stratégies prévues au plan d'action sont déployés en collaboration avec les directions concernées.

Développement de l'équipe RCI (réadaptation comportementale intensive)

- L'équipe RCI a été complétée par l'embauche de cinq (5) professionnels afin d'intervenir de façon transversale auprès des équipes locales pour prévenir ou gérer les troubles graves de comportements (TGC) pour la clientèle présentant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience physique. De façon exceptionnelle, l'équipe RCI a offert du support à d'autres directions cliniques au cours de l'année 2023-2024.
- La programmation est actuellement en rédaction et sa diffusion est prévue pour l'automne 2024.

Bonification du continuum résidentiel pour les personnes présentant une déficience – Maison alternative

- Les 12 places résidentielles en vue de répondre au besoin en hébergement de la population présentant un profil de besoins nécessitant des services d'assistance, de soutien et d'accompagnement élevé 24 h/7 jours sont actives et l'intégration des usagers a débuté à l'automne 2023;
- Au 31 mars 2024, le taux d'occupation est de 100 %.

La Direction du programme santé mentale, dépendance, itinérance et services généraux psychosociaux (DPSMDISPG)

La Direction du programme de santé mentale, dépendance, itinérance et services généraux psychosociaux s'assure d'offrir à la population une multitude de services de qualité à la population en s'associant aux partenaires du réseau et en demeurant continuellement à l'écoute des préoccupations des personnes utilisatrices de services du réseau et des membres de l'entourage. Voici ses principales réalisations pour la dernière année.

Programme Services sociaux généraux

Volet Info-social

- Maintien du service malgré la rareté des ressources humaines. Nous avons obtenu un peu d'aide en main-d'œuvre indépendante et une bascule se fait vers Montréal entre 16 h et 8 h.
- Volume d'appel stable par rapport à l'an dernier.
- Principales préoccupations des citoyens : anxiété, problèmes d'adaptation à des situations éprouvantes et perte d'emploi.
- Info-social 811 est une porte d'entrée importante pour notre région dans les deux langues.

CLSC/GMF

Nos services psychosociaux sont très actifs par nos portes d'entrée dans les CLSC et dans les cliniques GMF :

- Amélioration de l'accès aux services grâce à l'instauration d'un mécanisme (guichet) pour orienter la clientèle vers les bons services en fonction de ses besoins.
- Un projet d'intégration d'une intervenante psychosociale à même les services policiers est en place afin de gérer les cas complexes dans le secteur du Rocher-Percé. Les autres secteurs en Gaspésie seront développés dans les prochaines années.

Programmes en violence conjugale et violence sexuelle

- Une équipe de la région nommée « L'Escouade », qui représente les Maisons de femmes, partenaires du MSP et du CISSS, est en place afin de contrer les féminicides.
- Le PETRAAS de Percé continue d'accueillir des détenus pour de la thérapie; près de 100 participants y sont référés par année. Faute de médecins participants, nous avons actuellement une problématique pour offrir les soins médicaux à même le centre de détention.

Aire Ouverte

- Deux installations, soit une dans La Côte-de-Gaspé et l'autre dans Rocher-Percé.
- Équipes cliniques en place afin de rejoindre une clientèle 12-25 ans qui cadre peu dans nos services actuels en CLSC;
- Travail en étroite collaboration avec les partenaires du milieu.

Programme Santé mentale

Le programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM)

- Poursuite du déploiement au programme jeunesse et adulte.
- Guichets d'accès en place pour soutenir les décisions d'orientation au bon programme/service.
- Défi : diminution du temps d'attente pour recevoir un premier service en psychologie; les besoins sont grandissants, mais les dossiers prioritaires dits urgents sont pris en charge rapidement. L'ajout de psychologues et d'intervenants psychosociaux nous aide pour l'atteinte des cibles.

Psychiatrie légale

- Comité en place afin de réviser la trajectoire et la prise en charge des clientèles judiciairisées, qui s'intitule « modèle de référence de la hiérarchisation des services en psychiatrie légale ». L'institut Philippe Pinel chapeaute ce projet avec l'ensemble des régions de la province.

Programme Itinérance

Les CISSS de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine ont reçu des investissements afin :

- de contribuer à rehausser le parc d'hébergement pour les personnes en situation d'itinérance « sans domicile fixe »;
- d'offrir davantage d'accompagnement aux clientèles vulnérables.

Depuis 4 ans, plus de 27 places supplémentaires se sont ajoutées.

- Belle mobilisation de plusieurs acteurs communautaires et propriétaires privés qui ont participé à ce rehaussement.
- Rencontres régulières d'un comité représentant les deux CISSS et les partenaires du réseau se afin d'identifier les besoins des régions. Pour les Îles, le focus est sur l'implantation d'une Halte Chaleur.

Programme Dépendance

Les besoins en dépendance demeurent présents. Nous misons sur le travail en amont pour rejoindre les jeunes, notamment par :

- des activités de prévention, de promotion sur les bonnes habitudes de vie ou d'intervention directe auprès de la clientèle à risque de développer une dépendance aux drogues, à l'alcool ou/et jeu.
- Une grande préoccupation au niveau de l'utilisation des écrans numériques, d'Internet, des jeux en ligne et autres. De la formation a été donnée dans les unités de réadaptation jeunesse.

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

La direction Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) comprend principalement les volets services de soutien à domicile (SAD) et soins de longue durée. La dernière année a été marquée par de nombreuses réalisations dont les plus importantes sont décrites ci-dessous.

Soutien à domicile

- Démarches pour le projet d'informatisation du SAD en collaboration avec la Direction des ressources informationnelles (DRI).
- Remise en place du comité de pilotage (incluant divers partenaires internes et externes) de la Clinique de la mémoire (service régional).
- Pour le réseau local de services (RLS) de La Haute-Gaspésie, début de la Clinique de gériatrie avec un gériatre et une infirmière.
- Pour le RLS du Rocher-Percé, lancement du Programme de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) et pré lancement du projet pilote de la Clinique de la mémoire virtuelle avec la participation d'aidants.
- Projet de recherche TÉLÉ-SAD (objets connectés à domicile pour une clientèle souffrant d'insuffisance cardiaque) en cours dans les RLS du Rocher-Percé et de La Baie-des-Chaleurs. Il s'agit d'un projet vitrine réalisé en collaboration

avec l'Université de Montréal, l'Université Laval, HEC, le CISSS Chaudière-Appalaches, le CISSS de l'Outaouais et le MSSS.

- Début du déploiement du projet clinique de suivi des séjours et planification précoce et conjointe des congés (SSPPCC), en collaboration avec les autres directions cliniques.
- Uniformisation régionale du formulaire de référence au guichet unique du SAD.
- Uniformisation de la Politique régionale pour le prêt d'équipement.
- Reprise dans un RLS et poursuite des activités des Centres de jour.
- Poursuite des tables Réseau de services intégrés pour personnes âgées (RSIPA) dans les 4 RLS.
- Démarches d'implantation du projet Systèmes d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles (SAIRC) dans les urgences.
- Signature des ententes de collaboration avec les résidences pour personnes âgées (RPA) en collaboration avec la Direction qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE).
- Conversion de places RPA en ressources intermédiaires (RI) dans le respect des orientations du MSSS.
- Déploiement du projet Kilom'Être en forme dans les RPA (projet conjoint avec la Direction régionale de santé publique).
- Atteinte de la cible pour le nombre d'heures SAD de même que pour les usagers en attente d'un premier service.

Centres d'hébergement et de soins de longue durée

- Ouverture de la Maison des aînés et alternative de Rivière-au-Renard le 31 octobre 2023, qui comprend 36 places pour la clientèle aînée et 12 places pour la clientèle alternative, pour un total de 48 places. Informatisation complète; environnement sans papier.
- Démarches d'implantation en cours pour le plan d'action hébergement (PAH).
- Partenariat entre des organismes de la communauté (ex. : écoles) et les municipalités afin de bonifier les activités sociales des résidents (Mesure 25 du PAH), ce qui a mené notamment à la signature d'un contrat avec la ville de Maria pour un jardin communautaire.
- Rôle du PAB coach mis de l'avant (renforcement du rôle de PAB - Mesure 12 du PAH).
- Diversification des activités offertes aux résidents dans le cadre de la Mesure 48 sur la bientraitance et l'implication des proches aidants.
- Réalisation d'activités pour le personnel sur le savoir-être et le savoir-faire en lien avec la bientraitance.
- Poursuite du projet OPUS-AP PEPS qui cible une meilleure utilisation de la médication.
- Poursuite du projet Programme québécois de soins buccodentaires et d'hygiène de la bouche (PQSBHB) en CHSLD, incluant l'achat d'appareils de radiologie en dentisterie portatifs (ARDP).
- Poursuite de l'amélioration de la qualité du milieu de vie via les visites ministérielles.
- Recrutement de bénévoles pour des activités de loisirs et d'accompagnement des résidents en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV).
- Amélioration et bonification de l'offre alimentaire en CHSLD.
- Poursuite des travaux de rénovation dans plusieurs CHSLD.
- Offre de formations sur l'ENA et la plateforme de Philippe Voyer afin d'améliorer la qualité des interventions en CHSLD.
- Acquisition de plusieurs appareils Obie (projecteurs de jeux interactifs) ainsi que d'autres équipements afin de diversifier les activités de loisirs et ainsi favoriser une programmation sur 7 jours.

Un enjeu demeure au niveau du soutien à domicile et des centres d'hébergement et de soins de longue durée, soit la rareté de la main-d'œuvre, qui oblige le recours à du personnel d'agences privées. Cette main-d'œuvre indépendante a un impact sur la stabilité des équipes et la qualité des services.

La Direction des soins infirmiers (DSI)

La dernière année en a été une de transition au niveau de la gouvernance de la Direction des soins infirmiers. L'avènement des points de services locaux (PSL) et leur déploiement sur l'ensemble du territoire gaspésien ont nécessité la mobilisation de l'équipe de Direction sur ce projet. Également, le départ à la retraite de la Directrice des soins infirmiers, en poste depuis 2015, a imposé à l'établissement un renouvellement de sa gouvernance au niveau des soins infirmiers.

Au CISSS de la Gaspésie, la Direction des soins infirmiers est responsable de la majorité des activités cliniques en centres hospitaliers. Les gestionnaires y œuvrant sont dotés d'une grande agilité de gestion, puisqu'ils doivent poursuivre les orientations cliniques de trois directions distinctes, soit celles de la DSI, de la DSP et de la DSM.

Également, en cohérence avec les responsabilités qui lui sont dévolues par la LSSS, la DSI est redevable face à la Loi de la qualité et de la sécurité des soins infirmiers dispensés dans l'ensemble des programmes-services de l'établissement. De

façon transversale, elle s'assure de jouer pleinement son rôle en ce qui a trait à la surveillance de la qualité et de la sécurité de la pratique.

Volet pratique clinique

Les pratiques cliniques en soins infirmiers influencent directement la qualité et la sécurité des soins prodigués aux usagers. Considérant les enjeux en termes de rétention de personnel, la direction des soins infirmiers joue un rôle central quant au renforcement du soutien et de l'accompagnement des novices. L'harmonisation des pratiques cliniques et le développement des compétences tendent à ce que la direction développe les chantiers présentés subséquemment.

Enjeux

- Perte d'expertise infirmière et de leaders cliniques dans certains secteurs d'activités.
- Sous-optimisation de l'effectif infirmier selon leur champ d'exercices.
- Développement du soutien clinique au niveau des équipes soignantes et des infirmières novices ou diplômées hors Canada (IDHC).

Priorités

- Qualité et sécurité des soins.
- Accompagnement et intégration du nouveau personnel embauché et cohorte d'infirmier(ère)s diplômé(e)s hors Canada (IDHC).
- Mentorat/préceptorat.
- Rétention du personnel infirmier.
- Formation continue.
- Optimisation des rôles et des champs de pratiques des différents titres d'emploi.
- Recrutement et intégration d'infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale, soins pédiatriques et soins aux adultes.

Réalisations

- Offre de formation RCR aux intervenants du CISSS, pour un total de 375 employés formés dans la dernière année.
- Offre de formation par l'OIIQ sur le développement du leadership des ASI, pour un total de 77 ASI formées en novembre 2023.
- Offre de formation complémentaire par l'OIIQ aux gestionnaires cliniques (22) sur le développement du leadership des ASI en janvier 2024.
- Déploiement de l'utilisation de l'Échelle neurologique canadienne pour le personnel en courte durée pour la clientèle AVC.
- Collaboration avec le Cégep du Vieux Montréal pour l'accompagnement et la préparation à l'examen professionnel de la première cohorte d'infirmier(ère)s diplômé(e)s hors Canada.
- Accueil et intégration d'une deuxième cohorte d'infirmier(ère)s diplômé(e)s hors Canada.
- Collaboration au Programme régional de stage en soins infirmiers en région en collaboration avec le Cégep John Abbott.
- Continuité du développement et uniformisation de plusieurs ordonnances collectives.
- Formation et intégration de l'infirmière auxiliaire en obstétrique pour l'ensemble des RLS.
- Supervision de la formation sur la règle de soins nationale pour les activités de soins confiés à des aides-soignants;
- Collaboration avec le projet d'organisation apprenante.
- Collaboration avec le RUISSS Laval et l'UQAR pour le développement d'une structure de soutien des infirmières novices et projet de recherche PASTI.
- Continuité des audits qualitatifs au niveau de la note de l'infirmière(er) et de l'infirmière(er) auxiliaire.
- Développement du programme accueil-intégration d'IPS en première ligne.
- Collaboration avec l'UQAR pour le développement d'une offre de stage IPS en santé mentale.
- Création d'une page intranet DSI ainsi qu'une page dédiée à la PCI.
- Formation et accompagnement par l'équipe conseil DSI pour le déploiement du constat de décès par l'infirmière dans les secteurs SAPA.
- Formation du personnel des urgences concernant la LPP, pour un total de 64 % des infirmières, soit 72 personnes au total.
- Consolidation de la gouvernance quant à la formation de 100 infirmières(ers) sur les soins de plaie.

Prévention des infections

Enjeux

- Autonomie des différents intervenants en matière de PCI.
- Partage des rôles et responsabilités des différents partenaires lors de la gestion des éclosions.
- Stabilité des équipes de soins.
- Étendue du territoire.

Priorités

- Promouvoir l'importance d'une culture PCI.
- Formation et partage de l'expertise.
- Vigie dans les différents milieux de soins.
- Soutien aux partenaires.
- Gestion des éclosions.
- Déploiement du programme ministériel des pratiques exemplaires.

Réalisations

- Audits dans les différents milieux de soins selon les échéanciers prévus et mesures correctrices en temps réel mises en place.
- Développement de l'autonomie des RPA, RI-RTF pour la mise en place des mesures PCI lors d'éclosions.
- Développement de l'autonomie des intervenants pour la prise en charge des mesures PCI.
- Déploiement d'une page intranet spécifique à la PCI.
- Mise à jour du guide de prévention et contrôle des infections.
- Uniformisation de la formation PCI à l'embauche de nouveaux employés.
- Développement d'outils d'identification et de trajectoires pour la prise en charge de la rougeole.
- Avancement dans l'implantation des pratiques exemplaires dans certains milieux.

Volet opérationnel

La Direction des soins infirmiers a, sous sa gouverne, des responsabilités hiérarchiques liées à la gestion des services généraux de santé physique en centre hospitalier, ce qui signifie qu'elle assure la gestion des services chirurgicaux, ceux en obstétrique, en néonatalogie et ceux touchant les usagers hospitalisés en unités de médecine. La DSI rend compte de la performance des services d'urgences. Elle est également responsable de l'offre de service en dialyse rénale. De plus, elle assure à la population la gestion d'une partie des activités de soins infirmiers en première ligne via les services de santé courants et ambulatoires. Finalement, elle assure l'opérationnalisation de la vaccination, le dépistage et les prélèvements. Des liens fonctionnels avec la Direction des services professionnels, la Direction des services multidisciplinaire et la Direction régionale de Santé publique sont en place.

La poursuite des travaux d'organisation apprenante au sein de la Direction des soins infirmiers a permis de mettre à profit l'intelligence collective des équipes de soins afin d'améliorer l'offre de soins et de services à la population, et ce, malgré les défis importants au niveau de la main-d'œuvre. Cette vision est porteuse pour la recherche de solutions adaptées à la réalité du terrain et peut ainsi contribuer à la satisfaction du personnel soignant. C'est avec cette culture que nous avons maintenu l'offre de services à la population au cours de la dernière année.

Enjeux

- Maintien des services de proximité en obstétrique.
- Sécurité des soins en contexte de pénurie de main-d'œuvre.
- Attraction et rétention du personnel.
- Fluidité hospitalière et performance des urgences.
- Durée moyenne de séjour (DMS) dans les urgences : amélioration de la performance organisationnelle.

