

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2019-2020

**CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE
L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE**



Adopté par le conseil d'administration le 24 septembre 2020

Ce document a été réalisé par :

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

1, 9^e Rue

Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

Téléphone : 819 764-3264

Télécopieur : 819 764-2948

Site Internet : <http://www.cisss-at.gouv.qc.ca>

Production

Bureau du président-directeur général (PDG)

Sous la coordination de Karine Godin, agente de planification, de programmation

et de recherche, en collaboration avec le personnel de toutes les directions

Révision des textes

Nathalie Bernier, consultante

Nancy Dubé, agente administrative – Services des communications internes et Bureau du PDG

Conception graphique

Pascale Guérin, technicienne en communication

ISBN : 978-2-550-87598-7 Imprimé

ISBN : 978-2-550-87597-0 PDF

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2020

Note : Dans ce document, le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Ce document est également disponible en médias substitués, sur demande.

TABLE DES MATIÈRES

1	Message des autorités	8
2	Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents	10
3	Présentation de l'établissement	12
	Mission, vision, valeurs	12
	Organigramme	13
	Conseil d'administration	14
	Les comités, les conseils et les instances consultatives	16
	Faits saillants	20
4	Résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	24
5	Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	58
	Agrément	58
	Sécurité et qualité des soins et des services	59
	Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par l'établissement	73
	Examen des plaintes et promotion des droits	74
	Information et consultation de la population	74
6	Application de la politique portant sur les soins de fin de vie	76
7	Ressources humaines	78
	Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs	78
8	Ressources financières	82
	Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	82
	L'équilibre budgétaire	82
	Les contrats de service	83
9	État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	86
10	Divulcation des actes répréhensibles	90
11	Organismes communautaires	92
	ANNEXE	100

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AAPA	Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	CUSM	Centre universitaire de santé McGill
AEC	Attestation d'études collégiales	DI	Déficiência intellectuelle
APPR	Agent de planification, de programmation et de recherche	DP	Déficiência physique
APTS	Alliance du personnel professionnel et technique de la santé	DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
A-O	Abitibi-Ouest	DPSAPA	Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées
AQEPa	Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs	DPSMD	Direction des programmes Santé mentale et Dépendance
ARH	Agent de relations humaines	DQÉPÉ	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique
ASSS	Auxiliaire aux services de santé et sociaux	DRHAJ	Direction des ressources humaines et des affaires juridiques
AT	Abitibi-Témiscamingue	DRMG	Département régional de médecine générale
AVC	Accident vasculaire cérébral	DSI	Direction des soins infirmiers
CA	Conseil d'administration	DSM	Direction des services multidisciplinaires
CALAC	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	DSPEU	Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire
CAR	Conférence administrative régionale	DSPu	Direction de santé publique
CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers	DSTL	Direction des services techniques et logistique
CECM	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire	EÉSAD	Entreprise d'économie sociale en aide à domicile
CEPI	Candidat à l'exercice de la profession d'infirmière	EGI	Entente de gestion et d'imputabilité
CES	Chèque emploi-service	ETC	Équivalent temps complet
CH	Centre hospitalier	ÉVAQ	Évacuations aéromédicales du Québec
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	FIQ	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	GASMA	Guichet d'accès en santé mentale adulte
CII	Conseil des infirmières et infirmiers	GMF	Groupe de médecine de famille
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux	GRSC	Gestion des risques en sécurité civile
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	ICI	Intervention comportementale intensive
CLSC	Centre local de services communautaires	IAMEST	Infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST
CM	Conseil multidisciplinaire	INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	IRM	Imagerie par résonance magnétique
CPAT	Conférence des préfets de l'Abitibi-Témiscamingue	ISO-SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
CRDI	Centre de réadaptation en déficiência intellectuelle	ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
CRDP	Centre de réadaptation en déficiência physique	IVT	Indice de vétusté physique
CRDS	Centre de répartition des demandes de services	LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales
CRDS-I	Centre de répartition des demandes de services – imagerie médicale	LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
CROC-AT	Concertation régionale des organismes communautaires de l'Abitibi-Témiscamingue	MEES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques	MFTA	Milieu de formation et de travail adapté
CS-PCIN	Comité stratégique en prévention et contrôle des infections	MOI	Main-d'œuvre indépendante
CUCI	Comité des usagers du centre intégré	MRC	Municipalité régionale de comté

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

MSP	Ministère de la Sécurité publique	SI-PMI	Système d'information pour la protection en maladies infectieuses
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance
NSA	Niveau de soins alternatifs	SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
OCCI	Outil de cheminement clinique informatisé	SIV	Soutien d'intensité variable
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle	SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
OIIAQ	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec	SQI	Société québécoise des infrastructures
OPPQ	Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec	SSG	Services sociaux généraux
ORDET	Organisme régional de développement Éduco-Témis	SST	Santé et sécurité au travail
P	Période	TC	Trouble du comportement
PAB	Préposé aux bénéficiaires	TCROCASMAT	Table de concertation régionale des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue
PCA	Plan de continuité des activités	TEP	Tomographie par émission de positrons
PCFI	Plan de conservation et fonctionnalité immobilière	TGC	Trouble grave du comportement
PCI	Prévention et contrôle des infections	TS	Travailleur social
PDG	Président-directeur général	TSA	Trouble du spectre de l'autisme
PDSB	Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires	UISM	Unité interne de santé mentale
PHAR	Personnes handicapées Amos région	VAC	Traitement des plaies par pression négative
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires		
PTAAC	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité		
RAIDDAT	Ressource d'aide et d'information en défense des droits en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue		
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec		
RPA	Résidence pour personnes âgées		
RDM	Résorption du déficit de maintien		
RI	Ressource intermédiaire		
RI-RTF	Ressource intermédiaire – ressource de type familial		
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec		
RLS	Réseau local de services		
RRSS	Répertoire des ressources en santé et services sociaux		
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées		
RSQ	Recrutement santé Québec		
RTS	Réseau territorial de services		
SAD	Soutien à domicile		
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées		
SATAS	Service d'aide et de traitement en apprentissage social		
SCFP	Syndicat canadien de la fonction publique		
SCT	Secrétariat du Conseil du trésor		
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention		

Message
des autorités



01. MESSAGE DES AUTORITÉS

C'est avec plaisir que nous vous présentons le Rapport annuel de gestion 2019-2020 du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue. Ce rapport illustre les éléments marquants du travail et des efforts déployés au cours de la dernière année par les quelque 6 000 employés et gestionnaires ainsi que les 600 médecins de notre établissement. Les grands dossiers et les activités marquantes y sont présentés. Dans le cadre de notre exercice de rapport annuel de gestion, nous rendons compte à la population du bilan de l'établissement dans les différents programmes et services. Les résultats présentés nous invitent à maintenir nos bonnes pratiques ou à procéder à des changements dans nos actions.

Le dernier exercice s'est terminé avec l'arrivée de la COVID-19 qui est venue bouleverser le quotidien de nos équipes qui ont dû travailler à pied d'œuvre afin de continuer à offrir des services de qualité à la population de l'Abitibi-Témiscamingue. Cette crise sans précédent est venue mettre en lumière le courage et le dévouement des hommes et des femmes œuvrant au sein de l'organisation. Cet événement aura sans contredit renforcé les liens entre les membres de l'organisation, mais également avec la communauté, les élus et les partenaires. Nous pouvons tous nous féliciter du travail accompli et dire sans hésitation que les Témiscabitiens sont forts et engagés.

Merci à l'ensemble des membres du personnel, aux médecins et aux bénévoles pour ces efforts colossaux.



Claude N. Morin,
président



Caroline Roy,
présidente-directrice générale

Déclaration
de fiabilité
des données
et de contrôles
afférents



O2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DE CONTRÔLES AFFÉRENTS

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

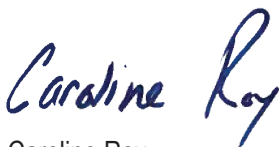
Tout au long de l'exercice, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus de manière à assurer la réalisation des objectifs à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2019-2020 du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue :

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

Je déclare donc, qu'à ma connaissance, les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2020.

La présidente-directrice générale,

A handwritten signature in blue ink that reads "Caroline Roy". The signature is fluid and cursive, with the first name and last name clearly distinguishable.

Caroline Roy

Présentation de l'établissement



O3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Mission

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a institué, dans chaque région qu'il a délimitée, un CISSS (article 4 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, c. 0-7.2) (LMRSSS).

La mission du CISSS ainsi que ses responsabilités envers la population qu'il dessert, telles que définies par le MSSS, est de :

- Maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique de l'Abitibi-Témiscamingue.

Plus particulièrement, le CISSS doit :

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

Vision

Unir nos forces vers l'excellence pour le bien-être des gens d'ici.