Données des trois dernières années

Moyenne par période CISSS Gaspésie	2021-2022	2022-2023	2023-2024
Tout le Québec	16,8	18,1	17,5
Moyenne par période	13,3	14,8	14,7
Pourcentage ≥ 48 heures	2	14,8	14,7
Pourcentage ≥ 24 heures	14	4	5
Écart	-3,5	-3,3	-2,8

Priorités

- Pertinence clinique à l'urgence et en courte durée.
- Gestion de la fluidité hospitalière et planification précoce des congés complexes (PPCC).
- Couverture des services d'obstétrique sur les 4 RLS.
- Plan de contingence en soins et services de santé physique.

Réalisations

- Poursuite des travaux d'Organisation apprenante par l'implication des équipes de soins dans différents projets, et ce, dans les 4 RLS.
- Consolidation de l'équipe de direction.
- Augmentation de l'accessibilité aux lits de courte durée pour la population par l'ajout de lits.
- Travaux de collaboration interdirection pour réviser le panier de services offerts par les coordonnateurs d'activités sur tout le territoire de la Gaspésie.
- Optimisation de l'utilisation du champ d'expertise des infirmières(ers) auxiliaires.

PSL - Vaccination COVID-19

Au niveau du MSSS, les travaux de pérennisation du modèle d'opérationnalisation de la vaccination ont convergé par la mise en place des points de service locaux (PSL). En Gaspésie, l'offre de services de base prévue au cadre de référence ministériel est en place dans les 4 réseaux locaux de services. Les services de vaccination et dépistage sont disponibles 7 jours sur 7. Voici le détail de la vaccination COVID-19 pour tous les RLS du CISSS de la Gaspésie :

Priorités

- Consolidation de l'offre de services en dépistage et vaccination dans l'ensemble des PSL.
- Consolidation du dépistage du cancer colorectal et du streptocoque 7 jours sur 7 dans chacun des RLS.
- Transfert des activités de soins ambulatoires et services courants pour certains PSL.
- Consolidation des activités de la centrale de rendez-vous régionale par le rapatriement d'activités de rendez-vous en PSL.

Réalisations

Vaccination

LIEU	COVID	INFLUENZA	ZONA	AUTRE (coadministration Covid + grippe)
Côte-de-Gaspé (Hôpital de Gaspé)	628	680	257	2 444
Rocher-Percé (Meubles Rail)	374	566	307	1 261
Baie-des-Chaleurs (New Richmond)	3 134	2 651	463	1 051
Haute-Gaspésie (Hart)	1 689	1 496	226	0
TOTAL	5 825	5 393	1250	4 756

Dépistage

LIEU	COVID	INFLUENZA	AUTRE (dépistage colorectal)	AUTRE (dépistage rougeole)
Côte-de-Gaspé (Hôpital de Gaspé)	573	0	18	
Rocher-Percé (Meubles Rail)	884	0	15	
Baie-des-Chaleurs (New Richmond)	456	0	0	2
Haute-Gaspésie (Hart)	443	0	233	
TOTAL	2356	0	266	2

Vaccination mobile

LIEU	VACCIN	DÉPISTAGE	AUTRE (coadministration Covid + grippe)
Côte-de-Gaspé – CLSC de Rivière-au- Renard, CLSC de Grande-Vallée, CLSC de Murdochville et CLSC de Barachois	856	34	1 814
Rocher-Percé – CLSC de Gascons et CLCS de Percé	221	0	287
Baie-des-Chaleurs – CLSC de Paspébiac, CLSC de Pointe-à-la-Croix et CLSC de Matapédia	5 570	371	1 102
Haute-Gaspésie – CLSC Mont-Louis	445	151	0
TOTAL	7092	556	3 203

Prélèvements (Sanguins – Urine – Selles – Colorectal)

LIEU	TOTAL
Côte-de-Gaspé	29 413
Rocher-Percé	13 761
Baie-des-Chaleurs – Hôpital de Maria	3 893
Baie-des-Chaleurs – CLSC de Paspébiac	2 797
TOTAL	49 864

Autre réalisation

Le CISSS de la Gaspésie est fier de nommer qu'il a participé en 2023-2024, comme établissement vitrine, au démarrage via un projet silencieux du dépistage du cancer colorectal à travers les points de service locaux. La stratégie déployée reposait sur des appels directs à la clientèle orpheline de la région qui répondait aux critères du programme pour leur offrir cette possibilité.

Les tableaux représentant ce projet se trouvent à la page suivante.

RLS	Nb usagers	Ne répond pas aux critères	Accepte	Refuse	À rappeler	Référence au GAP	Impossible à rejoindre	Pas bon tel.	Nb restant à rejoindre
HG	1 566	238	360	135	157	8	96	18	711
RP	542	105	100	37	3	11	22	0	267
BDC Ouest	767	26	28	12	33	6	2	5	688
BDC Est	1 019	0	0	0	0	0	0	0	1 019
CGD	68	0	0	0	0	0	0	0	68
CISSS RDV virtuel	139	64	75	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
TOTAL	3962	433	563	184	193	25	120	23	2 614

Nb usagers évalués	Nb retour spécimens	Nb résultats reçus	Positifs	Négatifs	Non reçus	Coloscopie	Pas sur plateforme (à titre indicatif)
606	249	240	15	225	9	18	28
216	48	36	2	34	12	2	1
60	15	11	1	10	4	1	2
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	8
139	96	86	4	82	0	4	8
1 021	405	373	22	351	25	25	39

Sur plateforme	342	301	11	145	24
----------------	-----	-----	----	-----	----

Nb usagers évalués	1021
Usagers qui acceptent	563
Retour d'échantillons	405
Pourcentage de retour	71,94%

La Direction des services multidisciplinaires (DSM)

La Direction des services multidisciplinaires a sous sa responsabilité une multitude de pratiques cliniques, de programmes, de services et d'activités, dont voici les faits saillants pour la dernière année.

Imagerie par résonance magnétique (IRM) régionale

Réalisations

- Stratégie régionale mise en place afin d'augmenter l'offre de service à la clientèle sur tout le territoire de la Gaspésie;
- Partage des ressources spécialisées entre les différents RLS, ce qui permet d'accroître les plages horaires d'ouverture de façon significative, tout en optimisant l'utilisation de l'unité mobile.

Enjeu

- Le partage de l'unité mobile avec les Îles-de-la-Madeleine réduit notre capacité d'offrir le service d'examen en continu et engendre souvent des bris et des retards au niveau des déplacements. Il faudrait obtenir une unité fixe en Gaspésie, tout en conservant l'unité mobile pour couvrir l'ensemble du territoire.

Imagerie médicale

Réalisations

- Stratégie régionale mise en place pour diminuer les délais de traitement des examens diagnostiques, par la lecture et la transcription à distance aux endroits où il n'y a pas de radiologue et où il y a pénurie de secrétaires médicales.
- Remplacement du scan aux CLSC de Murdochville et Grande-Vallée.

Enjeu

- Recrutement de radiologues, techniciens en radiologie et secrétaires médicales.

Archives

Réalisations

- En lien avec les recommandations du Vérificateur général du Québec (VGQ), un projet régional est en cours afin d'assurer la sécurité, l'accessibilité et la confidentialité des renseignements personnels des usagers :
 - un inventaire des lieux d'entreposages a été dressé et chaque endroit a été visité et évalué;
 - pour chacun des lieux jugés non conformes, un plan d'action est en cours d'exécution.
- À l'ère de la transformation numérique, un projet est en cours pour migrer les dossiers des usagers du format papier au format numérique. Ce projet consiste dans un premier temps à épurer les dossiers selon le calendrier de conservation, identifier les documents à numériser et les numériser. Dans le respect des lois de protection des renseignements personnels, ce projet aura pour incidence de faciliter l'accès à l'information par les différents professionnels de la santé pour assurer la qualité des soins et services à la clientèle.

Enjeu

- Pénurie d'archivistes médicales.

Vaccination

Réalisations

- Mise en place de plusieurs cliniques de vaccination sur le territoire gaspésien avec des plages horaires flexibles et facilitantes, afin d'offrir un service de proximité et de qualité à la clientèle.
- Numérisation de tous les formulaires de vaccination COVID-19 et antigrippale, ce qui facilite l'accessibilité aux informations.

Enjeu

- Recrutement de la main-d'œuvre pour augmenter l'offre de services des centres de service.

Programme québécois du cancer du sein – Centre de coordination des services régionaux (PQDCS-CCSR)

Réalisations

- Consolidation du soutien régional des radiologues pour contrer le manque d'effectif médical concernant la lecture des mammographies réalisées en région, ce qui permet la continuité de l'offre de service à la clientèle gaspésienne admissible.
- Implantation de la nouvelle trajectoire mammaire pour le cancer du sein.
- Migration vers le nouveau système d'information (SI-PQDCS) du ministère.

Enjeu

- Formation de technologues accrédités en mammographie.

Médecine nucléaire

Réalisations

- Renouvellement du permis de la Commission canadienne de la sûreté nucléaire (CCSN).
- Maintien des délais d'accès pour l'obtention d'un rendez-vous.

Enjeux

- Aucun nucléiste en région.
- Pénurie de technologues spécialisés en médecine nucléaire.

Inhalothérapie

Réalisations

- Optimisation de l'offre de services à la clientèle liée à l'augmentation des maladies respiratoires.
- Deux nouvelles tables d'anesthésie GE Aisys CS2 – SADM.

Enjeux

- Augmentation des besoins reliés aux virus respiratoires, ce qui nécessite une réévaluation du financement pour aligner l'offre de services.
- Pénurie au niveau des inhalothérapeutes.

Électrophysiologie

Réalisation

- Projet en cours pour optimiser l'offre de services à la clientèle.

Enjeux

- Aucun neurologue en région.
- Service de dépannage inadéquat par rapport à l'offre de services, ce qui engendre des délais d'attente considérables et des déplacements de la clientèle vers d'autres régions.
- Pénurie de technologues en électrophysiologie.

Maladies chroniques et GMF

Réalisations

- Reprise des activités de première ligne après COVID-19 pour prévenir et promouvoir la santé, en collaboration avec nos partenaires communautaires.
- Création de nouveaux partenariats, nouveaux locaux et équipements pour augmenter l'offre de services à la clientèle sur le territoire gaspésien.
- Nouvelle trajectoire pour l'usager pré et post chirurgie bariatrique.
- Nouveau service de pré dialyse pour la clientèle, offert par le programme de maladies chroniques.
- Pour contrer la pénurie de main-d'œuvre, étroite collaboration entre les différents professionnels pour offrir du soutien régional.
- Mise en place d'une dyade nutritionniste et technicienne en diététique pour répondre aux besoins de la population.
- Renforcement de la collaboration interdisciplinaire entre les services offerts par le GMF et le service de première ligne des maladies chroniques, ce qui a pour effet d'augmenter l'accessibilité des services à la clientèle.

Enjeux

- Pénurie de nutritionnistes sur le territoire qui nous contraint à recourir à la main-d'œuvre indépendante.
- Plusieurs départs d'infirmières et nutritionnistes vers des postes avec des conditions de travail plus attrayantes.
- Besoin de consolider l'offre de services et le financement en lien avec le service de première ligne des maladies chroniques (nutritionnistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, kinésiologues, inhalothérapeutes).

Télésanté

Réalisations

Pour le CISSS de la Gaspésie, la Télésanté est un incontournable pour assurer l'accessibilité aux soins et services en région ou hors région. Cela favorise également un service de proximité à la clientèle et réduit les déplacements non nécessaires.

- Plusieurs projets ont été déployés et de nouveau sont en cours de déploiement, permettant aux médecins, aux soins infirmiers et aux différents professionnels d'offrir ce service.
- Le CISSS a été audité par le Comité de coordination de la télésanté du RUISSS Laval et le rapport s'est avéré très positif.

Enjeux

- Mise en place d'une équipe dédiée pour encadrer la pratique Télésanté.
- Le budget n'étant pas récurrent par le MSSS, difficulté à recruter la main-d'œuvre temporaire pour répondre aux exigences de la Télésanté et aux besoins de la clientèle.

La Direction des services professionnels (DSP)

La Direction des services professionnels a continué à travailler à la consolidation des services sous sa responsabilité et à collaborer avec les autres directions cliniques, administratives et techniques à la réalisation des objectifs de l'organisation. Parmi les réalisations de la DSP, notons les suivantes :

- Élaboration et mise en œuvre d'un plan d'action des services du Guichet d'accès à la première ligne (GAP), incluant la mise en œuvre du GAP numérique et de la paramédecine de régulation.
- Planification et implantation des services de gériatrie pour la Haute-Gaspésie et la Baie-des-Chaleurs.
- Conversion d'horaires de faction en horaires à l'heure pour des équipes ambulancières de Sainte-Anne-des-Monts, Gaspé, Percé et Rivière-au-Renard.
- Participation aux activités du comité de gestion santé et au conseil d'administration du Centre de coordination santé 9-1-1 (CAUREQ).
- Participation aux travaux de consultation nationale sur divers sujets : Optilab 2.0, centre de coordination sur les transports aéromédicaux, comité national de coordination des services de cancérologie, comité national de

gouvernance en cancérologie mammaire, comité de suivi de la lettre d'entente 235 entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec, Comité des directeurs d'enseignement du RUISS-Laval et autres

- Développement de services de médecins visiteurs en gériopsychiatrie pour les territoires de La Côte-de-Gaspé et du Rocher-Percé.
- Développement d'un service d'infirmière-pivot en neurologie en collaboration avec les neurologues du CISSS du Bas-Saint-Laurent, financé par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM).
- Consolidation de la gestion et de l'offre de services à la clinique dentaire communautaire de Sainte-Anne-des-Monts.
- Finalisation et transmission à l'INESSS des gabarits de suivi des services de traumatologie;
- Élaboration et dépôt du Projet MAWLUGUTINEJ, un projet de dépistage du cancer pour les membres de la communauté de Listuguj, en collaboration avec les autorités de la nation;
- Élaboration et dépôt d'un projet de paramédecine communautaire en soins à domicile;
- Coordination et participation aux visites dans nos installations de la Faculté de médecine de l'Université Laval, de la Fédération des médecins spécialistes et du Collège des médecins du Québec;
- À l'échelle locale, coordination et participation à de nombreuses tables et instances, dont : CECMDP, Table des chefs de département, Département régional de médecine générale, comité régional des services pharmaceutiques, comité de gouvernance de l'implantation de Gesphar (SI-Pharmacie), comités régional et locaux des blocs opératoires.
- Consolidation de différents guichets d'accès en oncologie : cancer du poumon, cancer colorectal, PQDCS, etc.
- Participation à la Journée-Carières de la Fédération des médecins résidents, séjours exploratoires, stages de médecine en région isolée, partenaire de la tenue des MedGames, présidence du comité provincial SARROS.
- Recrutement de médecins de famille sur l'ensemble du territoire, d'un gynéco-obstétricien et d'une spécialiste en médecine interne à l'hôpital de Chandler, ainsi que d'une anesthésiologiste à l'Hôpital de Gaspé.

La Direction des services techniques (DST)

La Direction des services techniques agit à titre d'expert afin d'appuyer et de faciliter l'offre de soins et services dans un environnement sain et sécuritaire pour l'ensemble des installations du CISSS de la Gaspésie. Ses responsabilités sont en lien avec une gestion globale des infrastructures.

La DST en chiffres pour 2023-2024

- La gestion immobilière et de soutien technique de 51 installations permettant l'accès aux services sur l'ensemble du territoire gaspésien.
- Une équipe d'environ 371 employés à temps plein et à temps partiel.

Performance organisationnelle

- Absence de la MOI grâce à la mise en place d'un plan de relève.
- Amélioration de la gestion documentaire par une révision de l'arborescence.

Volet immobilisations

Mise en chantier et réalisation de plusieurs projets majeurs, dont voici quelques exemples :

RLS de La Côte-de-Gaspé

- Construction de la Maison des aînés et alternative à Rivière-au-Renard (coût de projet : 40,5 M\$).
- Février 2024, début de construction de l'unité de suppléance rénale à l'hôpital de Gaspé (coût de projet : 6,1 M\$).

RLS du Rocher-Percé

- Projet d'agrandissement et de réaménagement de l'oncologie à l'hôpital de Chandler (coût de projet : 4,3 M\$).
- Début de la Phase 2 (février 2024) pour la construction d'une Maison des aînés annexée au CHSLD de Chandler (coût de projet : 75,6 M\$).

RLS de La Baie-des-Chaleurs

- Projet de réfection du niveau 3 à l'hôpital de Maria (coût de projet : 1,2 M\$).
- Projet de remplacement du tomodensitomètre (coût de projet : 2,5 M\$).
- Projet de réfection de l'unité de santé mentale (coût de projet : 1,7 M\$).

RLS de La Haute-Gaspésie

- Projet de modernisation des ascenseurs de l'hôpital de Sainte-Anne-des-Monts (coût de projet : 1,5 M\$).
- Projet de réaménagement des salles d'eau au CHSLD de Cap-Chat (coût de projet : 850 000 \$).
- Acquisition de la clinique dentaire à Sainte-Anne-des-Monts le 15 mai 2023.

Investissement des projets d'immobilisations et d'équipements

- Immobilisations (décaissement) : 16,7 M\$.
- Équipements (décaissements) : 5,9 M\$.