Valeurs

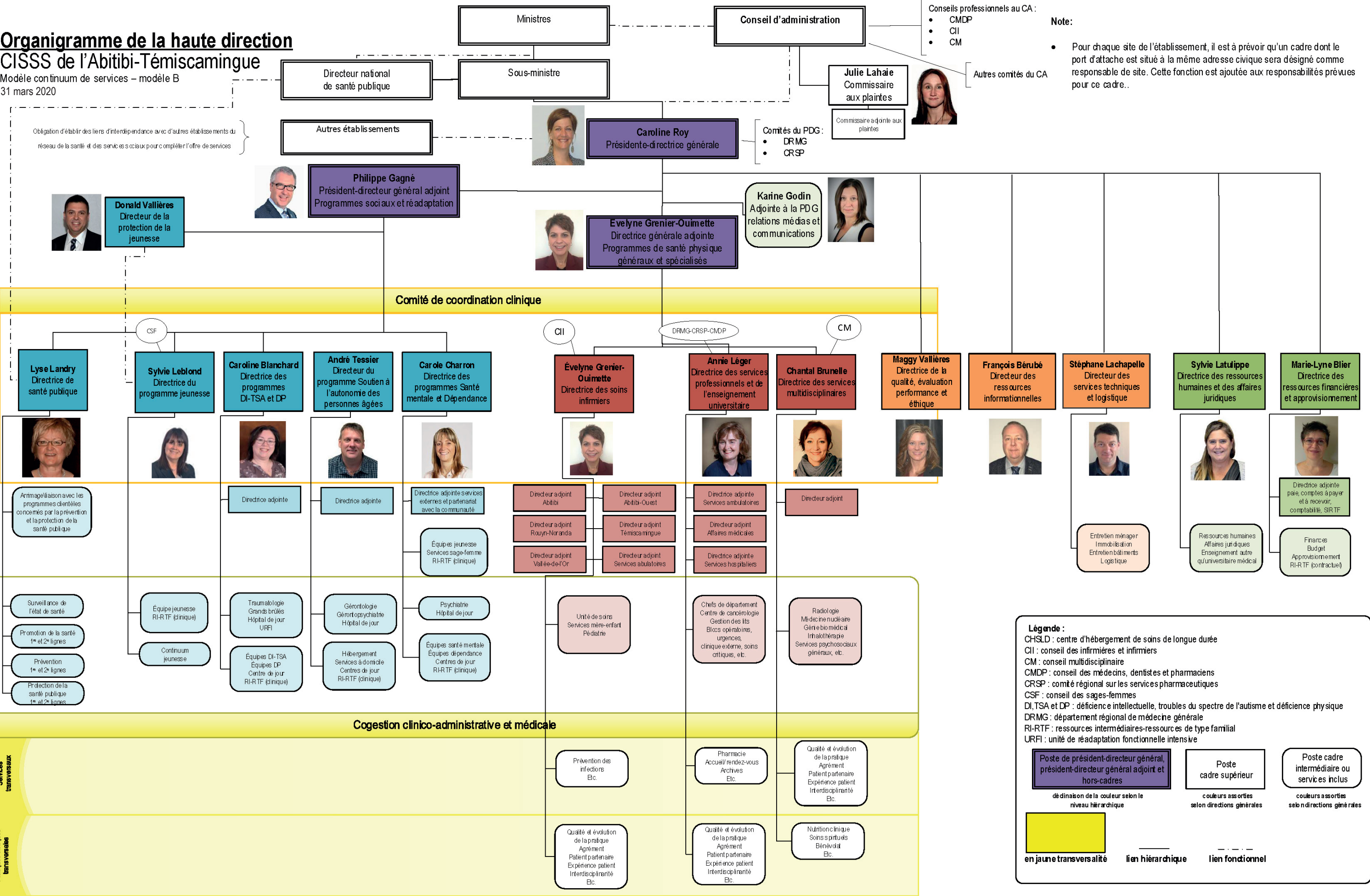
Humanisme : Désigne tout mouvement de pensée qui place l'être humain au centre de tout en ayant pour objectif son respect, son épanouissement et son bien-être.

Engagement : Attitude invitant à s'impliquer et participer pour mettre sa pensée, ses compétences et sa motivation au bénéfice du rayonnement d'une cause, d'une organisation.

Collaboration : S'engager à travailler ensemble dans un objectif commun et de coopérer avec nos collègues, nos partenaires, les usagers, les familles et les proches.

Transparence : Communication claire et honnête de l'information reflétant la réalité et favorisant un climat de confiance et d'intégrité.

Organigramme de la haute direction
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue
Modèle continuum de services – modèle B
31 mars 2020



03. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Conseil d'administration



Claude N. Morin, président
Membre indépendant –
compétences en gouvernance et
éthique



Daniel Marcotte, vice-président
Membre indépendant –
compétences en ressources
immobilières informationnelles ou
humaines



Caroline Roy
Présidente-directrice générale



Alexandra Barette-Neveu
Membre désignée – Conseil
multidisciplinaire



Daniel Lampron
Membre indépendant – expertise
en réadaptation



David McLaren
Membre indépendant – expertise
en santé mentale



Sylvette Gilbert
Membre désigné représentant les
fondations



Jean-Yves Poitras
Membre indépendant –
expérience vécue à titre d'utilisateur
des services sociaux



Madeleine Paquin
Membre indépendant –
compétences en gestion des
risques, finance et comptabilité

O3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Conseil d'administration



Julie-Mélissa Picard

Membre désignée – Conseil des infirmières et infirmiers (CII)



Catherine Sirois

Membre indépendant – expertise dans les organismes communautaires



Katia Quinchon

Milieu de l'enseignement



Monic Ferron

Comité des usagers



Dr Stéphane Terrault

Département régional de médecine générale



Richard Vallée

Membre indépendant – expertise en protection de la jeunesse



Vacant

Comité régional sur les services pharmaceutiques



Vacant

Membre observateur –
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens



Vacant

Compétences en vérification, performance ou gestion de la qualité

*Départ en cours d'année

O3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Comité de gestion des risques et de la qualité

- | | |
|----------------------------------|---|
| ▶ Mme Chantal Brunelle | ▶ Mme Marie-Josée Rancourt |
| ▶ Mme Annette Desjardins | ▶ Mme Caroline Roy* |
| ▶ Mme Isabelle Galarneau | ▶ Mme Judith Laberge |
| ▶ M. Hans Carignan* | ▶ Mme Maggy Vallières, personne-ressource |
| ▶ M. Sébastien Grégoire-Lévesque | ▶ Mme Pascale Huard |
| ▶ Mme Évelyne Grenier-Ouimette | ▶ Mme Ginette Muir Bolduc |
| ▶ M. Philippe Gagnée | ▶ Mme Marie-Josée Racicot* |
| ▶ Dre Annie Léger | ▶ Mme Yamama Tamim, CUSM |
| ▶ Dre Clara Popa | ▶ M. Patrick Thiffault |

Comité de vigilance et de la qualité

- | | |
|---|---|
| ▶ M. Yves Desjardins, PDG* | ▶ Mme Catherine Sirois, administratrice |
| ▶ Mme Caroline Roy, PDG | ▶ M. Richard Vallée, administrateur |
| ▶ Mme Monic Ferron, administratrice | ▶ Mme Maggy Vallières, personne-ressource |
| ▶ Mme Dominique Brisson, commissaire intérimaire aux plaintes et à la qualité des services* | ▶ Mme Julie Lahaie, commissaire aux plaintes et à la qualité des services |

Comité ressources humaines

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ▶ M. Yves Desjardins, PDG* | ▶ Mme Sylvette Gilbert, administratrice |
| ▶ Mme Caroline Roy, PDG | ▶ Mme Sylvie Latulippe, personne-ressource |
| ▶ M. Claude N. Morin, administrateur | |
| ▶ Mme Katia Quinchon, administratrice | |

Comité de vérification

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ▶ M. Yves Desjardins, PDG* | ▶ M. David McLaren, administrateur |
| ▶ Mme Caroline Roy, PDG | ▶ M. Claude N. Morin, administrateur |
| ▶ M. Daniel Lampron, administrateur | ▶ Mme Madeleine Paquin, administratrice |
| ▶ M. Daniel Marcotte, administrateur | ▶ Mme Marie-Lyne Blier, personne-ressource |

03. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Comité de gouvernance et d'éthique

- ▶ M. Yves Desjardins, PDG*
- ▶ Caroline Roy, PDG
- ▶ M. Daniel Marcotte, administrateur
- ▶ Mme Madeleine Paquin, administratrice*
- ▶ Mme Julie-Mélissa Picard, administratrice
- ▶ M. Claude N. Morin, administrateur
- ▶ Mme Alexandra Barrette-Neveu, administratrice
- ▶ Jean-Yves Poitras, administrateur

Comité des immobilisations

- ▶ M. Yves Desjardins, PDG*
- ▶ Mme Caroline Roy, PDG
- ▶ M. Marc Bergeron, administrateur
- ▶ Mme Madeleine Paquin, administratrice
- ▶ M. Jean-Yves Poitras, président du comité
- ▶ M. Stéphane Lachapelle, personne-ressource

Comité de révision

- ▶ Dre Julie Desroches
- ▶ Dre Hélène Hottlet
- ▶ Dre Stéphanie Jacques
- ▶ Dre Claudie Lavergne
- ▶ M. Daniel Lampron, administrateur
- ▶ Dre Marie-Pierre Nolet

Comité des usagers

- ▶ Mme Carole Bédard
- ▶ Mme Claudette Carignan, présidente
- ▶ Mme Gisèle Chrétien
- ▶ M. Jacques Leblanc
- ▶ Mme Gisèle Falardeau
- ▶ Mme Monic Ferron, administratrice
- ▶ Mme Jacqueline Gagnard
- ▶ M. Daniel Robitaille
- ▶ Mme Sharleen Sullivan
- ▶ Mme Ginette Bolduc
- ▶ Mme Hélène Riendeau
- ▶ Mme Ginette Germain
- ▶ M. Alain Couture, personne-ressource

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers

- ▶ Mme Alys Ipperciel
- ▶ Mme Annie Perron
- ▶ Mme Annie-Claude Lavigne, président
- ▶ Mme Audrey-Ann Gallant
- ▶ Mme Caroline Langevin
- ▶ Mme Caroline Roy, PDG
- ▶ Mme Chanelle Rancourt
- ▶ Mme Chantal Tremblay
- ▶ Mme Évelyne Grenier-Ouimette
- ▶ Mme France Bolduc
- ▶ Mme Lise Dubé
- ▶ Mme Marie-Claude Brochu
- ▶ Mme Julie-Mélissa Picard*
- ▶ Mme Marie-Josée Rancourt
- ▶ Mme Nathalie Brassard
- ▶ Mme Sylvie Larochelle
- ▶ Mme Vicky Gosselin
- ▶ M. Yves Desjardins, PDG*

03. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| ▶ Mme Suzie Alain | ▶ Dr Houssine Souissi |
| ▶ Dr Guillaume Chevalier Soudeyns | ▶ Dr Jean-Simon Roch Matte |
| ▶ Mme Caroline Roy, PDG | ▶ Dr Pierre Olivier Roy, président |
| ▶ M. Yves Desjardins, PDG* | ▶ Dre Catherine St-Jean |
| ▶ Dre Nathalie East | ▶ Dre Kimi Valet |
| ▶ Dr Alain Moukheiber | ▶ Dre Annie Léger, personne-ressource |

Comité exécutif du conseil multidisciplinaire

- | | |
|---------------------------------------|---|
| ▶ Mme Alexandra Barrette-Neveu* | ▶ M. Guillaume Petit* |
| ▶ Mme Diane Benguigui* | ▶ Mme Anne Simard* |
| ▶ Mme Mélanie Bernier* | ▶ Mme Estelle Gagné, responsable des communications |
| ▶ Mme Chantal Brunelle, DSM | ▶ Mme Samantha Thériault, officier |
| ▶ M. Yves Desjardins, PDG* | ▶ Mme Isabelle Blais, officier |
| ▶ Mme Caroline Roy, PDG | ▶ Mme Cindy Trudel, officier* |
| ▶ Mme Marie-Claude Gagné, présidente* | ▶ Mme Charlène Girard-Parent |
| ▶ Mme Marie-Ève Gagnon-Nolet | ▶ Mme Jennifer Hince |
| ▶ Mme Maude Bouchard | ▶ Mme Céline Grenier |
| ▶ Mme Myriam Rannou-Cadieux | ▶ Mme Marie-Pierre Bellavance |
| ▶ Mme Sophie Higgins | |

Comité régional sur les services pharmaceutiques

- | | |
|--|----------------------------|
| ▶ Mme Chantal Charest, présidente | ▶ M. Marc-André Gagnon |
| ▶ Mme Caroline Savard, vice-présidente | ▶ Mme Marie-Josée Girard* |
| ▶ Mme Sarah Belzile | ▶ Mme Marie-Claude Lacroix |
| ▶ Mme Sylvie Bougie | ▶ M. Sébastien Provost |
| ▶ M. Gérard-D. Boulanger | ▶ Mme Marise Quirion |
| ▶ M. Yves Desjardins, PDG* | ▶ M. Patrick Grenier |
| ▶ Mme Caroline Roy, PDG | ▶ Mme Marie-Ève Tremblay |
| ▶ Mme Anne Leduc-Séguin | |

Département régional de médecine générale

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| ▶ Dre Catherine Mailly | ▶ Dr Christian Mailly* |
| ▶ Dre Gabrielle Bergeron* | ▶ Dre Monique Martin* |
| ▶ Dr Jean-Yves Boutet, chef du DRMG | ▶ Dre Julie Richer* |
| ▶ Dre Nancy Brisson* | ▶ Dre Catherine St-Jean* |
| ▶ M. Yves Desjardins, PDG* | ▶ Dr Stéphane Terrault |
| ▶ Mme Caroline Roy, PDG | ▶ Dr Jean-François Verville* |
| ▶ Dre Annie Léger | ▶ Dre Stéphanie Lacroix |

O3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Comité consultatif au PDG

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| ▶ Dre Kathy Bonapace | ▶ Dre Annie Léger |
| ▶ Dr Jean-Yves Boutet | ▶ Dre Louise Perreault |
| ▶ Mme Chantal Brunelle | ▶ Mme Marie-Josée Racicot* |
| ▶ Mme Claudette Carignan | ▶ Dre Julie Richer |
| ▶ Dr Hugo Delorme | ▶ Dr Pierre-Olivier Roy |
| ▶ M. Yves Desjardins, PDG* | ▶ Dr Alain Moukheiber |
| ▶ Mme Caroline Roy, PDG | ▶ Mme Krystina Sawyer* |
| ▶ M. Philippe Gagné, PDGA | ▶ Dr Houssine Souissi |
| ▶ Mme Samantha Thériault | ▶ Dre Nancy Brisson |
| ▶ Dre Omobola Sobanjo | ▶ Mme Maggy Vallières |
| ▶ Mme Marie-Claude Gagné* | ▶ Dr Stéphane Terrault |
| ▶ Mme Évelyn Grenier-Ouimette | ▶ Dre Monique Martin |
| ▶ M. Patrick Grenier | ▶ Mme Sylvie Latulippe |
| ▶ Mme Karine Godin | ▶ Dr Christian Mailly |
| ▶ Mme Annie-Claude Lavigne | ▶ Dre Kim Beauregard-Lepage |

Conseil d'administration

En vertu de l'article 3.0.4. de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ., c. M-30) , le conseil d'administration de tout CISSS est tenu d'établir un code d'éthique et de déontologie. Celui-ci rappelle les administrateurs à un devoir d'éthique et de loyauté et indique les modalités à suivre si l'on juge qu'il y a des irrégularités.

À ce jour, il n'y a eu aucun manquement au code d'éthique.

Le code d'éthique et de déontologie se retrouve en annexe du Rapport annuel de gestion et peut également être consulté sur le site Web du CISSS à l'adresse suivante : <https://www.cisss-at.gouv.qc.ca>.

*Départ en cours d'année

03. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Faits saillants

26 juin 2019

Nomination de madame Caroline Roy au poste de présidente-directrice générale du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Titulaire d'une maîtrise en administration des affaires pour cadres de l'Université du Québec à Montréal et d'un baccalauréat en ergothérapie de l'Université de Montréal, madame Roy possède une expérience de 20 ans dans le réseau de la santé et des services sociaux. Depuis décembre 2017, elle occupait la fonction de présidente-directrice générale adjointe du CISSS et était devenue PDG par intérim depuis avril dernier. Elle a auparavant occupé d'autres postes comme gestionnaire au sein du CISSS, notamment à titre de directrice intérimaire des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques de décembre 2016 à décembre 2017, simultanément à sa fonction de directrice des services multidisciplinaires de 2015 à 2017. Elle a également assumé, entre autres, différentes fonctions au CISSS - Les Eskers de l'Abitibi de 2009 à 2015, d'abord comme coordonnatrice des services professionnels et hospitaliers, puis directrice des ressources humaines et du développement organisationnel.

4 juillet 2019

Un nouveau bâtiment pour le GMF-U de la Vallée-de-l'Or

Le nouvel édifice sera construit afin d'accueillir le Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) de la Vallée-de-l'Or. Le gouvernement autorisa ainsi la phase de conception du projet, qui consiste en une nouvelle construction d'environ 1 700 m² sur le site de l'Hôpital de Val-d'Or. Depuis 2014, le GMF-U est hébergé dans un complexe modulaire temporaire dont le contrat de location arrivera à échéance en mars 2021. Une solution immobilière permanente est nécessaire afin de mieux répondre aux besoins croissants de la population et de la relève en santé, alors que les locaux présentent plusieurs limitations notamment liées à l'exiguïté des lieux, aux déficiences importantes sur le plan technique et à l'absence de local réservé à la recherche.

18 juillet 2019

Début des travaux du Centre régional de cancérologie

À la suite de l'appel d'offres qui a pris fin le 28 juin 2019, la Société québécoise d'infrastructures (SQI) octroya le contrat au montant de 24 787 000 \$ à l'entreprise Constructions Pépin et Fortin inc. de Val-d'Or. Le projet prévoit la construction d'un bâtiment autonome sur le terrain adjacent à l'hôpital de Rouyn-Noranda, soit à l'intersection de la 9^e Rue et du chemin Trémoy. Le Centre de cancérologie sera relié à l'hôpital par une passerelle, afin de favoriser l'accès à certains services hospitaliers. La façade du bâtiment donnera sur le chemin Trémoy. Grâce à l'implantation du Centre régional de cancérologie, les patients de l'Abitibi-Témiscamingue qui ont besoin de traitements de radiothérapie, pourront les recevoir à proximité de leur lieu de résidence. Les déplacements vers les grands centres comme Montréal et Gatineau seront réduits de façon significative. En 2018, plus de 300 citoyens ont reçu des traitements pour le cancer à l'extérieur de l'Abitibi-Témiscamingue. L'échéancier de réalisation des travaux prévoit que la construction s'échelonne jusqu'à l'hiver 2021. Le début des activités du Centre de cancérologie est prévu en 2021.