Volet fonctionnement et entretien des installations et génie biomédical

- Remplacement de la solution Gestion de maintenance assistée par ordinateur (GMAO). Le nouveau progiciel permettra de gérer les bons de travail, de planifier et ordonner de façon optimale les tâches correctives et préventives, de gérer l'approvisionnement des pièces de rechange et de créer des rapports détaillés, grâce à des tableaux de bord dynamiques et personnalisables.
- Mise en place d'une formation adaptée sur la gestion de l'amiante pour l'ensemble des employés de la DST.
- Participation au programme Gestion de la demande de puissance d'Hydro-Québec, qui a permis d'obtenir un crédit de 457 620 \$.
- Révision des cahiers de poste et adaptation des ressources en fonction des besoins.

Volet hôtellerie

- Mise en place, en collaboration avec les syndicats, d'une formation sur mesure d'aide-cuisinier dans le but d'améliorer l'attraction et la rétention de personnel.
- Formations sanctionnées par le MAPAQ pour les gestionnaires du volet hôtellerie et les préposés des services alimentaires.

Développement durable

- Participation au projet d'analyse des risques et de la vulnérabilité des bâtiments du CISSS de la Gaspésie face aux changements climatiques anticipés pour un horizon climatique 2040-2070.
- Poursuite de nos efforts d'économie d'eau potable dans nos installations selon l'engagement du MSSS (SQEEP);
- Dépôt de la Politique de gestion des déchets.
- Utilisation des sources énergétiques renouvelables à 94 % pour les installations du CISSS de la Gaspésie.
- Diminution de 25,1 % des émissions de GES de nos sources énergétiques de relève.

Volet sécurité, sécurité civile et mesures d'urgence

- Révision du code orange.
- Mise en place de nouvelles procédures du code rouge et du code vert pour les postes de garde et de téléphonie.

Autre information pertinente

Formations données au personnel du CISSS de la Gaspésie	Employés
Communications, gestion d'intervention incendie (hôpitaux et CHSLD)	191
Exercices d'évacuation locale et sectorielle (hôpitaux et CHSLD)	48
Formations documents de références et de mesures d'urgence pour la téléphonie	22
Formations mesures d'urgence, agent de sécurité (rôles et responsabilités)	17
Formations mesures d'urgence MDA Rivière-au-Renard	18
TOTAL DES PRÉSENCES EN FORMATION	296

Interventions sécurité civile/mesures d'urgence														
Période 2023-2024	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	TOTAL
Côte-de-Gaspé	1		1	2							1	2		7
Rocher-Percé				1	1		1					1		4
Haute-Gaspésie				1	2		3			2		2	1	11
Baie-des-Chaleurs		1	2		1	1	1		1		1	1	1	10
													TOTAL	32

Bons coups de la DST

- Classement du CISSS de la Gaspésie au 1^{er} rang au programme de Gestion de la demande de puissance d'Hydro-Québec. Obligation du RSSS d'adhérer à ce programme.
- Classement du CISSS de la Gaspésie au 2^e rang des décaissements du PCEM parmi tous les établissements du RSSS (DST).
- Dans le cadre du projet « Stratégie nationale d'achat d'aliments québécois – SNAAQ », le CISSS a atteint la cible de 56,6 %, dépassant de 5% la moyenne nationale.
- Collaboration avec la SHQ pour la construction des unités modulaires à Maria et Gaspé.

La Direction des ressources humaines (DRH)

Au cours de la dernière année, la Direction des ressources humaines a poursuivi l'évolution de sa structure dans le but d'optimiser son support aux différentes directions, et ce, par divers moyens :

- évolution de l'équipe par certains ajustements au sein, notamment, de l'équipe de gestion clinico-administrative du service santé;
- consolidation du rôle de chef des activités de remplacement dans la structure de gestion de la direction.

Conformément à l'orientation ministérielle, nous avons procédé au transfert du volet des communications vers la direction générale et celui des affaires juridiques vers la direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique.

Afin de baliser et de formaliser certains fonctionnements, la DRH a travaillé plusieurs politiques, procédures et directives. Parmi celles-ci :

- Directive concernant l'utilisation des appareils mobiles non requis.
- Mise à jour de la procédure en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail, révision du matériel lié à la promotion et promotion massive dans l'organisation.
- Mise en place d'un comité de travail en vue de l'élaboration d'une politique sur l'équité, la diversité et l'inclusion (ÉDI);
- Travaux de révision de différentes politiques et procédures :
 - Politique et procédure de gestion de crise à la suite d'un acte de violence ou d'un événement traumatisant;
 - Procédure d'attribution de chaussures de sécurité;
 - Politique réseau de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail;
 - Politique sur les frais de déplacement et de séjour;
 - Politique de dotation d'un poste de cadre;
 - Politique d'appréciation de la contribution du personnel du CISSS de la Gaspésie et adoption d'une politique relative à celle-ci.
- Mise en place d'une nouvelle procédure améliorée concernant le processus d'autorisation et d'affichage de poste de cadre, de demande de remplacement et de surcroît de travail, ainsi que d'un nouveau processus concernant les demandes liées à l'allocation et au renouvellement de la MOI par le biais du portail Web d'Octopus.

D'autres réalisations ont été faites :

- Adoption et diffusion de l'offre de services liée aux activités de remplacement.
- Mise en place d'une structure formelle de fonctionnement liée à la réalisation des horaires.
- Lancement du programme d'accueil, d'intégration et d'accompagnement pour les gestionnaires qui inclut la mise en place d'un partenariat avec l'UQAR et d'un programme de formation adapté pour les gestionnaires.
- Refonte du fonctionnement associé au PDRH cadre et non-cadre.

Recrutement

- Poursuite du projet étudiant dans une édition 2023. Le CISSS de la Gaspésie a ouvert ses portes à tous les étudiants de 5^e secondaire et plus qui souhaitent contribuer à sa mission. L'établissement a accueilli près de 200 étudiants au cours de l'été 2023 en lien avec cette initiative.
- Démarrage d'une formation de préposé aux bénéficiaires (courte) en collaboration avec les trois centres de services scolaires de la région (René-Lévesque, Chic-Chocs et Eastern Shores).
- Démarrage d'une formation professionnelle en soutien en assistance à la personne en établissement et à domicile (DEP APED), et ce, en collaboration avec le centre de services scolaire René-Lévesque (CFP L'Envol).
- Participation à la phase 3 du projet de recrutement d'infirmières et d'infirmiers diplômés hors Canada. À noter la collaboration avec le Cégep GÎM pour la réalisation du projet et pour la dispensation de la formation « Accueillir et inclure la diversité culturelle en milieu de travail auprès des ASI et gestionnaires du CISSS de la Gaspésie ».
- Participation aux travaux de mise en place de 16 unités modulaires sur le territoire.
- Participation à plusieurs salons de l'emploi avec les différentes institutions et développement de divers partenariats.
- Réalisation de multiples campagnes de recrutement ciblées par les médias traditionnels et via nos plateformes Web et nos médias sociaux.
- Mise en place d'un partenariat avec l'UQAR pour être un milieu d'accueil pour les internats en psychologie et avec l'Université de Montréal pour les stages en réadaptation de la Faculté de médecine.
- Participation active au projet ExploREA qui vise l'accueil en région de stagiaires en ergothérapie, en physiothérapie, en audiologie et en orthophonie.
- Collaboration/partenariat avec la DSI et l'UQAR dans les travaux de déploiement du baccalauréat en sciences infirmières.
- Collaboration en développement avec la commission scolaire Eastern Shore School Board en ce qui a trait à un projet de préparation à l'emploi.

Service santé

- Réorganisation du travail de l'équipe du Service santé – volet gestion clinico-administrative.
- Consolidation de l'équipe du Service santé – Volet prévention.
- Mise de l'avant des travaux paritaires associés aux projets Forum santé globale.
- Via un des projets Forum santé globale, implication importante à titre d'établissement participant (nous sommes l'un des 4 établissements participants dans la province) dans le projet de recherche PRATICAdr.
- Poursuite des travaux visant l'équilibre famille-travail-études.
- Dispensation d'une formation aux gestionnaires sur la promotion de la civilité et prévention du harcèlement en milieu de travail et invitation à l'ensemble du personnel à suivre la formation sur le sujet.

Volet communications

- Mise à jour et application du plan de communication.
- Actualisation du calendrier thématique de publications.
- Réalisation de multiples activités promotionnelles.
- Développement de plusieurs outils visant l'image organisationnelle.

Volet relation de travail et affaires juridiques

- Consolidation de notre partenariat avec les différents syndicats.
- Participation active au projet Organisation apprenante.
- Mise en place et maintien de tribunes d'échanges (stratégiques, tactiques et opérationnelles).
- Poursuite de l'orientation de prise en charge autonome de traitement des dossiers juridiques.

La Direction des ressources financières (DRF)

À la Direction des ressources financières, quatre projets ont principalement retenu l'attention :

- Finalisation du projet de Régionalisation de la structure de la paie, qui permet une uniformisation du traitement de la rémunération et un accès à des spécialistes par syndicats à partir de n'importe où sur notre territoire.
- Réalisation d'un World Café avec l'ensemble des employés de la direction, qui a évolué en plan d'action concret pour aborder certains enjeux du quotidien (budget, rémunération, plaisir au travail, etc.).

- Implication des gestionnaires dans divers comités tactiques en vue de l'intégration de nos activités dans Santé Québec (comité de pilotage, fin d'année, trésorerie, budget).
- Révision de la structure de la direction pour permettre de faire progresser des dossiers prioritaires au niveau provincial (financement axé sur le patient, coût par parcours de soins et services, charte comptable du Québec, perception, etc.).

La Direction de la logistique et de l'approvisionnement (DAL)

La Direction de la logistique et de l'approvisionnement du CISSS de la Gaspésie est un partenaire expert et gardien des processus liés aux activités d'acquisition, de coordination et de distribution des biens et services au sein de notre organisation.

Ses principaux faits saillants de la dernière année sont les suivants :

- Adoption de la nouvelle politique d'approvisionnement.
- Adoption du règlement sur la délégation de signature engageant l'Établissement.
- Mise en place de l'espace fournisseur pour les proposant d'hébergement temporaire.
- Obtention d'un financement PQI pour la mise en place d'un centre de distribution régional.
- Mise en place d'un système de gestion d'achats centralisé.
- Désigné par le MSSS et le Secrétariat du Trésor pour effectuer les tests de mise en service du nouveau site SEAO.
- Retenu par le SCT pour deux dossiers d'acquisitions qui seront effectués via leur parcours d'innovation.

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

La Direction qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) est une direction multidisciplinaire qui a pour mission de mettre en place un système intégré de gestion de la qualité et de la performance, d'en assurer le déploiement et les suivis requis et de soutenir de façon transversale les activités de l'établissement dans l'éventail des expertises représentées.

Cette direction assume un rôle stratégique consistant à la mise en place du pilotage de la performance organisationnelle et un rôle conseil auprès des différentes directions de l'établissement, afin d'assurer le développement et le maintien d'une culture d'amélioration de la qualité et de la performance.

La direction doit également s'assurer de la conformité de l'établissement aux normes, lois et règlements des organismes d'agrément, ainsi que de la conformité au programme d'évaluation de la qualité du milieu de vie du ministère de la Santé et des Services sociaux pour les ressources d'hébergement, et ce, en partenariat avec l'ensemble des directions du CISSS de la Gaspésie. Dans cette perspective, elle exerce un rôle de vigie et de coordination de la reddition de comptes pour donner suite aux recommandations des différents organismes d'inspection. Elle apporte aussi son soutien dans la recherche et le développement de moyens pour accroître la qualité des soins et des services et la sécurité des usagers.

Pour ce faire, la DQEPE accompagne de façon personnalisée les différents paliers de gestion et veille à mobiliser l'ensemble du personnel dans la réalisation des activités liées à la mission.

Qualité et gestion des risques

Se référer à la section 5 « Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité » de ce rapport.

RI-RTF

- Consolidation du poste à la promotion et au recrutement RTF.
- Mise en place d'une nouvelle structure de gouvernance d'assurance qualité milieux de vie : dotation de nouveaux postes.
- Consolidation de l'équipe d'intervenants au contrôle de la qualité (ICQ) RI-RTF – dotation des postes vacants.
- Mise en place d'un accueil personnalisé aux nouveaux employés.
- Révision et actualisation de la Politique qualité – Rôles et responsabilités en RI-RTF.
- Tournée de formation – Politique qualité et procédure d'enquête administrative en RI-RTF.

- Mise en place de rencontre d'arrimage Direction qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) et Direction de l'approvisionnement et de la logistique (DAL) pour les ententes particulières en RI.

Processus d'enquête administrative

Jeunesse

Deux enquêtes administratives ont été réalisées. Au terme des analyses :

- une entente a été résiliée
- une entente a été maintenue avec recommandations

Adulte

Une enquête administrative a été réalisée. Au terme de l'analyse :

- entente maintenue avec recommandations.

Ressources privées pour aînés (RPA)

Notre établissement dessert un total de 35 RPA offrant 1091 unités locatives, réparties sur quatre (4) réseaux locaux de services.

- Signatures de 21 ententes de collaboration CISSS – RPA.
- 14 RPA ont eu le renouvellement de leur certification, à la suite de la visite Agrément Canada.
- 2 RPA ont été converties en résidence intermédiaire dans le RLS de La Baie-des-Chaleurs.
- 23 visites ont été effectuées auprès des RPA afin de les soutenir à se rendre conformes à la suite des visites de la Direction des inspections du MSSS.
- Suivis réalisés auprès des RPA rencontrant des difficultés financières ou autres.

Performance, valorisation des données, amélioration continue et gestion de projets

Performance et valorisation des données

L'enjeu principal de la dernière année fut le maintien du service de pilotage du système d'information I-CLSC à la suite du départ des ressources qui assuraient le service (accès aux données, rapport de qualité des données, audits sur la confidentialité).

Bons coups

- Démarrage du projet de déploiement des tableaux de bord PowerBI tactiques pour chaque direction, en collaboration avec la DRI.
- Élaboration d'un tableau de bord sur la fluidité hospitalière afin de soutenir le projet organisationnel portant sur l'implantation du suivi des séjours et la planification précoce et conjointe des congés (SSPPCC).
- Soutien au développement d'un outil de suivi des délais du cheminement des demandes de service en colonoscopie à la suite du résultat de tests de dépistage pour le cancer colorectal.
- Lancement du sondage ministériel sur l'expérience et la satisfaction des soins et services reçus de l'utilisateur.
- Mise à jour du portrait de portefeuille de projets organisationnels et des matrices de cohérences tactiques des directions.
- Élaboration d'une grille de priorisation des projets organisationnels.
- Formation offerte sur les bases de la gestion de projet lors d'un midi-DQEPE avec plus de 100 participants.
- Ajout d'une nouvelle employée dans l'équipe, experte en amélioration continue et Lean management.
- Développement d'un nouveau modèle de salle de pilotage virtuel via les outils Teams, afin de faciliter l'utilisation de l'outil qui s'intègre dans le flux de travail des équipes.
- Développement d'une formation sur l'application des bonnes pratiques de gestion de l'accès avec le système d'information I-CLSC pour améliorer l'accès aux services en CLSC.
- Évaluation et soutien à l'amélioration du processus du Centre de répartition des demandes de service (CRDS) de la Gaspésie pour améliorer l'accès aux consultations spécialisées.

Protection des renseignements personnels

La direction qualité, évaluation, performance et éthique | Affaires juridiques a développé un nouveau service au sein de sa direction, soit le service de protection des renseignements personnels. L'entrée en poste d'une conseillère cadre en protection des renseignements personnels en septembre 2023 a permis d'amorcer les travaux en conformité à la Loi 25, *Loi modernisant des dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels* tout en considérant l'entrée en vigueur sous peu de la Loi 5 *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux*.

Bons coups

- Développement d'un outil d'analyse visant à évaluer les facteurs relatifs à la vie privée (EFVP).
- Soutien et participation à la production d'EFVP (8), lors d'acquisition, de développement et de refonte d'un système d'information.
- Diffusion d'une capsule d'information sur l'intranet ayant pour but de sensibiliser les intervenants aux renseignements personnels.

Proche aidance

- Démarrage du projet novateur en proche aidance « Le proche aidant partenaire en hébergement : un acteur clé à l'amélioration de l'expérience des résidents et de leurs proches » avec le CHSLD de Maria.

Maltraitance

La Politique pour contrer la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité a été mise à jour. Son déploiement est débuté dans les différentes installations du CISSS de la Gaspésie et auprès des partenaires du CISSS.

- Embauche d'une agente de planification, programmation et de recherche – Processus d'intervention concerté (APPR, PIC) en février 2024 et présentation de son rôle aux différentes directions.
- Formation des intervenants désignés PIC sur tout le territoire de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine dans diverses directions.
- Présentation de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* aux tables de concertation locales bientraitance-maltraitance et aux directions du CISSS.
- Activités de sensibilisation et de promotion maltraitance-bientraitance, en partenariat communautaire/réseau organisées dans différents milieux de chacun des RLS du CISSS de la Gaspésie, le 15 juin dans le cadre de la *Journée mondiale de lutte contre la maltraitance des personnes âgées*, ainsi que tout au long de l'année.