19 septembre 2019

Implantation du Projet Opus-AP : Moins d'antipsychotiques pour les aînés des CHSLD de la région

Réussir à diminuer l'utilisation d'antipsychotiques chez les aînés hébergés en CHSLD. Voilà le but du projet Opus-AP lancé dans 24 CHSLD de la province en 2018. En Abitibi-Témiscamingue, après une première phase marquée de succès dans une unité du CHSLD de Macamic, la 2^e phase s'est amorcée dans les autres unités de Macamic ainsi que dans les CHSLD d'Amos, Ville-Marie, Val-d'Or, Malartic et Rouyn-Noranda. Tant chez le personnel que les familles ayant accepté que leur proche participe au projet, les bienfaits du programme sont reconnus. Le projet a débuté au Québec, car les recherches démontrent qu'on prescrit parfois des antipsychotiques aux résidents en CHSLD qui présentent des symptômes comportementaux et psychologiques liés

03. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

à des troubles neurocognitifs telle que la maladie d'Alzheimer. Pourtant, ces médicaments sont peu efficaces pour soulager ces troubles de comportement et il y a plus de risque de somnolence, chutes, pneumonie, AVC et insuffisance cardiaque, entre autres. Dans les CHSLD, environ 80 % des résidents de CHSLD sont atteints de troubles neurocognitifs et la majorité ont des symptômes comportementaux associés. En région, parmi ces résidents, un total de 43 était admissible à la déprescription. Le résident ou la famille devait aussi consentir à la participation au projet. À ce jour, la déprescription a été tentée chez 18 résidents. De ce nombre, 16 personnes ont vu leur prise d'antipsychotique être réduite ou cessée entièrement. Le succès peut aussi être mesuré par le fait que les troubles comportementaux n'ont pas augmenté chez ces résidents. Afin de mener à bien le projet, plus de 1 000 travailleurs ont été formés sur l'approche de base pour les personnes atteintes de symptômes comportementaux depuis juin 2016. Les employés sont impliqués au quotidien dans le succès du projet tant auprès des résidents que des familles.

21 octobre 2019

Début des travaux de construction pour la fixation d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) fixe à Amos

Les travaux du lot 1 pour la fixation d'un appareil de résonance magnétique à l'hôpital d'Amos débiteront. Le nouvel appareil fixe sera localisé à même le secteur d'imagerie par l'extension d'un nouveau bâtiment. À la suite de l'ouverture des appels d'offres, le contrat a été octroyé à la compagnie Constructions Filiatrault Inc. de La Sarre pour un montant de 1 892 746 \$, excluant les taxes applicables.

21 février 2020

Inauguration du Centre de services ambulatoires (CSA) d'Amos

Ouvert depuis juillet 2019, le CSA d'Amos représente le premier en région. Déjà, près de 1 500 usagers en ont bénéficié et on estime qu'entre 10 000 et 15 000 interventions pourront y être réalisées chaque année. La mission du CSA est d'offrir à une clientèle adulte et ambulatoire ainsi qu'à une clientèle pédiatrique plusieurs services à caractère diagnostique, thérapeutique et préventif. Notons entre autres : • Administration de médication sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse; • Soins de plaie variés; • Biopsies et ponctions diverses; • Investigation diagnostique cardiaque, neurologique, pulmonaire ou vasculaire, etc. On parle de services ambulatoires lorsqu'un usager peut se déplacer, par opposition à l'usager qui doit être admis à l'hôpital ou qui ne peut quitter son domicile. Des avantages pour les patients, les employés et les médecins « En regroupant les services ambulatoires, nous offrons à la population un accès plus facile, rapide et coordonné aux soins de 1re ligne. Cette façon d'organiser les services facilite le diagnostic et la prise en charge des usagers et le traitement, sans qu'ils aient besoin d'être hospitalisés ou de se présenter à l'urgence. Lorsqu'une hospitalisation ne peut être évitée, l'accès au centre de services ambulatoires permet de réduire la durée de séjour de l'usager en favorisant son retour dans son milieu naturel le plus rapidement possible tout en lui offrant les soins et services nécessaires à sa condition.

27 février 2020

Annonce de la construction d'une Maison des aînés à Palmarolle

Cette maison des aînés, qui permettra d'accueillir 24 résidents et qui viendra remplacer le CHSLD de Palmarolle, offrira à ses usagers un milieu de vie à dimension humaine, constitué de deux unités climatisées de 12 places chacune, et comportant une chambre pour chaque usager, avec toilette et douche adaptée. Ce nouveau type d'hébergement, qui rappellera davantage un domicile qu'un milieu institutionnel, favorisera les contacts humains ainsi qu'un mode de vie plus actif, entre autres, grâce à un accès à des espaces extérieurs aménagés et à des installations mieux adaptées aux besoins des proches aidants. Cette transformation sera aussi bénéfique pour le personnel qui travaille dans ces milieux, et contribuera d'ailleurs à l'attractivité et à la rétention de cette main-d'œuvre.

O3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

3 mars 2020

Annonce la construction d'une maison alternative à Val-d'Or

La maison alternative sera construite sur le territoire de Val-d'Or. Cette maison alternative, qui mettra 48 places à la disposition de la population de la région, sera située sur un terrain adjacent à l'Hôpital de Val-d'Or. Ce site permettra d'offrir aux résidents un milieu de vie à dimension humaine, constitué de quatre unités climatisées de 12 places chacune, et comportant des chambres individuelles avec toilette et douche adaptée pour chaque résident. Ce nouveau type d'hébergement rappellera davantage un domicile et favorisera les contacts humains ainsi qu'un mode de vie plus actif, entre autres, grâce à un accès à des espaces extérieurs aménagés et à des installations intérieures mieux adaptées aux besoins des résidents et de leurs proches. Cette transformation sera aussi bénéfique pour le personnel qui travaille dans ces milieux, et contribuera d'ailleurs à l'attractivité et à la rétention de cette main-d'œuvre.

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



O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Résultats des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité 2019-2020

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaire
Santé publique			
1.1 Implanter, d'ici le 31 mars 2020, le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche dans tous les CHSLD publics et privés conventionnés de la province de Québec	L'établissement devra participer à une rencontre d'information avec l'équipe du MSSS pour bien comprendre le cadre de référence du programme. L'établissement devra par la suite faire parvenir un plan de déploiement au MSSS. Le personnel de l'équipe de soins ainsi que les professionnels embauchés devront suivre une formation en ligne. Selon le financement accordé, l'établissement devra envoyer la liste de tous les professionnels embauchés. Une reddition de comptes sera demandée sur les dépenses octroyées : formation des équipes de soins, salaire des hygiénistes et leurs déplacements, achat d'équipement portatif et matériel de soins d'hygiène et honoraires des dentistes et denturologistes.	RÉALISÉE	
1.2 Assurer la participation des directions de santé publique aux travaux des CAR pour appuyer la concertation d'acteurs régionaux de divers secteurs d'activités autour de priorités et d'actions favorables à la santé	Que les PDG s'assurent que les DSPu ou ses membres participent activement aux travaux des CAR, notamment comme membre des comités qui s'occupent des enjeux de développement social. Cette participation vise à mettre à profit leur expertise, qu'ils participent à la concertation intersectorielle et qu'ils veillent à la mobilisation des partenaires autour de priorités et d'actions en faveur de la santé et de la qualité de vie. Cette attente fait écho à l'action 1 du Plan d'action 2018-2020 du MSSS pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires et au résultat attendu des directions de santé publique de participer aux travaux des CAR et d'autres instances pertinentes.	Report par le MSSS de l'échéance vu la gestion de crise de la COVID-19	

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaire
Santé publique			
1.3 Présenter un bilan des activités réalisées en matière de lutte contre le tabagisme	Un bilan faisant état des activités réalisées dans les milieux de vie à l'égard de la lutte contre le tabagisme chez les jeunes. Les activités déployées visent à contribuer à l'atteinte d'une des cibles du plan stratégique du MSSS, soit la réduction de la proportion de fumeurs chez les 12 ans et plus.	Report par le MSSS de l'échéance vu la gestion de crise de la COVID-19	
Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaire
Programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés			
2.1 Bonnes pratiques des établissements pour la prévention et la réduction des usagers en niveau de soins alternatif (NSA)	Les établissements ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de situation de l'implantation des bonnes pratiques pour prévenir et résoudre le phénomène des usagers en NSA.	CETTE ATTENTE A ÉTÉ ANNULÉE PAR LE MSSS Cette attente n'est plus exigée pour l'EGI 2019-2020 et sera renouvelée pour la prochaine EGI 2020-2021	
2.2 Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	L'évaluation à jour, un plan d'intervention et le travail interdisciplinaire permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs. Un état de situation est demandé portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène ainsi que sur les résultats du 2 ^e soin complet par semaine.	RÉALISÉE (50 %) ANNULATION par le MSSS de la dernière reddition de compte vu la gestion de crise de la COVID-19	

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaire
Programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés			
2.3 Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC)	L'établissement doit compléter un outil de suivi de l'implantation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience depuis 2008.	RÉALISÉE	
2.4 Plan d'action TSA (2017-2022)	L'établissement doit compléter un outil de suivi du Plan d'action TSA 2017-2022.	Report par le MSSS de l'échéance vu la gestion de crise de la COVID-19	
2.5 Déploiement du programme Agir tôt	L'établissement doit compléter un rapport de mise en œuvre du projet <i>Déploiement du programme Agir tôt</i> qui consiste à renforcer le dépistage des potentielles difficultés ou retards de développement chez les enfants avant leur entrée à la maternelle.	RÉALISÉE	
2.6 Offrir des milieux résidentiels adaptés aux besoins des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA	L'établissement doit transmettre des données sur les listes d'attente et les types de milieux de résidence où vivent les usagers qu'ils desservent en DP-DI-TSA.	RÉALISÉE	
2.7 Suivi de l'ajout d'effectifs en CHSLD	L'établissement doit rendre compte de l'ajout d'effectifs dans les équipes interdisciplinaires en CHSLD.	RÉALISÉE	
Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaire
Affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques			
4.1 Consolider l'organisation des soins et des services offerts aux personnes atteintes d'Alzheimer (et autres troubles neurocognitifs) et à leurs proches	L'établissement doit dresser un état de situation des réalisations suite à l'implantation des actions au Plan d'action triennal 2016-2019 en ce qui a trait à la prise en charge et au suivi des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs.	Report par le MSSS de l'échéance vu la gestion de crise de la COVID-19	

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaire
4.2 État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan national 2016-2018 – Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC	Autoévaluation sur la poursuite du Plan d'action déposé le 31 octobre 2016, composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'état d'avancement des travaux ainsi que les causes de la non-atteinte des objectifs doivent être évalués.	CETTE ATTENTE A ÉTÉ ANNULÉE PAR LE MSSS	
4.3 Contribuer au déploiement provincial de la télésanté	L'établissement doit démontrer sa contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du Plan d'action en télésanté 2018-2020 et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour.	RÉALISÉE	
4.4 État d'avancement du Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2017 2018 – Continuum de services, phase hyper aiguë, pour les personnes ayant subi un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMST)	Autoévaluation du plan d'action déposé au 22 juin 2017 composée d'actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'avancement des travaux et les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être évalués.	Report par le MSSS de l'échéance vu la gestion de crise de la COVID-19	

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaire
Infrastructures, logistique, équipements et approvisionnement			
7.1 Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés	Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour ce bâtiment. Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du PCFI et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.	Report par le MSSS de l'échéance vu la gestion de crise de la COVID-19	
Coordination, planification, performance et qualité			
8.1 Sécurité civile	Consolider les mécanismes de base en sécurité civile de façon à ce que l'établissement puisse assumer son rôle dans le déploiement de la mission Santé du PNSC. L'établissement doit : disposer d'un plan de sécurité à jour présentant le système de garde 24/7, les comités internes de sécurité civile et le processus d'alerte et mobilisation des ressources - s'assurer que le personnel affecté à la sécurité civile a bénéficié d'une formation de base - établir ou raffermir les liens de partenariats en sécurité civile.	Report par le MSSS de l'échéance vu la gestion de crise de la COVID-19	
8.2 Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux	Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit poursuivre sa démarche de gestion des risques en sécurité civile (GRSC) et traiter au minimum un risque identifié comme prioritaire.	Report par le MSSS de l'échéance vu la gestion de crise de la COVID-19	

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaire
8.3 Plan de continuité des activités – Santé et Services sociaux	Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit lancer le projet d'élaboration d'un plan de continuité des activités (PCA) pour une portée d'établissement. Pour ce faire, une charte de projet doit être approuvée par la haute direction présentant : - La durée estimée du projet; - Le calendrier de réalisation des étapes prévues au Guide pratique pour l'élaboration d'un plan de continuité des activités en établissement; - La structure de gouvernance.	Report par le MSSS de l'échéance vu la gestion de crise de la COVID-19	
8.4 Révision des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	Les établissements ont reçu au printemps 2018 le nouveau cadre pour l'élaboration des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès seront soumis au Comité régional pour avis, entérinés par le C.A. et ensuite transmis au MSSS.	Report par le MSSS de l'échéance vu la gestion de crise de la COVID-19	
8.5 Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	La mise sur pied d'un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et de services sociaux en langue anglaise doit être réalisée et entérinée par le conseil d'administration.	RÉALISÉE	
Technologies de l'information			
9.1 Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et en services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits	Comme stipulé au cadre normatif, à la section 1.3 Encadrement législatif et administration, l'établissement doit s'assurer que : « la qualité d'une ressource est basée sur la pertinence de sa présence dans l'application, la validité de la ressource et de ses composantes. L'attente exige un pourcentage de mise à jour de 95 % ou plus ». La méthode de calcul définie est le « Nombre de ressources mises à jour à la fin de la période » selon le calendrier établi au cadre normatif sur le « Nombre de ressources totales à la fin de la période ». Si la proportion est en deçà de l'objectif prévu, cela indique à l'établissement qu'il lui faut s'assurer d'avoir les ressources humaines suffisantes pour effectuer cette tâche. Les données de l'application sont mises à jour en temps réel et les extractions servant aux rapports sont une représentation à un jour et une heure fixe.	NON RÉALISÉE	Cible non atteinte, car plusieurs mises à jour annuelles étaient requises en mars et, en raison de la COVID-19, de nombreuses ressources avaient fermé leurs établissements, et ne procédaient donc pas à la mise à jour des informations.

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaire
9.2 Maintien des dispositions de la directive sur la cybersécurité	Conformément à la directive sur la cybersécurité, l'établissement devra se conformer à ses dispositions et transmettre un bilan incluant ces attentes spécifiques : • Maintenir à jour l'inventaire de l'ensemble des actifs informationnels; • Procéder à des tests de vulnérabilité; • Gérer efficacement les menaces; • Mener une analyse des risques de la sécurité de l'information; • Gérer sainement la sauvegarde et la restauration des données.	RÉALISÉE	

*Portait au 17 juillet 2020

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Chapitre IV : Engagements annuels

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé publique			
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	61,2	> 61	49,5
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	93,9	> 93,7	95,7
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais	85,6	> 90	88,5
Plan stratégique			
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	888	1 017	948
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	81,3	> 90	82,4
1.01.32-EG2 Proportion des élèves de 4 ^e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec	92,8	> 90	32,8
Expérimentation			
1.01.13.00-EXP Pourcentage d'écoles publiques et privées avec lesquelles le CISSS/CIUSSS collabore pour la planification globale et concertée et la mise en œuvre d'actions en promotion de la santé et en prévention en contexte scolaire	61,2	N/A	49,5
Commentaires			
1.01.13.00-EXP et 1.01.13.01-EG2 Cibles non atteintes. Différentes actions ont été menées dans le cadre d'École en santé en 2019-2020, notamment : • Poursuite du déploiement d'un outil bilan territorial pour permettre aux chefs de service d'avoir un portrait plus global des actions réalisées en milieu scolaire par leur équipe; • Rappel aux accompagnateurs École en santé et aux chefs de service de l'importance de prendre contact annuellement avec les milieux scolaires pour proposer notre collaboration, comprendre les besoins des écoles afin de s'inscrire dans le cycle de planification de l'école; • Tenue d'un exercice exploratoire sur la compréhension de l'Approche École en santé auprès des parties prenantes de la santé et de l'éducation dans un territoire et identification de constats sur lesquels travailler pour améliorer la situation.			

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Facteurs qui influencent le résultat de l'engagement			
Il est à noter que l'atteinte de la cible pour ces indicateurs ne dépend pas uniquement des efforts consentis par notre réseau, mais aussi des écoles qui doivent accepter d'effectuer une planification concertée avec notre organisation afin que l'on puisse saisir une donnée, ce qui implique plus qu'une offre de service en milieu scolaire, et que les écoles soient parties prenantes de la démarche. Les écoles de l'Abitibi-Témiscamingue ont toutes reçu des services de promotion et de prévention du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue par le biais des équipes de santé publique. Par contre, toutes n'ont pas accepté de faire l'exercice de planification concertée (adhésion volontaire) proposé par les accompagnateurs École en santé pour différentes raisons propres à leur organisation.			
Mesures mises en place pour favoriser l'atteinte de l'engagement			
• Poursuivre les travaux identifiés dans le plan d'action régional de l'Entente de complémentarité des services MEES-MSSS avec nos partenaires de l'éducation. • Positionner l'approche École en santé auprès de la table régionale et des tables locales santé-éducation. • Offrir une formation de mise à niveau aux accompagnateurs Approche École en santé, aux gestionnaires du réseau de la santé et aux directions d'écoles pour améliorer la compréhension des différents acteurs concernant l'Approche École en santé. • Promouvoir et soutenir le déploiement du référent ÉKIP afin de favoriser la mise en œuvre d'actions intégrées de promotion et de prévention dans les écoles et dans les autres milieux de vie des jeunes. • Poursuivre nos travaux autour du Chantier 4-17 ans, issu du Plan d'action régional en santé publique. • Amorcer les travaux pour améliorer la saisie de données (rédaction d'un guide de saisie) et le suivi de celles-ci.			
<u>1.01.27-EG2</u>			
2019-2020 : Cible atteinte par tous les établissements : amélioration de 2 % comparativement à 2018-2019.			
<u>1.01.29-PS</u>			
Cible non atteinte, mais augmentation d'environ 7 % des activités de dépistage ITSS chez les jeunes de 15-24 ans par rapport à 2018-2019. La pénurie de main-d'œuvre demeure le défi majeur dans l'attribution des postes. De plus, il y a eu un remplacement de congé de maternité qui n'a pu être comblé dans un secteur de MRC ainsi qu'un plan de contingence dans un autre secteur qui a été déployé, ce qui n'a pas permis de libérer l'infirmière SIDEPE pendant plusieurs mois. Les médecins et infirmières des GMF et urgences assurent le service de dépistage, mais ce n'est pas comptabilisé dans les systèmes actuels. La situation exceptionnelle avec la COVID-19 a possiblement influencé l'atteinte de la cible, avec la diminution des consultations et des demandes de dépistage pour le mois de mars.			
<u>1.01.28-EG2</u>			
Cible non atteinte, mais tout près de l'être avec une amélioration de 3 % en comparaison avec l'année 2018-2019. De plus, nous sommes plus performants que l'ensemble du Québec de 10 %. Trois établissements au Québec ont atteint la cible.			
<u>1.01.30-EG2</u>			
Cible non atteinte. Statu quo comparé à 2018-2019, mais nous sommes plus performants que l'ensemble du Québec de 14%. Deux établissements au Québec ont atteint la cible.			