Éthique clinique

Le comité d'éthique clinique a été interpellé à cinq (5) reprises pour diverses situations éthiques : droit de pratique d'un professionnel, accouchement à risque, produits antitabagiques, désaccord de soins, suivi d'une recommandation adressée par le Protecteur du citoyen.

Éthique à la recherche

Le CISSS de la Gaspésie ne possède pas de comité d'éthique de la recherche. Nous agissons comme participant à des projets de recherche. La Direction qualité, évaluation, performance et éthique est responsable de piloter ce volet dans notre organisation.

Au cours de l'année, notre établissement a reçu onze (11) demandes de participation à différents projets s'adressant à un ou plusieurs programmes.

Demande d'accès à l'information

Un total de 65 demandes d'accès aux documents administratifs ont été reçues et analysées en cours d'année.

Programme de soutien aux organismes communautaires

La région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine compte 105 organismes communautaires reconnus œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) inclut trois modes de financement : le financement en soutien à la mission globale, le financement pour des activités spécifiques et le financement pour un projet ponctuel. Un organisme communautaire peut recevoir du financement de ces trois types de subventions, s'il répond aux conditions de chacune.

En 2023-2024, 91 organismes ont été subventionnés dans le volet du soutien à la mission globale et 25 organismes ont reçu du financement pour des activités spécifiques. De ce nombre, 9 organismes communautaires ne sont pas reconnus par le PSOC et reçoivent exclusivement du financement en entente spécifique, puisqu'ils favorisent la mise en œuvre d'orientations gouvernementales, d'orientations régionales, ou parce que leur mission découle de l'application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA), du Programme de mesures de rechange général pour adultes de la Cour du Québec et des cours municipales (PMRG) ainsi que du Code de procédure pénale du Québec (mesures de travaux compensatoires) pour les adolescents de 14 à 17 ans.

Enfin, 5 organismes sont reconnus, mais ne reçoivent aucun financement du PSOC.

Contrôle et reddition de comptes

En vertu de l'article 338 de la LSSSS, tout organisme communautaire qui reçoit du financement doit fournir à l'établissement responsable du PSOC, dans les trois mois suivant la fin de l'année financière de l'organisme, les documents suivants :

- le rapport d'activités;
- le rapport financier.

De plus, les organismes doivent se conformer aux exigences contenues dans le document Cadre de gestion ministérielle du programme de soutien aux organismes communautaires pour le mode de financement en soutien à la mission globale. Par ailleurs, les redditions de comptes pour la réalisation d'ententes spécifiques et la réalisation d'un projet ponctuel doivent être présentées par l'organisme au CISSS, et ce, tel que convenu dans les conventions signées entre les parties.

Faits marquants

- Travaux de mise à jour du cadre régional de financement effectués en collaboration avec le regroupement des organismes communautaires (ROCGIM).
- Répartition des financements récurrents et non récurrents supplémentaires octroyés par le MSSS.
- Révision des seuils pour la réalisation des audits financiers dans les programmes normés en action communautaire, applicables à la reddition de compte 2023-2024.

Échéanciers du programme

- Envoi du formulaire annuel – Mise à jour de l'information/Demande de rehaussement du financement – *Décembre 2022*
- Réception du formulaire annuel – Mise à jour de l'information/Demande de rehaussement du financement – *Janvier et février 2023*

- Préanalyse des demandes – *Mars 2023*
- Versement de la première avance budgétaire – *Avril 2023*
- Analyse complète des demandes d'aide financière – *Avril 2023*
- Projet de répartition rehaussement 2023-2024 – *Septembre 2023*
- Paiement du rehaussement 2023-2024 – *Novembre 2023*
- Avis rappelant les documents exigés pour la reddition de comptes et l'échéancier 2022-2023 – *Septembre 2023*
- Première analyse de conformité de reddition de comptes – *Novembre 2023*
- Mécanisme de suivi à la reddition de comptes auprès de tous les organismes communautaires subventionnés – *Février 2023*
- Calendrier des versements réguliers – *juillet 2023, octobre 2023 et janvier 2024*

Premières Nations

En 2023-2024, le CISSS de la Gaspésie a créé un poste de conseiller cadre Premières Nations, qui intègre également le rôle de répondant en langue anglaise. Ce développement maintenant concrétisé démontre la nette intention de notre établissement de consolider ses relations avec les communautés autochtones et anglophones de notre région afin de mieux répondre à leurs besoins spécifiques. Ce conseiller relève directement du PDG.

Ainsi, plusieurs initiatives ont été réalisées au cours de la dernière année :

- Membre du groupe de travail Sécurisation Culturelle RUISSSUL.
- Formation sur les réalités autochtones disponible sur l'espace numérique d'apprentissage (ENA).
- Formation sur la culture Mi'gmaq développée avec les communautés.
- Embauche d'une infirmière de liaison.

Soutien social en logement social et communautaire (SCLSC)

Le soutien communautaire consiste en différentes actions individuelles et collectives visant l'accompagnement social des locataires de logements sociaux et communautaires.

Un comité de travail conjoint composé de représentant(e)s du CISSS de la Gaspésie, du CISSS des Îles et de la Direction régionale de santé publique, en collaboration avec des acteurs du milieu, travaille présentement à la mise sur pied d'une Table de concertation régionale sur le SCLSC. Cette table permettra la mise en œuvre du cadre de référence en SCLSC publié en 2022. L'objectif pour la tenue d'une première rencontre de la Table est le début de l'automne 2024.

Les objectifs de la Table seront précisés avec les acteurs concernés, mais ils seront principalement de :

- développer une vision commune favorisant la mise en œuvre régionale ou territoriale du Cadre de référence en SCLSC (portrait, gouvernance);
- faire la promotion des valeurs et des principes du Cadre de référence en SCLSC;
- déterminer les enjeux et besoins régionaux ou territoriaux en SCLSC et émettre des recommandations qui en découlent;
- favoriser le réseautage en matière de SCLSC;
- soutenir des initiatives concrètes qui favorisent le soutien du SCLSC.

Services de sages-femmes du CISSS de la Gaspésie

Au cours de l'année 2023-2024, le service de sages-femmes du CISSS de la Gaspésie s'est développé et consolidé. Voici quelques faits saillants qui l'illustrent :

- Offre de service stable, sans aucun bris de service durant toute l'année dans la Baie-des-Chaleurs. Vingt-neuf (29) femmes ont ainsi eu un suivi complet de maternité avec une sage-femme et d'autres ont bénéficié d'un support ponctuel par une sage-femme durant leur parcours.

- Consolidation de l'offre de service auprès des communautés autochtones de Listuguj et Gesgapegiag, première naissance à domicile. Dix (10) femmes ont bénéficié d'un suivi complet de maternité et d'autres ont eu un support ponctuel, en collaboration avec leurs centres de santé respectifs.
- Création et début de l'application d'une trajectoire de soutien en périnatalité et obstétrique du CISSS de la Gaspésie dans le but d'encadrer les demandes de soutien aux sages-femmes, afin de prévenir les bris de services en obstétrique-périnatalité et de maintenir les services à la population. Plusieurs découvertures ont ainsi été prévenues.
- Signature des ententes nécessaires au déploiement de l'offre de service dans La Côte-de-Gaspé avec inauguration d'un bureau au CLSC du Pavillon Cantin. Début en octobre 2023 des suivis (suivis de la sage-femme et suivis en interdisciplinarité avec la maison de périnatalité sociale La Marée), premières naissances sous les soins des sages-femmes. Cinq (5) femmes ont ainsi bénéficié d'un suivi complet avec sage-femme et d'autres d'un support ponctuel en équipe multidisciplinaire.
- Obtention, avec l'équipe multidisciplinaire de la maternité de Maria, du prix de reconnaissance amproOB.
- Participation active à plusieurs comités multidisciplinaires dans le CISSS.

Madame Geneviève Guilbault souhaite remercier madame Connie Jacques, PDG-A de 2015 à 2024, pour son apport dans le déploiement des services de sages-femmes pour toutes les Gaspésiennes.

Développement durable

L'année 2023 a été marquée par notre engagement renouvelé en faveur du développement durable. À travers une série d'initiatives significatives, nous avons consolidé notre position en tant qu'acteur responsable au sein de notre communauté. Parmi ces réalisations, nous notons :

- L'embauche d'une ressource afin de coordonner les actions de développement durable du CISSS de la Gaspésie. Cette décision témoigne de notre engagement à intégrer des pratiques durables dans notre système de santé.
- L'organisation de dix rencontres mensuelles du comité de santé durable. Ces rencontres ont servi de cadre d'échanges afin de partager avec l'ensemble des directions les meilleures pratiques et aussi de soulever les défis à relever afin d'être un établissement de santé axé sur le développement durable.
- L'engagement de la haute direction, qui a conduit à inscrire le développement durable comme point statutaire au comité de direction.
- La mise à jour et l'adoption des politiques de santé durable et de gestion des matières résiduelles.
- L'établissement de la stratégie de participation des équipes locales à la démarche globale de santé durable avec un organigramme descriptif.

Le portrait statistique

Le service jeunesse

Dans cette section, nous vous présentons un portrait des activités courantes au programme jeunesse, ainsi que certains indicateurs pour l'année 2023-2024 :

	2023-2024
Nombre d'utilisateurs joints par les CLSC dans le cadre du programme Jeunes en difficulté (1.06.01.00)	596
Nombre moyen de prestations dispensées par les CLSC dont a bénéficié l'utilisateur dans le cadre du programme Jeunes en difficulté	8,47
Nombre de dossiers suivis à l'application des mesures dans le cadre de la LPJ (excluant autochtones)	589
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en LPJ (cible -30 jours)	41,38
Nombre moyen d'interventions à l'application des mesures en LPJ	1,33
Taux de jeunes sur 1000 pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence (excluant autochtones)	23,34 %

Hébergement en réadaptation jeunesse

SERVICES DE RÉADAPTATION	2022-2023	2023-2024
Unité La Rade	6-13 ans : 2 jeunes 14-17 ans : 26 jeunes 18 ans et + : 2 adultes Total : 30 jeunes	6-13 ans : 3 jeunes 14-17 ans : 21 jeunes 18 ans et + : 6 adultes Total : 30 jeunes
Unité Gignu	6-13 ans : 6 jeunes 14-17 ans : 9 jeunes Total : 15 jeunes	6-13 ans : 3 jeunes 14-17 ans : 13 jeunes Total : 16 jeunes
Unité La Vigie	6-13 ans : 5 jeunes 14-17 ans : 15 jeunes 18 ans et + : 1 adulte Total : 21 jeunes	6-13 ans : 3 jeunes 14-17 ans : 17 jeunes 18 ans et + : 3 adultes Total : 23 jeunes
Unité La Balise	6-13 ans : 3 jeunes 14-17 ans : 20 jeunes 18 ans et + : 2 adultes Total : 25 jeunes	6-13 ans : 4 jeunes 14-17 ans : 16 jeunes 18 ans et + : 2 adultes Total : 22 jeunes
Unité Le Rivage	6-13 ans : 13 jeunes 14-17 ans : --- Total : 13 jeunes	6-13 ans : 20 jeunes 14-17 ans : -- Total : 20 jeunes

Mesures de contention en unité de réadaptation

Période du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024

ÉTABLISSEMENT		NOMBRE DE PLACES		RECOURS À LA MESURE DE CONTENTION							
Nom et adresse	Nombre de jeunes différents reçus	Nombre de places au permis	Sexe	Nombre de jeunes différents ayant fait l'objet d'une mesure de contention		Nombre total de recours à la mesure		Durée moyenne (en minutes)		Durée maximum (en minutes)	
Unité La Vigie 418, montée Wakeham Gaspé (Québec)	TOTAL : 23	11	Masculin	6-12 ans	1	6-12 ans	2	6-12 ans	12 min.	6-12 ans	25 min.
				13-17 ans	1	13-17 ans	1	13-17 ans	2 min.	13-17 ans	2 min.
				Autres	--	Autres	--	Autres	--	Autres	--
				Total	2	Total	3				
Unité Le Rivage 205, boulevard de York Ouest Gaspé (Québec)	TOTAL : 20	7 mixte	Masculin	6-12 ans	9	6-12 ans	90	6-12 ans	2 min.	6-12 ans	19 min.
				13-17 ans	1	13-17 ans	1	13-17 ans	1 min.	13-17 ans	1 min.
				Autres	--	Autres	--	Autres	--	Autres	--
				Total	10	Total	91				
			Féminin	6-12 ans	2	6-12 ans	11	6-12 ans	1 min.	6-12 ans	5 min.
				13-17 ans	--	13-17 ans	--	13-17 ans	--	13-17 ans	--
				Autres	--	Autres	--	Autres	--	Autres	--
				Total	2	Total	11				
Unité La Rade 205, boulevard de York Ouest Gaspé (Québec)	TOTAL : 30	9 mixte	Masculin	6-12 ans	--	6-12 ans	--	6-12 ans	--	6-12 ans	--
				13-17 ans	2	13-17 ans	2	13-17 ans	14 min.	13-17 ans	23 min.
				Autres	--	Autres	--	Autres	--	Autres	--
				Total	2	Total	2				
			Féminin	6-12 ans	--	6-12 ans	--	6-12 ans	--	6-12 ans	--
				13-17 ans	6	13-17 ans	60	13-17 ans	7 min.	13-17 ans	120 min.
				Autres	--	Autres	--	Autres	--	Autres	--
				Total	6	Total	60				
Unité La Balise 193, avenue Port-Royal Bonaventure (Québec)	TOTAL : 22	10	Féminin	6-12 ans	1	6-12 ans	1	6-12 ans	30 min.	6-12 ans	30 min.
				13-17 ans	1	13-17 ans	1	13-17 ans	6 min.	13-17 ans	6 min.
				Autres	--	Autres	--	Autres	--	Autres	--
				Total	2	Total	2				

Mesures d'isolement en unité de réadaptation

Période du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024

ÉTABLISSEMENT		NOMBRE DE PLACES		RECOURS À LA MESURE D'ISOLEMENT							
Nom et adresse	Nombre de jeunes différents reçus	Nombre de places au permis	Sexe	Nombre de jeunes différents ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement		Nombre total de recours à la mesure		Durée moyenne (en minutes)		Durée maximum (en minutes)	
Unité La Vigie 418, montée Wakeham Gaspé (Québec)	TOTAL : 23	11	Masculin	6-12 ans	1	6-12 ans	2	6-12 ans	18 min.	6-12 ans	24 min.
				13-17 ans	3	13-17 ans	6	13-17 ans	27 min.	13-17 ans	30 min.
				Autres	--	Autres	--	Autres	--	Autres	--
				Total	4	Total	8				
Unité Le Rivage 205, boulevard de York Ouest Gaspé (Québec)	TOTAL : 20	7 mixte	Masculin	6-12 ans	6	6-12 ans	161	6-12 ans	11 min.	6-12 ans	37 min.
				13-17 ans	1	13-17 ans	1	13-17 ans	5 min.	13-17 ans	5 min.
				Autres	--	Autres	--	Autres	--	Autres	--
				Total	7	Total	162				
			Féminin	6-12 ans	3	6-12 ans	17	6-12 ans	17 min.	6-12 ans	64 min.
				13-17 ans	--	13-17 ans	--	13-17 ans	--	13-17 ans	--
				Autres	--	Autres	--	Autres	--	Autres	--
				Total	3	Total	17				
Unité La Rade 205, boulevard de York Ouest Gaspé (Québec)	TOTAL : 30	9 mixte	Masculin	6-12 ans	--	6-12 ans	--	6-12 ans	--	6-12 ans	--
				13-17 ans	1	13-17 ans	1	13-17 ans	37 min.	13-17 ans	37 min.
				Autres	--	Autres	--	Autres	--	Autres	--
				Total	1	Total	1				
			Féminin	6-12 ans	--	6-12 ans	--	6-12 ans	--	6-12 ans	--
				13-17 ans	6	13-17 ans	44	13-17 ans	26 min.	13-17 ans	98 min.
				Autres	--	Autres	--	Autres	--	Autres	--
				Total	6	Total	44				
Unité La Balise 193, avenue Port-Royal Bonaventure (Québec)	TOTAL : 22	10	Féminin	6-12 ans	1	6-12 ans	4	6-12 ans	181 min.	6-12 ans	225 min.
				13-17 ans	1	13-17 ans	1	13-17 ans	3 min.	13-17 ans	3 min.
				Autres	--	Autres	--	Autres	--	Autres	--
				Total	2	Total	5				

La mission centre hospitalier

Performance des blocs opératoires

RLS	ANNÉE FINANCIÈRE	SOMMES DES HEURES DISPONIBLES (JOURS OUVRABLES)*	TAUX HEURES PRÉSENCES (8 h à 16 h) **
Côte-de-Gaspé	2023-2024	2 376	75,5 %
	2022-2023	1717	76 %
	2021-2022	1638	72,5 %
Rocher-Percé	2023-2024	1 984	81,3 %
	2022-2023	1319	81 %
	2021-2022	1376	84,5 %
Haute-Gaspésie	2023-2024	792	27,9 %
	2022-2023	889	43 %
	2021-2022	786	38 %
Baie-des-Chaleurs	2023-2024	3 968	72,4 %
	2022-2023	4022	71 %
	2021-2022	4922	86,9 %

ANNÉE FINANCIÈRE	MOYENNE RÉGIONALE
2023-2024	64,3 %
2022-2023	67,8 %
2021-2022	70,5 %

L'Urgence

Installations	Nombre total de visites			Nombre de visites clientèle ambulatoire			Nombre de visites sur civières			Pourcentage de patients sur civières			Durée moyenne de séjour sur civières		
	2021 2022	2022 2023	2023 2024	2021 2022	2022 2023	2023 2024	2021 2022	2022 2023	2023 2024	2021 2022	2022 2023	2023 2024	2021 2022	2022 2023	2023 2024
Hôpital de Chandler	13 823	16 329	16 083	11 422	13 744	13 613	2 401	2 585	2 470	17	16	15	13,8	15,6	18,9
Hôpital Hôtel-Dieu	13 790	14 442	14 381	10 901	11 634	11 514	2 889	2 808	2 867	21	19	20	10,8	11,3	13,4
CLSC de Grande-Vallée	5 588	6 458	6 674	5 038	5 827	6 182	550	631	492	10	10	7	5,0	6,1	6,6
CLSC de Murdochville*	1 627	2 121	2 214	1 605	2 069	2 175	22	52	39	1	2	2	11,1	5,5	4,7
Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts	13 297	14 045	13 856	10 669	11 064	10 934	2 628	2 981	2 922	20	21	21	12,5	14,0	13,1
Hôpital de Maria	15 665	16 805	17 406	11 302	12 486	12 844	4 363	4 319	4 562	28	26	26	20,6	23,6	19,5
CLSC de Paspébiac	11 701	13 864	13 260	8 818	10 803	10 230	2 883	3 061	3 030	25	22	23	6,5	7,5	8,0
TOTAL	75 491	84 064	83 874	59 755	67 627	67 492	15 736	16 437	16 452	17,43	16,57	11,4	13,3	14,8	12,1

* Nous travaillons actuellement avec l'équipe afin de corriger la situation de non-fermeture des dossiers par les médecins qui sont itinérants et font du bureau en même temps que de l'urgence.

RI-RTF

Nombre de ressources jeunesse reconnues au 31 mars 2024

	JED	BDC	CDG	HG	IDM	RP	Totaux
		Nb	Nb	Nb	Nb	Nb	Nb
RTF Régulier (Rég.) Famille d'accueil de proximité (FAP) Banque Mixte (BM)	Rég.	16	12	13	5	15	61
	FAP	21	9	9	2	23	64
	BM	3	7	1	4	0	15
Totaux RTF	RTF	40	28	23	11	38	140
RI	RI	Aucune RI jeunesse sur le territoire Gaspésie-IDM					

Nombre de ressources adultes reconnues au 31 mars 2024

	Adulte	BDC	CDG	HG	RP	Totaux
		Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre
RTF	RTF (DI-TSA SAPA SM)	17	26	18	12	68
RI	DI-TSA-DP	2	1	0	0	3
	SAPA	8	3	2	3	16
	SM	2	0	1	0	3
Totaux RI	DI-TSA SAPA SM					22

4

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

Cette partie concerne l'établissement public et rend compte des résultats des engagements annuels, prévus à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Engagements annuels

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

Orientation 1 : Devenir un employeur de choix			
Objectif 1.1. : Améliorer la satisfaction au travail du personnel du Ministère et de son réseau			
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)	62,4 %	(N/D)	66,5 %
2. Pourcentage d'employés du réseau de la santé et des services sociaux qui recommandent leur établissement comme employeur (3.02)	Mesure de départ	32,4 %	+4,5 % par rapport à la cible de départ
Commentaires :			
Objectif 1.2. : Soutenir la force de main-d'œuvre du réseau			
Indicateurs	Engagement 2023-2024	Résultat au 31 mars 2024	Engagement 2026-2027
4. Nombre d'heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendante (3.06.01)	354 920	(N/D)	355 331
Commentaires :			
Objectif 1.3. : Conscientiser le personnel du réseau aux réalités autochtones			
Indicateurs	Engagement 2023-2024	Résultat au 31 mars 2024	Engagement 2026-2027
5. Pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones (3.01.02)	100 %	98,3 %	100 %
Commentaires :			

Nous observons une forte augmentation comparativement au 31 mars 2023, où le résultat était de 63 %. Cette formation a fait l'objet de plusieurs promotions à l'interne (courriel, bulletin interne, rappel par les membres de la haute direction) et améliorer l'accessibilité à la formation pour les employés a été une priorité, particulièrement pour les membres du personnel n'ayant pas de poste de travail dédié. Ainsi, plusieurs séances de formation ont été organisées afin de faciliter l'accès aux vidéos de formation afin qu'elle soit complétée.

Orientation 2 : Être proactif et agir de façon préventive

Objectif 2.2. : Offrir une protection optimale pour la population contre les maladies évitables

Indicateurs	Engagement 2023-2024	Résultat au 31 mars 2024	Engagement 2026-2027
9. Proportion des élèves de 3e année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète (1.01.41)	78 %	81,7 %	84 %

Commentaires :

Objectif 2.3. : Diminuer la mortalité liée au cancer

Indicateurs	Engagement 2023-2024	Résultat au 31 mars 2024	Engagement 2026-2027
12. Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (1.09.33.01)	60 %	71,5 %	80 %

Commentaires :

Nous observons une grande amélioration comparativement au 31 mars 2023, alors que le résultat était de 56,5 %. Le dépassement de l'engagement pour l'année 2023-2024 nous met en bonne position pour atteindre l'engagement de 2026-2027.

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

Objectif 3.1. : Favoriser le développement optimal des jeunes

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)	61	217	82
14. Pourcentage des premières interventions à l'évaluation en Protection de la jeunesse réalisées à l'intérieur de 14 jours (1.06.06)	61 %	53,4 %	70 %

Commentaires :

Le nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par Agir tôt était de 268 au 31 mars 2023. Malgré une diminution du nombre de 58 comparativement à l'an dernier, nous dépassons largement la cible de 2023-2024 ainsi que celle de 2026-2027.

Au niveau des premières interventions à l'évaluation en Protection de la jeunesse réalisées à l'intérieur du délai de 14 jours, nous notons une diminution comparativement au 31 mars 2023, qui était de 60 %. Des actions sont en cours afin de comprendre les obstacles au respect de ce délai de 14 jours et un comité est en place afin d'identifier, prioriser et suivre la mise en œuvre des solutions.

Objectif 3.2. : Permettre un accès rapide aux services en santé mentale

Indicateurs	Engagement 2023-2024	Résultat au 31 mars 2024	Engagement 2026-2027
15. Proportion des usagers ayant reçu des soins et services en santé mentale dans les délais prescrits (1.08.17)	75 %	68,4 %	75 %

Commentaires :

Une formation sera déployée d'ici l'été pour les services offerts en CLSC sur l'application des bonnes pratiques de gestion de l'accès dans le but d'améliorer l'accès aux services en santé mentale en CLSC et ainsi atteindre l'engagement. Cette formation permettra également d'obtenir une meilleure qualité de données pour une prise de décision basée sur les évidences.

Il est à noter que des problèmes connus sont liés à la qualité des données de cet indicateur, particulièrement pour les demandes de services en santé mentale de 2^e ligne et au calcul des demandes réalisées dans les délais prescrits. Des mesures correctrices seront apportées pour corriger la situation durant l'année 2024.

Objectif 3.3. : Favoriser l'accès au soutien à domicile

Indicateurs	Engagement 2023-2024	Résultat au 31 mars 2024	Engagement 2026-2027
16. Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile (1.03.05.06)	6 647	6 224	7 041
17. Nombre de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile (1.03.25)	107	85	77
18. Nombre d'heures de service de soutien à domicile longue durée, courte durée et soins palliatifs rendues à domicile (1.03.05.05)	734 475	884 797	921 975

Commentaires :

Au 31 mars 2023, ce sont 6 491 personnes qui ont reçu des services de soutien à domicile. Nous constatons ainsi une diminution quant à notre résultat au 31 mars 2024 et une non atteinte de l'engagement de 2024. Malgré cela, nous notons une forte croissance quant aux nombres d'heures de services de soutien à domicile rendues avec 150 000 heures rendues de plus que ciblées par l'engagement 2024. Ceci peut s'expliquer par l'intensification des services rendus pour un nombre plus petit d'usagers que l'an dernier.

Quant au nombre de personnes en attente d'un premier service, nous constatons une plus forte amélioration que prévu par l'engagement de 2024. Il est aussi à noter qu'il y a moins de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile qu'au 31 mars 2023, où nous en comptons un total de 92.

Objectif 3.4. : Améliorer l'accès aux services de première ligne et de proximité

Indicateurs	Engagement 2023-2024	Résultat au 31 mars 2024	Engagement 2026-2027
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 %	33,7 %	30 %
20. Pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service en CLSC dans les délais établis selon la	71 %	68,7 %	74 %

priorisation (7.04.06)			
21. Pourcentage des personnes attirées à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne (1.09.58)	86 %	88,8 %	90 %
Commentaires : Au 31 mars 2023, 71,5 % des usagers ont eu accès à un service en CLSC dans les délais établis selon la priorisation. On note une légère diminution de 3 % ne nous permettant pas d'atteindre l'engagement de 2024. Une formation sera déployée d'ici l'été auprès des services offerts en CLSC sur l'application des bonnes pratiques de gestion de l'accès dans le but d'améliorer l'accès aux services et ainsi atteindre l'engagement. Cette formation permettra également d'obtenir une meilleure qualité de données pour une prise de décision basée sur les évidences.			
Objectif 3.5. : Assurer une meilleure accessibilité à l'urgence			
Indicateurs	Engagement 2023-2024	Résultat au 31 mars 2024	Engagement 2026-2027
22. Délai moyen de prise en charge à l'urgence pour toute la clientèle (1.09.16)	107 minutes	114 minutes	76 minutes
23. Durée moyenne de séjour sur civière (1.09.01)	14 heures	14,6 heures	12,7 heures
Commentaires : Nous pouvons constater une diminution du délai moyen de prise en charge à l'urgence pour toute la clientèle de 5 minutes comparativement au 31 mars 2023, alors que le délai moyen était de 119 minutes. Cependant, ceci ne nous permet pas d'atteindre l'engagement de 2024. Quant à la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence, nous sommes stables comparativement au 31 mars 2023, avec une durée moyenne de séjour de 14,7 heures. Encore une fois, nous n'atteignons pas l'engagement de 2024. L'ajout de 6 lits à l'hospitalisation du centre hospitalier de Maria et de 4 lits de surcapacité au centre hospitalier de Chandler dès le printemps 2024 permettra de réduire le taux d'occupation des civières à l'urgence et la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence par l'augmentation de la capacité des unités de courte durée à accueillir des usagers admis de l'urgence devant être hospitalisés. Également, un grand projet organisationnel concernant toutes les équipes cliniques qui contribuent à la trajectoire hospitalière de l'usager est en cours. Ce projet vise à améliorer la fluidité du parcours de l'usager et nous comptons voir les effets escomptés de ce projet sur la diminution des durées moyennes de séjour lors des prochains pics d'achalandage dans les urgences dès l'automne 2024.			
Objectif 3.6. : Améliorer l'accès aux services spécialisés			
Indicateurs	Engagement 2023-2024	Résultat au 31 mars 2024	Engagement 2026-2027
24. Pourcentage des demandes de consultations en médecine spécialisée dont les délais d'attente prévus sont dépassés (1.09.56)	50 %	51,6 %	15 %
25. Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an (1.09.32.00)	0	6	N/D
Commentaires : Nous notons une amélioration du pourcentage de demandes de consultation en médecine spécialisée dont les délais			

d'attente prévus sont dépassés comparativement au 31 mars 2023, où le résultat était de 56 %. Plusieurs pistes d'améliorations sont en cours d'implantation, telles que la mise à jour du système d'information permettant la mise en œuvre des bonnes pratiques de gestion de l'accès et la révision de la structure du Centre de répartition des demandes de services (CRDS) du CISSS de la Gaspésie pour assurer la performance de la gestion de bout en bout des demandes de service.

En ce qui concerne le nombre de chirurgies en attente depuis plus de 1 an, nous notons une grande amélioration comparativement au 31 mars 2023, alors que 23 usagers demeuraient en attente depuis plus de 1 an. Nous n'atteignons cependant pas l'engagement de 2024.

Légende

	Atteinte de l'engagement annuel atteint à 100 %
	Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 100 %

5

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

L'AGRÈMENT

Le CISSS de la Gaspésie a reçu son statut d'organisme agréé pour le cycle 1 à l'automne 2023, tout en poursuivant les suivis nécessaires des non-conformités des séquences 3, 4 et 5. L'établissement s'est conformé en 2023-2024 à 48 tests de conformité associés aux différentes pratiques organisationnelles non conformes ainsi qu'à 2 critères à priorité élevée découlant des recommandations faites par l'organisme d'accréditation.

Des activités d'autoévaluation ont été conduites durant l'été 2023 et ont mené à l'identification de mesures d'amélioration, dont plusieurs ont été réalisées au courant de l'année. Aussi, l'établissement a procédé à la mise en œuvre du cycle 2 de l'agrément, préparant la visite de la séquence 1 au printemps 2024.

LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Des activités de promotion de la déclaration et de la divulgation ont été effectuées, telles que :

- Mise à jour du plan de formation obligatoire à l'embauche.
- Déploiement de tableaux de bord Power-Bi permettant aux gestionnaires et aux directeurs d'assurer la disponibilité en continu aux données relatives à la sécurité des soins et services.
- Déploiement d'une mesure ponctuelle de la culture de sécurité.
- Élaboration d'un mécanisme d'audit de sous-déclaration et rétroaction des résultats aux partenaires internes.
- Suivi individualisé auprès des gestionnaires et périodique concernant les analyses sommaires.
- Déploiement du registre de chutes graves et son suivi.
- Valorisation de la culture juste et de non-blâme par des rencontres de formation et sensibilisation lors de midi-DQEPE.
- Mise en œuvre d'indicateurs de chutes et d'erreurs de médicament par 1 000 jours/présence en courte durée et longue durée.

Nature des trois principaux incidents pour 2023-2024

Principaux types d'incidents	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Médicaments	208	46,7	5,1
Autres*	121	27,2	2,9
Test diagnostique laboratoire	30	0,7	0,1

*Dans les incidents « Autres », on retrouve, principalement l'incident « Erreurs reliées au dossier ».

Nature des trois principaux accidents pour 2023-2024

Principaux types d'accidents	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des accidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements (I/A)
Chutes	1939	53	47,3
Médicaments	917	25,1	22,4
Autres*	429	11,7	10,5

*Dans les événements « Autres », on retrouve, principalement l'accident « Blessures d'origine connue et inconnue »

Actions entreprises découlant des analyses approfondies des événements sentinelles répertoriés

Catégorie	Circonstance	Actions
Chute		- Analyse des déclarations en CHSLD pour identifier les tendances - Mise en œuvre des indicateurs de chute par 1 000 jours/présence - Analyse systématique des chutes graves
Erreur de médicament	Disponibilité	Documentation de l'état de situation concernant le transport des médicaments
	Dose / débit	- Mise en œuvre d'ordonnance préimprimée - Formation DVI - Intégration des bibliothèques à médicament dans les pousses seringues
Autres	Bris de confidentialité Erreur liée au dossier	- Définition de la procédure relative à la destruction des documents personnels - Identification et verrouillage des bacs confidentiels - Analyse des erreurs liées au dossier pour permettre de mieux cibler des actions d'amélioration
Traitement intervention	Non-respect d'une procédure	- Déploiement de la formation ACLS - Transmission - Déploiement d'une formation régionale sur le suicide

Constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 de la LSSSS)

Au cours de la dernière année, les mesures de contrôle ont été intégrées à l'application Power-Bi pour assurer le suivi en continu des mesures déclarées. Le travail est toujours en cours pour l'harmonisation des pratiques concernant la déclaration des mesures de contrôle.

	Jeunes en difficulté	Santé physique	SAPA	Réadaptation	Santé mentale et dépendance
Isolement	145	158	1	142	66
Contention	82	16	202	26	4
Isolement et contention	91	23	11	7	3
Total	318	197	214	175	73

L'évaluation de l'application des mesures de contrôle a démontré une utilisation et des déclarations à géométrie variable et un nombre élevé de mesures non planifiées en jeunesse. À cet effet des formations ont été données en santé mentale.