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Facteurs qui influencent le résultat de l'engagement - Manque de ressources infirmières formées en vaccination. - Difficulté de libération de nouvelles détentrices de poste ou réaffectation des ressources infirmières vers d'autres services. - Retour au travail des parents qui les rend moins disponibles et rend plus difficile l'attribution du rendez-vous dans les délais. Ce qui pourrait expliquer en partie la difficulté d'atteindre les cibles d'un an et 18 mois.			
Mesures mises en place pour favoriser l'atteinte de l'engagement Nous avons un projet d'accompagnement avec l'INSPQ afin de revoir l'offre de service en vaccination des 0-5 ans. Un bilan des activités a été réalisé ainsi qu'un plan d'action qui nous permettra d'améliorer nos cibles. Aussi, les mesures suivantes seront réitérées et maintenues : - Rappel aux chefs de service des bonnes pratiques afin de favoriser la vaccination dans les délais; - Rappel 24-48 heures avant le rendez-vous; - Relance si le parent ne s'est pas présenté pour lui offrir un autre rendez-vous dans les délais; - Ouverture d'autres plages horaires ou prolongation des heures des cliniques (ex. : jusqu'à 18 h) au besoin; - Sensibilisation des agentes administratives responsables de la prise de rendez-vous; - Les objectifs et résultats des ententes de gestion sont discutés avec les infirmières vaccinatrices lors de la formation annuelle et aussi par le biais de notre bulletin en immunisation, car leur contribution a un impact important. Pour ce qui est de la qualité des données, la saisie des vaccins administrés dans le registre de vaccination (SI-PMI) est faite de façon systématique et rigoureuse.			
1.01.32-EG2 Cible non atteinte. Toutefois, près de 96,2 % des élèves de 4e année ont reçu au moins une dose de vaccin contre l'hépatite B lors de l'année scolaire 2019-2020. À la mi-septembre 2020, nous serons en mesure d'évaluer le nombre d'élèves adéquatement vaccinés suite à l'administration de la 2^e dose de vaccin au printemps 2020.			
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales			
Plan stratégique 1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100
Plan stratégique 1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	80,0	100	100

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Plan stratégique 1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100
Plan stratégique 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	42,2	> 80	ND
Commentaires <u>1.01.19.01-PS</u> Cible atteinte. Taux 1,5 cas par 10 000 jours présence (12 cas). En 2018-2019, le taux était à 2,1 cas par 10 000 jours-présence (17 cas). <u>1.01.19.02-PS</u> Cible atteinte. Aucun cas durant l'année. En 2018-2019, le taux était à 0,1 cas par 10 000 jours-présence (1 cas). <u>1.01.19.04-PS</u> Cible atteinte. Aucun cas durant l'année. En 2018-2019, il n'y en avait aucun également. Mesures mises en place pour favoriser l'atteinte de l'engagement de ces trois indicateurs Le comité stratégique en prévention et contrôle des infections nosocomiales (CS-PCIN) suit de près un tableau de bord lui permettant un meilleur suivi des enjeux et dossiers en lien avec la prévention et contrôle des infections (PCI). Nous constatons le maintien des efforts de concertation, notamment avec l'hygiène et salubrité, la gestion des éclosions via un comité structuré de gestion des éclosions et les mesures correctives et de vigie rigoureuse qui continuent à contribuer non seulement à réduire le nombre d'éclosions dans nos établissements de la région, mais également à réduire la durée des éclosions lorsque présentes et aussi de minimiser le taux d'attaque lors des éclosions. D'année en année, nous constatons une réduction du nombre total d'éclosions; nous sommes passés de 38 éclosions en 2017/2018, à 27 éclosions en 2018/2019, et enfin à 19 éclosions en 2019/2020. Depuis quelques années, nous apportons également un soutien aux ressources intermédiaires de notre région sur le plan de la PCI, ce qui a également contribué à réduire les éclosions, et nous les soutenons dans la gestion des éclosions, ce qui diminue leur durée également. <u>1.01.26-PS</u> Le taux global de conformité sur l'hygiène des mains, pour toutes les installations du CISSS est à environ 59 %. Ceci est une amélioration de 20 % comparativement au taux de 39 % en 2018/19. Le taux global est 54 % pour les CH et 63 % pour les CHSLD. Deux CH sur cinq ont des taux supérieurs à 70 % (Rouyn-Noranda 76 % et La Sarre 72 %). De plus, l'UISM de Malartic a atteint un taux de 85 %. Pour les CHSLD de l'Abitibi-Témiscamingue, deux installations ont des taux supérieurs à 75 % (Macamic 77 % et Rouyn-Noranda 76 %) et trois ont des taux supérieurs à 60 %. Nos priorités d'actions pour 2020-2021 seront les installations qui ont eu très peu d'amélioration au cours de la dernière année (Amos, Val-d'Or et le Témiscamingue).			

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Mesures mises en place pour favoriser l'atteinte de l'engagement			
Afin d'augmenter nos taux de conformité à l'hygiène des mains et de viser l'atteinte de nos cibles, un plan d'action a été élaboré afin de définir différentes stratégies pour bonifier nos actions. Le plan d'action inclut notamment une révision de toutes les affiches PCI, une campagne de sensibilisation et de communication pour mettre l'emphasis sur l'hygiène des mains pour tous les intervenants et professionnels et également l'implication des usagers et leur proche pour contribuer à « inciter » les prestataires de soins à l'hygiène des mains en se permettant de les questionner. En cours d'année, les conseils professionnels (CECII, CECM, CMDP) ont été rencontrés et consultés en prévision du déploiement de la campagne de sensibilisation sur l'hygiène des mains. Avec l'arrivée de la pandémie, le déploiement de cette campagne a dû être reporté pour quelques mois. Mais nous constatons tout de même que la pandémie a eu des effets positifs sur les taux de conformités d'hygiène des mains, et ce, dans toutes nos installations. Depuis le début de la pandémie, nous n'avons eu aucune éclosion. Les résultats 2020-2021 vont assurément en faire témoin.			
Soutien à domicile de longue durée			
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	N/A	467 285	454 709
Plan stratégique 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	3 379	> 3 708	2 400
Plan stratégique 1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	71,2	> 90	67
Commentaires			
<u>1.03.05.01-EG2</u> La cible est atteinte à 96 %. La pénurie de ressources au CISSS, mais aussi dans les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) et en chèque emploi-service (CES) est un enjeu important. Nous poursuivons le développement d'entente d'achat de services avec nos divers partenaires, dont les résidences pour personnes âgées (RPA). Nous sommes aussi actuellement en démarche avec l'équipe du MSSS, car un calcul sommaire des établissements comparables au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue semble démontrer que la cible n'est peut-être pas adaptée en regard au taux d'intensité de services populationnelle. La table de travail avec l'équipe du MSSS a été retardée en raison de la pandémie de la COVID-19. <u>1.03.05.05-PS</u> Indicateur expérimental à l'Entente de gestion 2019-2020 et nouvel indicateur de la planification stratégique 2019-2023 incluant les indicateurs 1.03.05.01, 1.03.05.03 et 1.03.05.04. Voir explication de l'indicateur 1.03.05.01 qui énumère les enjeux que nous rencontrons actuellement.			