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

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

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

Par téléphone : 1 877 666-8766, poste 3604

Par courriel : plaintes.cisssgaspesie@ssss.gouv.qc.ca

Par écrit : Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

CISSS de la Gaspésie

205, boulevard York Ouest, 3e étage

Gaspé (Québec) G4X 2V7

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services participe à chacune des rencontres du comité de vigilance et de la qualité où elle dépose l'état des différents types de dossiers reçus, mais également le tableau des recommandations émises et des suivis obtenus. Les recommandations émises par la commissaire font l'objet d'un suivi continu par la direction et les gestionnaires de l'établissement. Il s'agit d'éléments majeurs dans la démarche d'amélioration continue de la qualité de l'établissement.

La commissaire a aussi pris part aux activités suivantes :

- Participation aux différentes rencontres du regroupement des commissaires aux plaintes du Québec ainsi qu'au colloque « Développer son expertise en contexte de transformation ».
- Participation au colloque du CUCI du CISSS de la Gaspésie.
- Participation à des AGA de comités de résidents, à la semaine des droits des usagers et à différentes activités organisées par des organismes ou installations du CISSS de la Gaspésie.

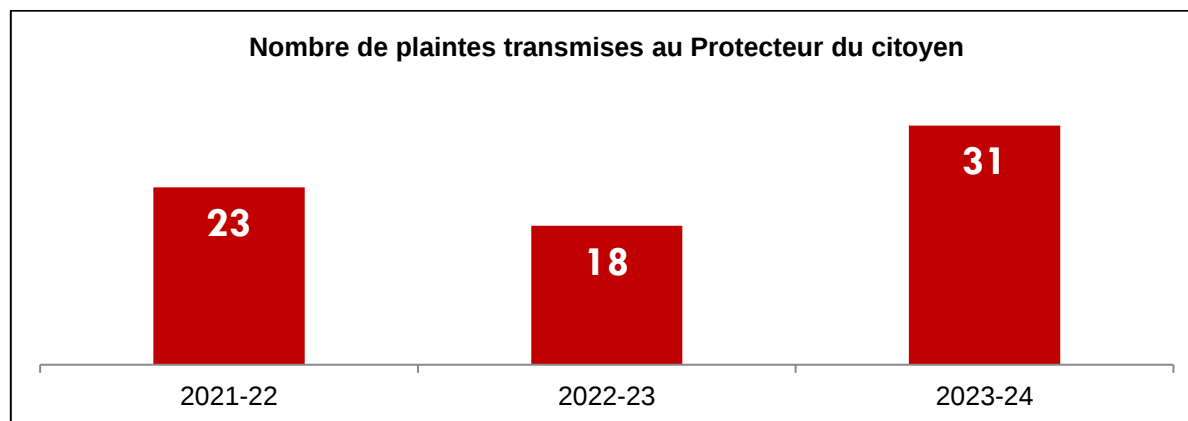
En 2023-2024, au total, les 524 dossiers de plaintes et demandes d'intervention analysés par la commissaire ont soulevé 705 motifs d'insatisfaction (car une même plainte peut soulever plusieurs objets/motifs) qui ont fait l'objet d'une analyse par la commissaire. De ces 705 motifs d'insatisfaction, **48 % (341 motifs) ont donné lieu des mesures d'amélioration par la commissaire et son équipe.**

À titre indicatif, voici ci-après quelques recommandations formulées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, ainsi que son équipe, qui témoignent de l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Motifs	Thème	Exemples de mesures d'amélioration mises en place
Accessibilité (62 mesures)	Service téléphonique	▪ Adresser la désuétude du système téléphonique d'un hôpital afin d'améliorer l'accessibilité aux services pour la clientèle et m'informer des mesures transitoires qui seront mises en place dès qu'elles seront implantées.
	Délais et difficultés d'accès	▪ Recommandation de prendre les moyens pour améliorer l'accès des usagers du CISSS de la Gaspésie au service d'orthèses, prothèses et fauteuils roulants.
	Difficulté d'accès	▪ Recommandation de m'informer des mesures qui seront mises en place pour améliorer l'accès de la population au Guichet d'accès à la première ligne du CISSS de la Gaspésie.
	Difficulté d'accès	▪ Recommandation d'évaluer la pertinence de mettre en place un nouveau fonctionnement pour la prise de rendez-vous pour un service.
Aspect financier (27 mesures)	Frais de déplacement	▪ Rembourser un déplacement hors du corridor de service, car ce déplacement a été fait sur la base d'une recommandation médicale.

Motifs	Thème	Exemples de mesures d'amélioration mises en place
	Facturation de soins et services	Recommandation de rembourser les frais encourus pour une préposée du Chèque emploi service jusqu'au moment où la condition d'une usagère a été réévaluée et qu'elle a été informée de la décision de cesser les services.
Droits particuliers (35 mesures)	Droit à l'information	Faire un rappel à une équipe de travail sur l'importance de déclarer chaque incident ou accident survenu de façon contemporaine à l'événement et de compléter les rapports de déclaration d'incident ou d'accident prévus à cet effet.
	Confidentialité	Recommandation d'analyser le dossier d'un(e) employé (e) à des fins disciplinaires en considérant les consultations illégitimes effectuées.
Organisation du milieu et des ressources matérielles (58 mesures)	Respect des règles	Recommandation de s'assurer de la conformité des pratiques d'une résidence privée pour aînés eu égard au Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés.
	Amélioration des conditions de vie	S'assurer d'avoir un cuisinier sur place les fins de semaine dans un milieu d'hébergement.
	Amélioration des mesures de sécurité	Recommandation de faire installer des barres d'appui dans des salles d'habillage pour les examens et de fixer des chaises au sol dans une optique de sécurisation des lieux pour les usagers.
Relations interpersonnelles (33 mesures)	Communication	Rencontrer un(e) employé(e) à des fins administratives ou disciplinaires.
	Manque à l'égard de la vie privée	Rappel à une employée sur l'importance de tenir des conversations concernant la situation d'un usager dans des endroits réservés à cette fin.
Soins et services dispensés (92 mesures)	Interventions	Déterminer si les interventions posées dans une situation sont conformes à la mission globale pour laquelle un organisme communautaire est financé.
	Tenue de dossier	S'assurer qu'un(e) intervenant(e) suive la formation sur la tenue de dossier de son ordre professionnel.
	Évaluation ou réévaluation des besoins	Revoir le profil d'usagers hébergés afin de déterminer si les services offerts correspondent à leurs besoins

Le protecteur du citoyen



D'abord, il est à noter que les plaintes transmises au Protecteur du citoyen (2^e palier) au cours d'une année sont parfois, voire souvent, des plaintes qui ont été déposées et conclues en première instance au courant de l'année précédente. Les plaintes transmises au Protecteur du citoyen doivent donc être considérées comme des dossiers différents de ceux reçus

par la commissaire au cours d'une même année. De plus, il va sans dire que l'augmentation considérable du nombre de plaintes traitées peut influencer sur le nombre d'utilisateurs souhaitant exercer ce recours en deuxième instance.

Au cours de la dernière année, 31 dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen pour un examen en 2^e instance. Entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024, 6 dossiers ont fait l'objet de recommandations par le Protecteur du citoyen, 15 dossiers ont été conclus sans recommandation et 15 dossiers étaient toujours en cours d'analyse à la fin de l'exercice.

Recommandation (PDC)	Description du suivi réalisé
R1 – Informer le personnel du service social de l'Hôpital de Chandler qu'il ne lui appartient pas de se prononcer sur l'admissibilité d'une personne aux prestations pour proches aidants de l'assurance-emploi, mais qu'il doit plutôt agir comme facilitateur en référant cette personne au médecin.	R1 – Le personnel du service social a été informé par l'envoi d'une note ainsi qu'un document explicatif de Services Canada sur les prestations de compassion. Ces mêmes informations ont été transmises verbalement par la gestionnaire du soutien à domicile à tous les intervenants sociaux sous sa responsabilité. La direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées a également fait suivre la note de service aux gestionnaires des programmes de soutien à domicile, de santé mentale et en déficience et en réadaptation.
R1 – Prendre les moyens nécessaires à l'Hôpital de Gaspé afin d'implanter l'approche environnementale dans les interventions avec l'utilisateur, et ce, dès maintenant.	R1 – Le protecteur du citoyen considère que la recommandation a été rendue caduque considérant la relocalisation de l'utilisateur dans une ressource intermédiaire dans les jours ayant suivi l'envoi des conclusions.
R2 – Organiser la tenue de rencontres récurrentes et régulières entre les directions en santé mentale et en déficiences, afin de suivre l'évolution de la situation de l'utilisateur et de trouver le plus rapidement possible une ressource d'hébergement répondant à ses besoins et pouvant l'accueillir.	R2 – L'intervenante pivot TES de la DI-TSA-DP de l'utilisateur a participé avec l'équipe de santé mentale aux rencontres cliniques hebdomadaires de l'unité de psychiatrie de l'Hôpital de Gaspé. Ces rencontres cliniques se sont terminées lors du transfert de l'utilisateur vers la ressource intermédiaire. Ces rencontres cliniques avaient, entre autres, comme objectif de faire un état de situation et des suivis dans le dossier de l'utilisateur. Depuis l'intégration de l'utilisateur en ressource intermédiaire, les intervenants pivots des deux directions tiennent également des rencontres et ont des communications hebdomadaires, afin de s'assurer de l'atteinte des objectifs du PI commun. La psychiatre au dossier de l'utilisateur est également sollicitée, lorsque requis.
R3 – Prendre les moyens nécessaires afin que la culture de l'établissement soit véritablement axée sur la prestation des soins et de services à offrir aux utilisateurs, notamment ceux qui ont une double problématique en santé mentale et une déficience, et ce, dès qu'une situation se complexifie et risque de limiter l'accès aux services à un utilisateur.	R3 – Un plan d'action 2022-2024 sur la transversalité de la Direction de la santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux et Direction déficience intellectuelle, déficience physique et trouble du spectre de l'autisme a été élaboré
R1 – Mettre fin immédiatement à la pratique systématique de l'isolement la nuit pour l'utilisateur.	R1 – Rencontre du personnel afin d'expliquer l'importance que le dossier soit plus complet au niveau des notes saisies au dossier. Lors de l'échange, il a été constaté que le patient n'était pas en isolement durant la nuit, car la porte demeurait débarrée, mais non inscrit au dossier. Une note de service a été diffusée à tout le personnel de l'unité de santé mentale pour qu'il puisse comprendre l'importance des notes au dossier d'un utilisateur.

Recommandation (PDC)	Description du suivi réalisé
R2 – Rappeler au personnel soignant de l'unité psychiatrique de l'Hôpital de Maria que les mesures de contrôle ne doivent jamais être utilisées dans un but punitif.	R2 – Rencontre d'équipe effectuée en ce qui a trait à l'importance d'indiquer davantage d'informations supplémentaires, telles que le comportement de l'utilisateur et de détailler les notes dans le dossier. Un rappel a été fait à savoir qu'il n'est pas valorisé de simplement indiquer que la contention a été mise en conséquence à une action. Une formation sur l'application des mesures de contrôle sous forme de midi clinique a été réalisée.
R3 – Prendre les mesures nécessaires afin de s'assurer que la tenue de dossier du personnel soignant de l'unité psychiatrique de l'Hôpital de Maria respecte les normes ministérielles lors de l'application des mesures de contrôle, tant dans les notes infirmières que lors de la complétion de la grille de surveillance.	R3 – Référence à l'équipe de l'utilisation de l'outil dans le document protocole d'application et de suivi sur les mesures de contention incluant les mesures de remplacements favorisées. L'outil sera utilisé pour les audits de gestion et comme guide de rédaction. L'outil a été présenté à l'équipe.
R4 – Donner de la formation portant sur le protocole d'application des mesures de contrôle de l'établissement au personnel soignant de l'unité psychiatrique de l'Hôpital de Maria ainsi qu'au personnel chargé de la surveillance de l'utilisateur.	R4 – Rencontre effectuée par le gestionnaire avec le personnel sous forme d'une formation/sensibilisation du guide de référence du CISSS de la Gaspésie sur les mesures de contentions. Puis, suite à une demande du Protecteur du citoyen, une formation formelle a été donnée par les professionnels habilités.
R5 – Effectuer un audit des dossiers dans lesquels des mesures de contrôle ont été appliquées à l'unité psychiatrique de l'Hôpital de Maria, validant notamment que les éléments suivants sont consignés aux dossiers : - que le comportement comportant un risque imminent d'infliger des lésions est détaillé; - que les mesures de remplacement ont été tentées; - que la fin et le maintien des mesures de contention et d'isolement soient indiqués; - que la grille de surveillance des soins lors de l'application d'une mesure de contrôle est adéquatement remplie.	R5 – Un audit a été effectué auprès de 10 dossiers aléatoires. Suite aux constats, les actions suivantes ont été effectuées : - Élaboration d'un guide clinique pour les intervenants. - Création d'une grille de suggestions de mesures alternatives aux mesures de contrôle à cocher. - Rédaction d'une grille de type audit pour les intervenants afin qu'ils puissent évaluer si leurs notes sont complètes. Cet audit est le même qui a été utilisé pour les audits servant à ces constats actuels ainsi que pour les audits de gestion futurs. - L'inscription d'une partie des notes dans le formulaire dédié aux mesures de contention habituellement utilisé pour les services privés.
R6 – Impliquer le comité d'éthique au dossier de l'utilisateur, notamment en ce qui a trait à la l'utilisation aux mesures de contrôle.	R6 – Une demande de consultation au comité éthique a été déposée et suit son cours en considérant que l'utilisateur n'est plus dans le même établissement. Lorsque le comité prendra connaissance du dossier et du nouveau plan d'intervention, elle pourra accompagner l'équipe dans son suivi auprès de l'utilisateur pour nous assurer les bonnes pratiques mises en place.
R7 – S'assurer d'obtenir les consentements substitués nécessaires quant aux soins et à l'hébergement offerts, incluant l'application des mesures de contrôle. Saisir le tribunal lors de refus de soins de la personne représentée ou de refus de soins catégorique de l'utilisateur.	R7 – Le consentement substitué du frère a été obtenu. L'évaluation de l'aptitude a été demandée. Toutefois, le PDC demande de prouver le mécanisme utilisé afin de respecter les normes en matière de consentement. Le dossier demeure donc actif.
R8 – Évaluer la nécessité d'effectuer les démarches en vue de l'ouverture d'un régime de protection à la personne et aux biens pour l'utilisateur.	R8 – Évaluation complétée, finalisée et déposée au Curateur public. Demande d'ouverture d'une tutelle au majeur aux biens et à la personne. Le frère de l'utilisateur est recommandé pour représenter le majeur.
R9 – Réviser et mettre à jour le plan d'intervention de l'utilisateur dans les plus brefs délais.	R9 – Usager revenu en Gaspésie le 23 octobre 2023, PI est à définir selon les recommandations de l'USMQ. Usager au Mgr-Ross de Gaspé avec une approche adaptée à l'utilisateur est considérée. Demande d'un report de 30 jours pour le PI.

Recommandation (PDC)	Description du suivi réalisé
	Bien que des démarches aient été implantées, il n'a pu être donné suite à la recommandation. Le PDC a octroyé un délai additionnel au 28 juillet 2024 pour finaliser le suivi.
R10 – Mettre en place les mesures nécessaires afin d'adopter une approche collaborative, proactive et centrée sur la prestation de services répondant aux besoins des usagers entre les directions des programmes, particulièrement les directions en santé mentale et dépendances et services psychosociaux généraux et celle en déficiences et réadaptation physique.	R10 – L'équipe SAPA est impliquée au dossier. Formation ITCA et une formation adaptée à l'usager ont été nécessaires pour le nouveau personnel qui s'occupera de l'usager. Environnement adapté à l'usager a été organisé par les équipes du CISSS. Un comité santé mentale et DIDPTSA est en cours de réalisation; le PDC souhaite obtenir un suivi de l'évolution de ce comité. Le dossier demeure actif.
R1 – Réévaluer la situation de l'usagère et de son proche aidant selon les critères d'octroi de la gratuité des AVD, tels que mentionnés dans les orientations en soutien à domicile : Actualisation de la politique de soutien à domicile « Chez soi : Le premier choix »;	R1 – Une intervenante du SAD a procédé à la réévaluation annuelle de l'usagère. Son profil est demeuré le même, soit un Iso-Smaf de 9.
R2 – Défrayer, le cas échéant, le coût des heures d'entretien ménager à la suite des résultats de la réévaluation.	R2 – Le CISSS assumera les coûts des services d'entretien ménager et d'approvisionnement, soit la partie non couverte par le PEFSAD.
R1 – Rappeler aux chefs de services l'importance de s'assurer que les intervenants sous leur supervision respectent les bonnes pratiques quant à la révision des plans d'interventions.	R1 – La DPJ et la Direction des Programmes jeunesse ont rencontré tous les chefs de programme pour faire un rappel sur ce sujet et une note de service a été diffusée à l'ensemble du personnel.
R2 – S'assurer que le prochain rapport qui sera produit pour ce dossier fasse non seulement état des défis de la mère, mais aussi de ses forces et de ses facteurs de protection.	R2 – Des démarches ont été effectuées afin de sensibiliser l'intervenante et sa gestionnaire à ce sujet.
R1 – S'assurer que les équipes de soins sont en mesure de transmettre aux proches l'information juste et précise lorsqu'une demande d'autopsie non médicalement requise est formulée, notamment au moyen d'une directive qui inclut les éléments suivants: - Les formulaires à compléter; - La trajectoire pour l'envoi de la demande; - La personne à joindre en cas de refus adressé à la famille; - L'organisation du transport en fonction de l'endroit où sera réalisée l'autopsie; - L'imputabilité des frais inhérents à l'autopsie; - L'imputabilité des frais inhérents au transport de la dépouille	R1 – L'échéance pour donner suite à la recommandation est établie au 15 juin 2024.
R1 – S'assurer que les résidents dont la condition de santé dépasse la capacité de réponse aux besoins de la Maison des aînés de Grande-Vallée en soient informés et qu'ils participent à la recherche de solution.	R1 – Suivi obtenu à la satisfaction du protecteur du citoyen.
R2 – Préciser la description des pratiques et comportements attendus qui figure à la section « Bientraitance » du Code d'éthique de la Maison des aînés de Grande-Vallée	R2 – Suivi obtenu à la satisfaction du protecteur du citoyen.