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
1.03.05.05-PS Indicateur expérimental à l'Entente de gestion 2019-2020 et nouvel indicateur de la planification stratégique 2019-2023 incluant les indicateurs 1.03.05.01, 1.03.05.03 et 1.03.05.04. Voir explication de l'indicateur 1.03.05.01 qui énumère les enjeux que nous rencontrons actuellement.			
1.03.11-PS Nous voyons une diminution du nombre d'usagers suivi en SAD de longue durée. Cette diminution s'explique par une vision de pertinence clinique, car nous avons diminué de 5 % le nombre de profils 1 à 3 suivis passant de 28 % en 2017-2018 à 23 % en 2019-2020. Nous sommes actuellement en démarche avec l'équipe du MSSS, car un calcul sommaire des établissements comparables au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue semble démontrer que la cible n'est peut-être pas adaptée en regard au taux d'intensité de services populationnelle. La table de travail avec l'équipe du ministère a été retardée en raison de la pandémie de la COVID-19.			
1.03.12-PS La pénurie de main-d'œuvre ainsi que la présence de main-d'œuvre indépendante (MOI) non formée pour l'outil OCCI ont un impact direct sur la réalisation des OEMC à jour. Nous sommes également dans la phase - 2 ans dans laquelle nous devons réévaluer les OCCI des profils 1-2-3. Cependant, nous travaillons à améliorer notre % pour que les OEMC à jour aient un plan. De 2017-2018 à 2019-2020, nous sommes passés de 88 % à 93 %. Notre comité stratégique OCCI est à la recherche de solutions pour augmenter la complétion des OCCI, par exemple, former les MOI, diminuer les enjeux informatiques, avoir une SWAT TEAM pour blitz OCCI, etc. Par contre, les intervenants intègrent de plus en plus ce nouvel outil et les plans d'intervention et la mise à jour de l'évaluation des besoins sont faits dans les délais demandés pour la majorité des usagers.			
Soutien à l'autonomie des personnes âgées			
Plan stratégique 1.03.07.00-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée	33,3	> 83,3	Engagement retiré par MSSS
Plan stratégique 1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	66,7	> 83,3	Engagement retiré par MSSS
Plan stratégique 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	33,3	> 83,3	Engagement retiré par MSSS
Plan stratégique 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	60,0	> 60	Engagement retiré par MSSS
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	73,6	> 85	70,2
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	90,8	> 95	97,3

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Commentaires <u>1.03.07.00-PS, 1.03.07.01-PS et 1.03.07.02-PS</u> Cette année, la reddition de comptes pour ces engagements a été annulée par le MSSS en raison de la pandémie. Nous n'avons donc pas reçu de GESTRED afin de calculer notre pourcentage d'implantation de l'AAPA incluant les différentes composantes. Par ailleurs, les représentants MSSS de la table provinciale AAPA nous ont aussi informés de la refonte probable de la reddition de comptes afin de la simplifier et de s'assurer qu'elle représente davantage le portrait réel du niveau d'implantation de l'AAPA dans nos milieux. Facteurs qui influencent le résultat de l'engagement Tout comme bien des CISSS/CIUSSS, l'atteinte des cibles établies au niveau de l'AAPA demeure précaire notamment au niveau de la formation réalisée (due, entre autres, à la pénurie de ressources et la difficulté de libérer les intervenants et le besoin de constamment former du nouveau personnel dû à la mobilité des ressources) et également des mesures de pérennité. Mesures mises en place pour favoriser l'atteinte de l'engagement Le comité régional AAPA, formé des leaders des comités locaux, a été actif cette année afin de tenter l'harmonisation régionale des divers outils, telle l'utilisation des signes AÎNÉS, le visuel du programme a été redéfini en incluant de nouvelles affiches et des dépliants. Un plan de déploiement a été élaboré et doit être implanté. Des comités locaux interdisciplinaires et interdirections sont présents dans tous les CH, mais le fonctionnement demeure variable. Les travaux et les efforts se poursuivent localement, et plusieurs actions sont tout de même réalisées dans tous nos CH en lien avec l'AAPA, donc l'approche est tout de même présente, même si pas optimale. De plus, un projet pilote, le protocole SPRINT, a été implanté dans quelques unités de médecine/chirurgie. Ce programme vise une nouvelle approche afin de réaliser l'objectif de mobiliser davantage nos personnes âgées et ainsi éviter le déconditionnement, en intégrant des activités et du personnel interdisciplinaire, les proches, etc. L'objectif de la prochaine année sera de l'implanter dans les différents sites de notre région. Des réflexions sont aussi en cours pour « moderniser la formation » et la rendre disponible de façon plus conviviale et légère, sur tous les quarts de travail. Finalement, une activité de promotion (kiosque d'information interactif) était en voie d'avoir lieu, mais a été reportée en raison de la situation avec la pandémie. Si le contexte le permet, cette activité sera planifiée au cours de la prochaine année. <u>1.03.10-PS</u> Cette année, la reddition de comptes pour cet engagement a été annulée par le MSSS vu la gestion de crise de la COVID-19.			

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
1.03.13-EG2 La cible n'a pu être atteinte. Bien que la moyenne régionale est à la baisse, 5 des 9 CHSLD atteignent la cible ou sont au-dessus de 82 %. La non-atteinte de la cible pour les 3 CHSLD est en lien direct avec l'admission de profil 7-8-9 en raison des NSA et du manque de lits alternatifs. C'est principalement le cas pour Rouyn-Noranda (taux à 56 %) et Amos (taux à 67 %). Macamic voit son taux à 52 %, car puisqu'il y a plus de places disponibles, plusieurs NSA du secteur de Rouyn-Noranda y sont affectés. L'ouverture de places de débordement en CHSLD pour la gestion des NSA entraîne aussi l'admission de profil inférieur à 10. Le blitz NSA COVID-19 de mars 2020 a aussi eu un impact sur le résultat.			
1.03.16-EG2 La cible est atteinte.			
Déficiences			
Plan stratégique 1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	252,40	< 90	215,90
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	92,1	> 96,7	91,7
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	91,7	> 95	93,2
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	91,5	> 97,9	89,9
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	56,6	> 90	46,6
Addenda - Plan stratégique 19-23 1.45.45.05 - Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais	N/A	> 90	72,0
Plan stratégique 1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	75	> 90	90,9

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Addenda - Plan stratégique 19-23 1.47 - Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	N/A	> 546	501
Commentaires 1.05.15-PS P13 - 31 mars 2018-2019 : 252,4. P13 - 31 mars 2019-2020 : 215,96. Nous sommes toujours éloignés de la cible. Cependant, nous avons réussi à renverser la tendance et à diminuer tout de même le délai d'attente par rapport à l'an dernier. Facteurs qui influencent le résultat de l'engagement • Pénurie de main-d'œuvre : cette situation affecte notre capacité à rendre le service, car même lorsque nous souhaitons augmenter les effectifs, nous n'avons pas le personnel disponible en temps opportun. • Processus de gestion de la liste d'attente qui n'était pas optimal. • Un secteur a une liste d'attente plus importante que les autres. C'est ce même secteur qui a éprouvé le plus de difficulté de recrutement. Ce sont ces résultats qui impactent, de façon très significative, le résultat de cet indicateur. Mesures mises en place pour favoriser l'atteinte de l'engagement Voici les mesures que nous avons mises en place en cours d'année : • Intensifier les efforts et diversifier nos stratégies en matière de recrutement et de dotation. Nous avons affiché des postes suivant le financement reçu dans le cadre du programme Agir tôt, et ce, principalement dans les secteurs où la liste d'attente était plus importante. De plus, nous avons affiché des postes en surdotation afin de combler nos besoins de remplacement sans recourir aux activités de remplacement (liste de rappel.) Certaines actions ont été mises en place à la fin de l'année et d'autres le seront en début de l'année 2020-2021. Nous pourrions mesurer pleinement les résultats de ces stratégies au cours de la prochaine année; • Effectuer le suivi des projets visant l'amélioration de l'accès en salle de pilotage. Ces projets touchent le processus de gestion de la liste d'attente, la gestion de charge de cas et la contribution des non-professionnels à la prise en charge des usagers; • Mettre en place un accompagnement plus soutenu et personnalisé au contexte pour le secteur qui est le plus en difficulté en relation avec cet indicateur. Bien que nous n'atteignons pas la cible, nous avons tout de même augmenté de façon significative l'offre de service à la clientèle TSA : • P9 (décembre 2017) : 216 usagers actifs tous âges; • P1 (avril 2018) : 233 usagers actifs tous âges; • P1 (avril 2019) : 277 usagers actifs tous âges; • P9 (décembre 2019) : 340 usagers actifs tous âges.			

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
1.45.04.05-EG2 En période 13 (2019-2020), le résultat est de 93,21 % alors que la cible est à 95 %. Bien que ce résultat soit sous la cible de l'EGI, il respecte globalement les cibles du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. L'écart entre le résultat et la cible (1,79 %) est minime et l'impact global est non significatif. Cependant, les résultats par programme révèlent une difficulté en relation avec l'accès pour la clientèle en déficience du langage. C'est spécifiquement sur ce volet que nous souhaitons intervenir. Facteurs qui influencent le résultat • Pénurie de main-d'œuvre : cette situation affecte notre capacité à rendre le service pour certains services en déficience physique. L'offre de service à l'adulte requiert souvent des interventions chronodépendantes qui nous amènent en plan de contingence. Les services à l'enfance sont parfois délestés; • Processus de gestion de la liste d'attente qui n'était pas optimal; • Le partage des responsabilités entre les professionnels et les éducateurs spécialisés présentent encore des zones d'ombre, donc des opportunités d'amélioration. Nous tentons d'améliorer plus spécifiquement nos résultats de la façon suivante : • Utilisation des investissements liés au programme Agir tôt pour bonifier notre structure de poste en orthophonie; • Suivi des projets visant l'amélioration de l'accès en salle de pilotage. Ces projets touchent le processus de gestion de la liste d'attente, la gestion de charge de cas et la contribution des non-professionnels à la prise en charge des usagers. 1.45.05.05-EG2 Notre résultat en période 13 (46,6 %) s'éloigne de la cible 90 %. Facteurs qui influencent le résultat • Pénurie de main-d'œuvre : cette situation affecte notre capacité à rendre le service, car lorsque nous souhaitons remplacer ou augmenter les effectifs, nous n'avons pas toujours le personnel disponible en temps opportun; • Processus de gestion de la liste d'attente qui n'était pas optimal. Mesures mises en place pour favoriser l'atteinte de l'engagement Afin d'améliorer notre rendement, nous sommes à : • Suivre des projets visant l'amélioration de l'accès en salle de pilotage. Ces projets touchent le processus de gestion de la liste d'attente, la gestion de charge de cas et la contribution des non-professionnels à la prise en charge des usagers; • Utiliser des investissements liés au programme Agir tôt pour bonifier notre structure de poste; • Assurer un accompagnement soutenu et personnalisé des équipes où les résultats sont sous la cible; • Diversifier nos stratégies de prise en charge : poursuivre et intensifier les pratiques de groupe (formations aux parents en TSA) implantées dans les deux dernières années, exploiter davantage la notion d'épisodes de service (critères de fermeture, épisodes de service à court terme et interventions de groupe pour les usagers); • Poursuivre nos travaux sur l'intégration des services afin de favoriser une utilisation plus judicieuse de nos ressources humaines.			