Recommandation (PDC)	Description du suivi réalisé
R3 – S'assurer que toutes les personnes qui œuvrent au sein de la Maison des aînés de Grande-Vallée ont pris connaissance du Code d'éthique révisé comme recommandé par le Protecteur du citoyen en R2 et qu'elles s'engagent à le respecter.	R3 – Suivi obtenu à la satisfaction du protecteur du citoyen.
R1 – Procéder dès maintenant à une réanalyse du dossier de l'employé, en suivant la procédure présentée dans le Guide à l'intention des personnes responsables de la vérification des antécédents judiciaires dans le cadre du processus de certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance, du ministère de la Santé et des Services sociaux.	R1 – Analyse du dossier de l'employé, par la conseillère cadre à la qualité des milieux de vie (RPA), selon la procédure du Guide à l'intention des personnes responsables de la vérification des antécédents judiciaires. (Grille d'analyse d'un candidat ayant des antécédents judiciaires transmis).
R2 – S'assurer que la décision prise au terme de l'analyse recommandée en R1 et l'encadrement des rôles, tâches et responsabilités de l'employé qui en découlent sont respectés en continu.	R2 – Une vérification aléatoire des fonctions, des tâches et des responsabilités de l'employé concerné sera effectuée auprès de la Résidence Manoir St-Charles par la conseillère cadre à la qualité des milieux de vie (RPA).
R3 – Regrouper dès maintenant les informations du guide d'accueil concernant l'accueil de visiteurs.	R3 – Échéance non atteinte pour la recommandation 3.
R4 – Distribuer aux résidents le guide d'accueil à la suite de sa mise à jour recommandée en R3.	R4 – Échéance non atteinte pour la recommandation 3.

Coroner

Conformément à son mandat, le comité de vigilance et de la qualité a assuré son rôle de vigie à l'égard des recommandations adressées à l'établissement. Au cours de l'année 2023-2024, aucune recommandation du coroner n'a été adressée à notre établissement.

Autres instances s'il y a lieu (ordres professionnels, enquêtes administratives, inspections, etc.)

Recommandations découlant des enquêtes administratives en RI-RTF adressées à l'établissement

- S'assurer que l'ensemble des critères généraux du ministre, et plus spécifiquement la vérification des antécédents judiciaires, soit conforme au statut de RTF sans limitation d'exercice au moment de la signature d'une entente spécifique comportant des places régulières et faire les vérifications nécessaires, afin d'en assurer le maintien, pour l'ensemble des ressources ayant une entente spécifique ou particulière avec l'établissement.
- Assurer l'exercice de son mandat d'assurance qualité quant aux services rendus aux usagers confiés à une ressource.
- Informer l'équipe clinique des spécificités de l'entente particulière et des dérogations accordées.
- Maintenir l'offre de formation sur le cadre de référence RI-RTF, l'instrument de classification et l'entente nationale à l'équipe clinique SAPA et à la ressource.
- Assurer un suivi auprès de la ressource pour la déclaration des AH-223.

Recommandations découlant des enquêtes administratives en RI-RTF adressées aux équipes cliniques concernées

- Améliorer ses connaissances du cadre de référence RI-RTF, de l'instrument de classification et de l'entente nationale par le biais de la formation offerte par la DQEPE.

- Participer à la formation offerte par la DQEPE en lien avec les rôles et responsabilités pour la qualité des services en RI-RTF et le contrôle de la qualité des services.
- Respecter l'entente particulière et les dérogations accordées à la ressource lors de l'activité de jumelage/pairage.
- Assurer un suivi des recommandations issues de l'analyse des AH-223 auprès de la ressource.
- Maintenir les rencontres de suivi clinique avec la ressource.
- Assurer, en continu, la formation au personnel de la RI (maintenir un registre de formation).
- Assurer le suivi et l'évaluation des usagers hébergés dans la ressource par une infirmière du SAD.

Les plans d'action sont en cours de réalisation et un suivi est assuré par le service des milieux de vie.

Recommandations découlant des visites d'évaluation ministérielles de la qualité des milieux de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

- CHSLD Malauze : huit (8) recommandations ont été adressées à la suite de la visite effectuée le 13 juin 2023.
- CHSLD de Cap-Chat : huit (8) recommandations ont été adressées à la suite de la visite effectuée le 14 juin 2023.
- CHSLD New Carlisle : sept (7) recommandations ont été adressées à la suite de la visite effectuée le 12 septembre 2023
- CHSLD de Maria : huit (8) recommandations ont été adressées à la suite de la visite effectuée le 13 septembre 2023.

En ce qui concerne les recommandations adressées, les rapports de visite et les plans d'amélioration sont disponibles sur le site Web du MSSS, via le lien suivant :

[Rapports de visites par région - Visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie - Santé et Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)

LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION SELON LA MISSION

Portrait des personnes mises sous garde dans les installations du CISSS de la Gaspésie du 1 ^{er} avril 2023 au 31 mars 2024					
	Mission CH	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission CR	Total Établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	160	Sans objet	Sans objet	Sans objet	160
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	26	Sans objet	Sans objet	Sans objet	26
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	23	Sans objet	Sans objet	Sans objet	23
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	24	Sans objet	Sans objet	Sans objet	24
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	23	Sans objet	Sans objet	Sans objet	23

() : nombre trop petit pour en permettre la publication.

L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

Le site Internet du CISSS de la Gaspésie permet d'accéder aux documents suivants liés au régime d'examen des plaintes :

- Le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services des dernières années;
- Un résumé des éléments clés du Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers;
- Les coordonnées :
 - de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
 - des comités des usagers de la région;
 - du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP-GÎM);
 - du Protecteur du citoyen.

L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

Voici les différents moyens utilisés au cours de l'année pour informer et consulter la population :

- Communications sur Facebook, Instagram et LinkedIn.
- Diffusion de communiqués de presse.
- Diffusion de l'information sur notre site Web.
- Nombreuses entrevues auprès des médias régionaux et nationaux.
- Rencontres régulières du PDG avec les élus municipaux.
- Achat de publicité dans différents médias : radio, télévision et hebdomadaires régionaux.
- Rencontre de plusieurs directeurs avec les comités d'usagers lors des Journées annuelles des usagers.
- Sondages en cours auprès de la population.
- Utilisation des périodes de questions du public lors des séances du C.A. pour discuter de divers enjeux avec des usagers et parties prenantes.

6

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

Au CISSS de la Gaspésie, l'offre de services en soins palliatifs et en soins de fin de vie est disponible dans l'ensemble des réseaux locaux de services (RLS). Ainsi, ces soins et services transversaux sont administrés à notre clientèle dans différents programmes services. En ce qui a trait aux soins de fin de vie, la déclaration de ceux-ci s'effectue via le portail SAFIR par les professionnels procédant à l'évaluation et la dispensation de ces soins. Le groupe interdisciplinaire en support (GIS) à l'aide médicale à mourir est accessible pour permettre aux professionnels ayant des questionnements et quant à l'actualisation des processus clinico-administratifs entourant ce soin de fin de vie. Il a également été mis à contribution afin de s'assurer de répondre aux impératifs de la loi dans l'implantation du formulaire associé à la perte d'incapacité en fin de vie lors d'une demande d'AMM.

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

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs (SAD – CHSLD et CH)	SPFV en SAD = 355 SPFV en CHSLD = 118 SPFV en CH = 333
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	18
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	60
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	60
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	0

7

Les ressources humaines



LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC ET PRIVÉ CONVENTIONNÉ

Données non disponibles pour l'année 2023-2024 (MSSS)

LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS POUR L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC

Données non disponibles pour l'année 2023-2024 (MSSS)

8

Les ressources financières

UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME (Non-auditées)						
Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	Écart *	%**
Programmes-services						
Santé physique	167,234,721 \$	32%	183,582,610 \$	34%	16,347,889 \$	10%
Santé publique	25,601,688 \$	5%	13,240,796 \$	2%	(12,360,892) \$	-48%
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	33,913,063 \$	7%	42,173,584 \$	8%	8,260,521 \$	24%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	95,558,356 \$	19%	101,297,091 \$	19%	5,738,735 \$	6%
Déficiences physiques	17,964,567 \$	3%	19,124,042 \$	4%	1,159,475 \$	6%
Déficiences intellectuelles et TSA	19,938,850 \$	4%	21,557,162 \$	4%	1,618,312 \$	8%
Jeunes en difficulté	35,261,612 \$	7%	39,314,172 \$	7%	4,052,560 \$	11%
Dépendances	5,706,610 \$	1%	5,265,358 \$	1%	(441,252) \$	-8%
Santé mentale	24,328,267 \$	5%	25,036,938 \$	5%	708,671 \$	3%
Programmes-soutien						
Administration	25,896,862 \$	5%	30,574,671 \$	6%	4,677,809 \$	18%
Soutien aux services	35,173,910 \$	7%	35,450,278 \$	7%	276,368 \$	1%
Gestion des bâtiments et des équipements	28,226,536 \$	5%	28,765,228 \$	5%	538,692 \$	2%
Total	514,805,042 \$	100%	545,381,930 \$	100%	30,576,888 \$	5%

* Écart entre les dépenses de l'année antérieure et celles de l'année financière terminée

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

* Le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel (AS-471) publié sur le site internet de l'établissement, pour plus d'information sur les ressources financières.

L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice et ne doit engager aucun déficit en fin d'exercice.

Pour le présent exercice, il a réalisé un déficit de 24 008 235 \$. Par conséquent, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

Le déficit de l'exercice s'explique par :

- Taux horaire de la main-d'œuvre indépendante (incluant les frais de déplacement et de subsistance);
- Financements non reconduits (déplafonnement en soutien à domicile, famille d'accueil de proximité et autres financements);
- Modèle de financement axé sur le patient non adapté aux établissements des régions éloignées.

LES CONTRATS DE SERVICES

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	15	616 113 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	141	17 305 665 \$
Totaux contrats de service	156	17 921 778 \$

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 commandites ou en participation

9

Les ressources informationnelles

La Direction des ressources informationnelles (DRI) assure la disponibilité et la saine utilisation des ressources informationnelles de l'établissement. Elle est responsable de l'administration, de la gestion des programmes et des ressources en lien avec le secteur des technologies de l'information. Elle assure la sécurité des systèmes, offre un soutien en matière de développement et un accompagnement aux utilisateurs.

L'écosystème technologique du CISSS de la Gaspésie soutien 5 105 utilisateurs répartis dans 51 installations, comprend plus de 10 500 appareils biomédicaux, 2 018 postes de travail, 1 385 portables, 1 165 appareils mobiles, 462 téléavertisseurs, 967 imprimantes et multifonctions, 51 stations de visioconférence, ainsi que plus de 2 000 logiciels et systèmes d'information.

Les investissements **2023-2024** en provenance du plan de modernisation technologique s'élèvent à **5 938 150 \$** en dépenses capitalisables et à **3 189 000\$** en dépenses non capitalisables.

Ce financement a été utilisé principalement pour résorber la désuétude de notre écosystème technologique. Il nous a permis entre autres de :

- renouveler une partie de notre parc informatique;
- solidifier nos liens de télécommunication;
- remplacer le système de sécurité du réseau;
- mettre en place les infrastructures nécessaires pour déployer le réseau sans fil dans l'ensemble de nos installations;
- déployer différentes solutions innovantes en soutien aux cliniques;
- mettre en place des requis en préparation pour les grands chantiers provinciaux, comme le dossier santé numérique (DSN), le système de l'imagerie (VIM-VNA), le système de laboratoire provincial (SILP) et le système des finances, approvisionnements et ressources humaines (SIFARH).

Enjeux

- Consolidation et intégration des infrastructures disparates héritées lors de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux.
- Désuétude importante des actifs informationnels qui doivent être rehaussés.
- Besoin primordial de la disponibilité et de la stabilité des services TI;
- Importance de la protection des renseignements personnels et de la cybersécurité.
 - La protection contre les cyberattaques devient un enjeu majeur compte tenu du contexte international agité. L'évolution rapide au niveau des stratégies mises de l'avant par les cybercriminels demande une vigilance accrue et nécessite une réactivité optimale. La désuétude représente sans doute un des enjeux les plus importants, puisque c'est justement en s'appuyant sur des failles ou vulnérabilités présentes dans les systèmes ou équipements désuets que sont réalisées les cyberattaques.
- Forte pression sur le personnel dans un contexte de rareté de main-d'œuvre et des demandes qui dépassent souvent la capacité de production des équipes TI.
- Défi de développement des compétences en TI et des équipes cliniques, alors que les technologies se développent à vitesse grande V.

Réalisations

- Implantation d'un logiciel régional en pharmacie :
 - Gestion centralisée des processus de travail pour la livraison des médicaments et plan de relève régional.
- Maison des aînés et alternative à Rivière-au-Renard :
 - Milieu de vie qui offre des soins et des services adaptés aux aînés et aux adultes vivant une situation de handicap. Environnement sans papier, à la fine pointe de la technologie, avec des outils connectés.
- Objets connectés aux soins à domicile – surveillance au niveau de l'insuffisance cardiaque :
 - Grâce à la technologie, le citoyen est connecté à différents services comme le pilulier intelligent, la montre intelligente et la balance intelligente.
- Rehaussement du système d'information en radiologie Radimage :
 - Prérequis à la consolidation des quatre bases de données.
- Déploiement d'un logiciel de sondage auprès des usagers (Lime Santé) :
 - Après un service reçu, chaque usager reçoit une communication l'invitant à répondre à un sondage afin d'avoir un portrait national et en continu de la satisfaction et de l'expérience des usagers.
- Résultats de laboratoire intégrés dans la messagerie des médecins dans le dossier patient numérique :
 - Permet aux médecins d'avoir un suivi en temps réel des résultats de laboratoire et de pouvoir intervenir rapidement auprès des usagers.
- Intégration des échos cardiaques dans le système de gestion électronique des images médicales :
 - Élimine les déplacements des usagers vers des centres spécialisés hors de la région.
- Résorption de la désuétude :
 - Remplacement des pare-feu, commutateurs et équipements de télécommunications.
 - Mise aux normes des salles informatiques.
 - Augmentation de la couverture sans fil dans l'ensemble des RLS et des points de services.
 - Poursuite de la résorption de désuétude du parc informatique.
 - Remplacement des équipements de numérisation.
 - Mise en place de la gestion des appareils mobiles via Intune.
 - Mise en place d'une salle de téléenseignement en Haute-Gaspésie.
 - Optimisation de salles Teams.
 - Mise en place des équipements informatiques dans les nouveaux sites.
- Cybersécurité :
 - Poursuite des travaux pour se conformer aux mesures de cybersécurité du MCN.
 - Mise en place de l'offre de service du département de la cybersécurité, qui se compose de quatre volets :
 1. Gouvernance;
 2. Accompagnement des équipes projet afin de respecter le cadre de conformité;
 3. Mise en place des activités en mode continuité;
 4. Surveillance en mode réactif.

En cours de réalisation

Plusieurs projets sont présentement en cours de réalisation et auront des impacts significatifs pour les usagers et le personnel de notre établissement. Nous pensons aux projets suivants :

- Consolidation du système d'imagerie.
- Consolidation des systèmes de dictée numérique.
- Implantation d'un système d'information pour le centre d'investigation en oncologie (CIO).
- Implantation du dossier patient numérique (DPN).
- Téléphonie régionale moderne.
- Résorption de la désuétude.

10

La divulgation des actes répréhensibles

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

Mise à jour de la Politique sur la divulgation des actes répréhensibles en date du 25 février 2024.

Il n'y a eu aucun acte répréhensible divulgué dans notre établissement porté à notre connaissance.

Les organismes communautaires

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

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES				
Mission globale 02-13-02-01				
Programme	Nom de l'organisme	Numéro de l'organisme	Allocation budgétaire 2022-2023	Allocation budgétaire 2023-2024
Dépendances (CA)	Carrefour Unité inc.	0298-4318	156 620 \$	188 862 \$
	Mi-Chemin de Gaspé inc.	0403-6620	107 341 \$	216 207 \$
Dépendances (CP)	Centre Accalmie inc.	0423-7152	175 509 \$	183 498 \$
	La Maison à Damas	0473-9777	162 595 \$	168 611 \$
	Accueil Blanche Goulet de Gaspé inc.	0539-6742	159 368 \$	166 262 \$
	Centre Émilie Gamelin	0540-8448	140 579 \$	147 275 \$
	Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts inc.	0569-4310	76 727 \$	79 566 \$
		TOTAL	978 739 \$	1 150 281 \$
Santé publique (HB)	Groupe d'entraide Allaitement Sein-Pathique	0652-2122	94 639 \$	116 071 \$
	Lactescense Pabos	0685-5951	30 770 \$	31 908 \$
	Regroupement d'entraide à l'allaitement maternel Supportons-lait	0717-0640	88 216 \$	110 365 \$
		TOTAL	254 194 \$	258 344 \$
Santé publique (HL)	Partageance	0564-7607	129 159 \$	155 029 \$
	Carrefour-Ressources	0486-7925	199 449 \$	209 818 \$
	Source alimentaire Bonavignon	0571-3979	180 348 \$	196 783 \$
	CAB Ascension-Escuminac	0299-4580	48 382 \$	51 167 \$
	Produire la santé ensemble	0733-6886	130 687 \$	180 205 \$
	Collectif Aliment-Terre	0693-6199	162 633 \$	190 869 \$
	Cuisines collectives Îles-de-la-Madeleine	0730-2896	169 865 \$	203 030 \$
	CAB La Grande Corvée	0318-3365	44 772 \$	47 424 \$

	Table de concertation en sécurité alimentaire Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine	0730-2912	41 221 \$	45 735 \$
	Entraide communautaire des Îles	0632-7498	98 919 \$	117 499 \$
	Accueil Blanche Goulet de Gaspé inc.	0539-6742	40 664 \$	43 164 \$
		TOTAL	1 246 099 \$	1 440 723 \$
Déficiences intellectuelle (AD)	La Maison Maguire pour personnes handicapées	0474-1237	274 171 \$	308 470 \$
	Association des personnes handicapées du secteur l'Estran inc.	0293-7530	55 641 \$	63 184 \$
	Association de défense des droits des personnes handicapées de Gaspé inc.	0343-6896	63 561 \$	68 609 \$
	Association des handicapés Val-Rosiers	0299-4598	45 590 \$	47 277 \$
	Centre pour handicapés La Joie de Vivre de Chandler inc.	0316-5313	144 964 \$	156 026 \$
	Association La Croisée	0658-0179	131 911 \$	145 421 \$
	APHAC (Association des personnes handicapées Action Chaleurs)	0636-0853	139 051 \$	151 269 \$
	Association des personnes handicapées des Îles	0628-1455	265 820 \$	319 769 \$
	Autisme de l'Est du Québec	0659-3818	125 654 \$	142 280 \$
		TOTAL	1 246 363 \$	1 402 485 \$
Déficiences Physique (BC)	La Maison Maguire pour personnes handicapées inc.	0474-1237	83 557 \$	110 804 \$
	Association des personnes handicapées du secteur l'Estran inc.	0293-7530	17 448 \$	23 578 \$
	Association de défense des droits des personnes handicapées de Gaspé inc.	0343-6896	17 457 \$	20 799 \$
	Association des handicapés Val-Rosiers inc.	0299-4598	8 502 \$	8 817 \$
	Centre pour handicapés La Joie de Vivre de Chandler inc.	0316-5313	32 548 \$	39 630 \$
	AHMI Association pour personnes handicapées de Murdochville inc.	0400-8678	22 472 \$	23 303 \$
	Association La Croisée	0658-0179	37 776 \$	47 803 \$
	APHAC (Association des personnes handicapées Action Chaleurs)	0636-0853	35 063 \$	43 433 \$
	Association des personnes handicapées des Îles	0628-1455	74 450 \$	121 319 \$
	Troubles du Langage de l'Est	0530-7590	83 923 \$	105 221 \$
	Association des personnes handicapées visuelles-GIM	0575-7083	153 278 \$	161 938 \$

	Association des TCC et ACV de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine	0608-6268	229 609 \$	253 538 \$
		TOTAL	796 083 \$	960 183 \$
Services généraux (IH)	Centre de bénévolat Saint-Alphonse-Nouvelle Inc.	0299-4515	43 818 \$	46 934 \$
	CAB Les Hauts-Bois inc.	0357-7152	75 544 \$	79 834 \$
	CAB des Chic-Chocs inc.	0363-0399	54 389 \$	57 896 \$
	CAB Gascons-Percé inc.	0389-3013	64 977 \$	68 876 \$
	CAB Saint-Siméon-Port-Daniel	0403-8386	48 440 \$	51 727 \$
	CAB La Grande Corvée	0318-3365	51 800 \$	54 713 \$
	CAB Le Hauban inc.	0423-9802	34 039 \$	36 793 \$
	CAB Ascension-Escuminac	0299-4580	83 095 \$	87 166 \$
	CAB des Îles-de-la-Madeleine	0466-8125	44 075 \$	47 201 \$
Services généraux (II)	LGBT Baie-des-Chaleurs	0732-2910	127 461 \$	185 808 \$
Services généraux (IQ)	Regroupement des organismes communautaires GIM	0577-4542	204 157 \$	214 700 \$
Services généraux (IS)	Maison Blanche Morin	0378-3560	1 046 239 \$	1 091 926 \$
	Le Centre Louise-Amélie inc.	0411-9020	1 158 642 \$	1 214 358 \$
	Maison d'aide et d'hébergement L'Aid'Elle inc.	0445-0664	1 113 892 \$	1 165 889 \$
	La Maison d'aide et d'hébergement L'Accalmie	0473-8894	1 001 335 \$	1 041 854 \$
	Maison d'aide et d'hébergement L'Émergence inc.	0505-4796	1 102 825 \$	1 152 279 \$
Services généraux (IX)	Convergence	0731-9569	548 205 \$	568 489 \$
	Homme et gars	0732-0419	324 003 \$	338 980 \$
Services généraux (IV)	CALACS L'Espoir des Îles	0671-0289	284 336 \$	427 771 \$
	CALACS La Bôme-Gaspésie	0579-4417	537 396 \$	591 032 \$
Services généraux (IT)	Regroupement des femmes de Gaspé Inc.	0298-4425	237 033 \$	248 792 \$
	Regroupement des femmes La Sentin'Elle inc.	0336-1433	248 616 \$	260 804 \$
	Centr'Elles - Comité d'action des femmes d'Avignon inc.	0463-1644	237 148 \$	248 911 \$
	Femmes en mouvement inc.	0445-2694	237 260 \$	249 028 \$
	Femmes Entr'Elles	0619-0631	237 026 \$	248 785 \$
		TOTAL	9 145 751 \$	9 780 546 \$
Perte d'autonomie liée au vieillissement (EJ)	Société Alzheimer GIM	0649-0759	291 522 \$	305 297 \$
Perte d'autonomie liée au vieillissement (ER)	Centre d'action bénévole Saint-Alphonse-Nouvelle inc.	0299-4515	200 802 \$	258 215 \$
	Centre d'action bénévole Les Hauts-Bois inc.	0357-7152	60 370 \$	78 453 \$

	Centre d'action bénévole des Chic-Chocs inc.	0363-0399	173 622 \$	199 245 \$
	Centre d'action bénévole Gascons-Percé inc.	0389-3013	197 934 \$	234 355 \$
	Centre d'action bénévole Saint-Siméon-Port-Daniel	0403-8386	188 843 \$	235 767 \$
	Centre d'action bénévole La Grande Corvée	0318-3365	64 068 \$	81 698 \$
	Centre d'action bénévole Le Hauban inc.	0423-9802	202 562 \$	249 610 \$
	Centre d'action bénévole Ascension-Escuminac	0299-4580	103 228 \$	144 984 \$
	Centre d'action bénévole des Îles-de-la-Madeleine	0466-8125	164 408 \$	187 398 \$
		TOTAL	1 647 359 \$	1 975 022 \$
Santé physique (GK)	Épilepsie Gaspésie-Sud	0448-5371	114 223 \$	122 758 \$
	Groupe d'entraide Fibromyalgie et douleurs chroniques	0733-6878	96 932 \$	122 533 \$
	Organisme gaspésien des personnes atteintes de cancer	0476-8651	207 464 \$	250 545 \$
		TOTAL	418 619 \$	495 836 \$
Jeunes en difficulté (D1)	Maison des jeunes de Gaspé	0363-7139	132 908 \$	151 261 \$
	Maison des jeunes des Îles-de-la-Madeleine	0363-7147	141 220 \$	161 307 \$
	Maison des jeunes de Saint-Alphonse Inc.	0367-7747	132 908 \$	151 261 \$
	Maison des jeunes de Sainte-Anne-des-Monts	0339-2461	132 908 \$	151 261 \$
	Maison des jeunes de Chandler	0352-7082	132 908 \$	151 261 \$
	Maison des jeunes Le Trèfle	0385-8818	132 908 \$	151 261 \$
	Maison des jeunes de New-Richmond	0385-8800	132 908 \$	151 261 \$
	Maison des jeunes de Grande-Rivière	0389-7329	132 908 \$	151 261 \$
	Maison des jeunes de Rivière-au-Renard	0402-5912	132 908 \$	151 261 \$
	Maison des jeunes de Saint-François-d'Assise	0423-7293	129 462 \$	150 110 \$
	Maison des jeunes de Bonaventure	0564-7573	118 283 \$	146 378 \$
	Maison des jeunes de l'Île-du-Havre-Aubert	0564-7565	128 445 \$	157 042 \$
	Maison des jeunes de l'Est des Îles	0564-7581	118 408 \$	147 328 \$
	Maison des jeunes de Caplan	0608-4602	125 394 \$	148 752 \$
	Maison des jeunes de Pointe-à-la-Croix	0654-2146	121 285 \$	147 380 \$
	L'Oasis-jeunesse de l'Estran	0570-0307	121 285 \$	147 380 \$

	L'Entre-Temps - Maison des jeunes de Cap-Chat inc.	0608-4628	121 285 \$	147 380 \$
	Maison des jeunes de Gascons inc.	0648-7573	121 278 \$	147 378 \$
	Maison des jeunes de Murdochville inc.	0652-5836	97 518 \$	139 446 \$
	Maison des jeunes de Saint-Elzéar	0637-8038	121 270 \$	147 375 \$
	Maison des jeunes de Carleton	0636-0770	121 270 \$	147 375 \$
	Maison des jeunes du Grand Paspébiac	0636-0796	105 960 \$	142 265 \$
		TOTAL	2 755 627 \$	3 286 984 \$
Jeunes en difficulté (D2)	Enfantaisie	0653-7807	148 558 \$	186 172 \$
	Espace Gaspésie	0639-0090	458 313 \$	478 260 \$
		TOTAL	606 871 \$	664 432 \$
Santé mentale (FG)	Association d'entraide pour la santé mentale en Gaspésie	0425-3928	202 907 \$	213 404 \$
	Nouveau Regard, Association de parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale de la Gaspésie	0571-2328	301 513 \$	315 658 \$
	Centre de ressourcement, de réinsertion et d'intervention (CRR)	0571-2310	196 688 \$	206 954 \$
	Centre communautaire l'Éclaircie des Îles	0571-2302	257 589 \$	270 109 \$
	Droits et recours en santé mentale Gaspésie/Les Îles	0571-2211	277 481 \$	287 748 \$
	Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts	0569-4310	499 462 \$	517 942 \$
	Centre Émilie-Gamelin	0540-8448	500 011 \$	520 005 \$
	Centre Accalmie inc.	0423-7152	460 595 \$	479 131 \$
	Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale	0617-1409	55 894 \$	60 951 \$
	La Maison à Damas	0473-9777	331 146 \$	343 398 \$
	Accueil Blanche Goulet de Gaspé	0539-6742	381 926 \$	397 052 \$
		TOTAL	3 465 212 \$	3 612 352 \$
TOTAL MISSION GLOBALE			22 560 917 \$	25 027 188 \$

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

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES			
Ententes spécifiques 02-13-02-02			
PROGRAMME	Nom de l'organisme	Subvention 2022-2023	Subvention 2023-2024
Santé publique (HB)	Maison de la famille Parenfant Gaspé	15 189 \$	15 751 \$
	Halte-parents de la Vallée	15 189 \$	15 751 \$
	Maison de la famille - MRC Bonaventure inc.	5 926 \$	6 145 \$
	Carrefour Ressources	5 926 \$	6 145 \$
	Organisme communautaire famille l'Embellie	5 926 \$	6 145 \$
	La maison de la famille Contre vents et marées	5 926 \$	6 145 \$
	Family Ties Carrefour famille New Carlisle	32 161 \$	33 351 \$
Santé publique (HL)	La Maison de la famille Contre vents et marées	43 182 \$	44 780 \$
	Family Ties Carrefour famille New Carlisle	29 258 \$	30 341 \$
Déficiences physiques (BC)	Ressource d'aide aux personnes handicapées	16 862 \$	17 486 \$
Jeunes en difficulté (DZ)	Justice alternative Gaspésie Sud/Equijustice Gaspésie	155 378 \$	161 127 \$
	Organisme de justice alternative jeunesse Gaspésie-Nord	169 011 \$	175 264 \$
Personnes proches aidantes (DZ)	Organisme gaspésien pour les personnes atteintes de cancer (OGPAC)		18 274 \$
	Groupe d'entraide Fibromyalgie et douleurs chroniques		6 853 \$
PPA (HL)	Maison de la famille – MRC Bonaventure inc.		5 441 \$
PPA (BC)	Association de défense des personnes handicapées de Gaspé inc.		11 993 \$
	Association des TCC et ACV de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine		6 853 \$
PPA (AD)	Association des personnes handicapées du secteur l'Estran inc.		11 993 \$
PPA (EJ)	Association des personnes handicapées des Îles		6 854 \$
PPA (AE)	CAB des Îles-de-la-Madeleine		2 588 \$
PPA (FG)	Centre communautaire l'Éclaircie des Îles		6 854 \$
Service généraux (IH) Transport accompagnement 64 ans et moins	CAB Ascension-Escuminac	10 995 \$	18 707 \$
	CAB Saint-Alphonse - Nouvelle	32 515 \$	38 589 \$
	CAB St-Siméon-Port-Daniel	18 565 \$	20 475 \$
	CAB La Grande Corvée	7 736 \$	6 021 \$
	CAB des Chic-Chocs inc.	20 065 \$	19 743 \$

Santé mentale (FG)	Centre de ressourcement, de réinsertion et d'intervention (CRR)	22 764 \$	11 382 \$
	Centre Émilie Gamelin	44 260 \$	45 898 \$
Santé physique (GK)	OGPAC	31 259 \$	15 630 \$
TOTAL ENTENTES SPÉCIFIQUES		705 594 \$	772 576 \$

Annexe – Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

**CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
DU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D'ADMINISTRATION
EN VERTU DE LA
LOI SUR LE MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF
(chapitre M-30)**

TABLE DES MATIÈRES

Engagements annuels	49
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
1. Objectifs généraux.....	4
2. Fondement légal	4
3. Définitions	4
4. Champ d'application	5
5. Disposition finale.....	5
6. Diffusion	6
Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE	7
7. Principes d'éthique	7
8. Règles de déontologie	7
Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS	10
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
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.	10
11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et aux décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts : 10	
12. Le membre doit déposer et déclarer, par écrit, au conseil d'administration, les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire Déclaration des intérêts du membre de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.	10
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.	10

14.	Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réels, potentiels ou apparents à l'égard d'une question soumise, lors d'une séance, doit, sur-le-champ, déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.	10
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.	10
Section 4 – APPLICATION		11
16.	Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	11
17.	Comité de gouvernance et d'éthique.....	11
18.	Comité d'examen ad hoc	11
19.	Processus disciplinaire	12
20.	Notion d'indépendance	13
21.	Obligations en fin du mandat	13
Annexe I – Engagement et affirmation du membre		15
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance		16
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre		17
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général		18
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts		19
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts		20
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen		21

PRÉAMBULE

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

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

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

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

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

6. Diffusion

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discretion et confidentialité

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 4 – APPLICATION

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

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du _____, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le _____.

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

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

En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ et je m'engage à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

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

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ à m'y conformer.

Signature _____

Date [aaaa-mm-jj] _____

Lieu _____

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, président-directeur général et membre d'office du _____, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

« 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 administrateurs du _____ à m'y conformer.

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné, _____ <i>[prénom et nom en lettres moulées]</i> , membre du conseil d'administration du _____ déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :		
Signature _____	Date <i>[aaaa-mm-jj]</i> _____	Lieu _____

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

Québec 