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
1.45.45.05-PS Il s'agit d'un nouvel indicateur (addenda) et fait partie de la planification stratégique 2019-2023. Voici nos premiers résultats en P13 - 2019-2020 : - La proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services du programme DI-TSA dans les délais est de 55 %; - La proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services du programme DP dans les délais est de 74,17 %; Nos résultats en période 13 (DI-TSA – 55 % et DP 74,17 %) s'éloignent de la cible de 90 %. Facteurs qui influencent le résultat de l'engagement Il s'agit des mêmes facteurs précédemment mentionnés, soit : - Pénurie de main-d'œuvre : cette situation affecte notre capacité à rendre le service, car même lorsque nous souhaitons remplacer ou augmenter les effectifs, nous n'avons pas le personnel disponible en temps opportun; - Processus de gestion de la liste d'attente qui n'était pas optimal; - Un secteur a une liste d'attente plus importante que les autres. C'est ce même secteur qui a éprouvé le plus de difficulté de recrutement. Ce sont ces résultats qui impactent, de façon très significative, le résultat de cet indicateur pour le volet DI-TSA. Mesures mises en place pour favoriser l'atteinte de l'engagement Afin d'améliorer notre rendement, nous avons deux actions plus importantes : - Intensifier les efforts et diversifier nos stratégies en matière de recrutement et de dotation. Nous avons affiché des postes suivant le financement reçu dans le cadre du programme Agir tôt, et ce, principalement dans les secteurs où la liste d'attente était plus importante. De plus, nous avons affiché des postes en surdotation afin de combler nos besoins de remplacement sans recourir aux activités de remplacement (liste de rappel.) Certaines actions ont été mises en place à la fin de l'année et d'autres le seront en début de l'année 2020-2021. Nous pourrions mesurer pleinement les résultats de ces stratégies au cours de la prochaine année; - Effectuer le suivi des projets visant l'amélioration de l'accès en salle de pilotage. Ces projets touchent le processus de gestion de la liste d'attente, la gestion de charge de cas et la contribution des non-professionnels à la prise en charge des usagers. 1.46-PS Nous atteignons notre cible. Nous misons sur le travail en partenariat avec les commissions scolaires, le milieu de l'emploi et plusieurs autres organismes. Des programmes comme les « Milieux de formation et de travail adaptés (MFTA) » nous permettent d'accompagner cette clientèle vers la réalisation de leur projet de vie. De plus, une belle collaboration avec les organismes communautaires qui œuvrent dans le domaine des activités de jour facilite l'intégration de la clientèle qui présente ce profil de besoins.			

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
1.47-PS Nous n'avons pas eu d'investissement en services résidentiels, donc pas de cible formelle (chiffrée) sur l'augmentation du nombre de places. Le résultat de 501 places correspond à notre parc de places réel. Nous souhaitons maintenir notre parc de places en services résidentiels pour la clientèle DI-TSA-DP. Nous comptons sur le projet des « Maisons alternatives » pour bonifier notre nombre de places et offrir à cette clientèle un environnement adapté à leurs besoins.			
Jeunes en difficulté			
Plan stratégique 1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	29,75	< 28	29,11
Commentaires 1.06.17-PS Facteurs qui influencent le résultat de l'engagement - Plusieurs dossiers ont nécessité le signalement des parents par manque de collaboration avec nos services. De plus, les parents que nous avons dans nos services ont des difficultés personnelles importantes qui nécessitent d'obtenir des services pour eux-mêmes afin d'être des adultes en équilibre et éventuellement des parents avec de bonnes capacités parentales. - Les listes d'attente en santé mentale adulte sont longues, ce qui fait que les parents ne sont pas disposés à développer leurs capacités parentales étant aux prises avec leurs propres difficultés et que les services de santé mentale pour eux ne sont pas disponibles au moment où c'est nécessaire. L'intervention du DPJ est dans ces cas nécessaire, mais le manque d'effectifs à l'adulte pose un défi. - La cible inclut la clientèle autochtone sur réserve alors que nous ne desservons pas les services de premières lignes dans les réserves. Ils ont leur propre Centre de santé avec leurs services de prévention et de proximité. Nous sommes limités dans la portée de notre influence à ce niveau. Sans la clientèle autochtone sur réserve, les données sont les suivantes 20,69 %. - À titre indicatif, 53 % des signalements, incluant les autochtones sur réserve, sont pour des motifs de négligence ou risque de négligence. Sans la clientèle autochtone, cela représente 31 %. - Le programme SIPPE ne réfère plus autant au programme d'intervention en négligence, car les professionnels nous disent que les parents ne sont pas volontaires à recevoir des services. Plusieurs stratégies sont en cours, nous suivons l'évolution de près. Un comité de travail est en place pour réviser le processus de traitement des signalements en négligence/risque de négligence et de référencement de ces signalements vers les services de proximité.			

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Dépendances			
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	84,7	> 87,6	92,7
Plan stratégique 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	91,9	> 93,8	100
Addenda - Plan stratégique 19-23 1.07.07 - Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	N/A	> 1 749	1 476
Commentaires <u>1.07.04 -EG2 et 1.07.06</u> Cible atteinte. Les formations sur l'utilisation des outils de détection et de dépistage en dépendance sont offertes régulièrement pour les intervenants nouvellement arrivés dans les équipes. <u>1.07.07-PS</u> Nouvel indicateur de la planification stratégique 2019-2023. Cible non atteinte. Facteurs qui influencent le résultat de l'engagement Les équipes en dépendance ont été en effectifs réduits à divers moments au cours de l'année, soit en raison d'une pénurie de main-d'œuvre nous permettant plus difficilement de pourvoir les postes vacants, soit en lien avec le roulement au niveau des intervenants, mais aussi en lien avec l'intégration de nouveaux intervenants dans les équipes avec un rythme plus lent dans la réalisation des activités habituelles. Nous avons également observé en cours d'année une diminution des demandes arrivant dans nos services. Mesures mises en place pour favoriser l'atteinte de l'engagement 1. Le travail de recrutement se fait en continu afin de combler, selon les besoins, les effectifs et postes vacants dans les équipes. 2. Poursuite du travail d'information de nos services et de collaboration avec les partenaires internes et externes. 3. Révision et harmonisation des standards de pratiques en dépendance en cours, en collaboration avec les partenaires internes. Cette révision et cette harmonisation seront travaillées avec les équipes et ensuite communiquées aux partenaires internes et externes. 4. Embauche d'une chargée de projet pour actualiser le plan d'action interministériel en dépendance qui permettra de mettre de l'avant des projets pour augmenter l'offre de service en dépendance, tant pour les jeunes que pour les adultes en région.			

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé mentale			
Plan stratégique 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	313,2	> 317	318,6
Commentaires <u>1.08.13-PS</u> Cible atteinte. Mesures à poursuivre pour maintenir l'atteinte de la cible Comblent rapidement et selon les besoins les postes dans les équipes afin de maintenir les places en soutien d'intensité variable (SIV) disponibles. Cela pourrait même permettre d'augmenter le nombre de places en fonction des besoins de la clientèle.			
Santé physique - Urgence			
Plan stratégique 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	10,17	< 9,3	11,02
Addenda - Plan stratégique 19-23 1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	136	< 145	156
Plan stratégique 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	63,6	> 65	59,6
Plan stratégique 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	65	> 70	60,7
Commentaires <u>1.09.01-PS</u> Cible non atteinte. Mesures mises en place pour favoriser l'atteinte de l'engagement Un comité de travail a été mis en place dans une installation ciblée par des durées moyennes de séjour plus importantes afin de diminuer les délais relatifs à la prise en charge médicale de la clientèle ambulatoire. Les stratégies ciblées pour l'optimisation seront intégrées et harmonisées dans les autres salles d'urgence de la région avec le comité régional des salles d'urgence.			

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
1.09.16-PS Nouvel indicateur de la planification stratégique 2019-2023. Voir commentaires plus bas.			
1.09.43-PS et 1.09.44-PS La durée moyenne de séjour sur civière a augmenté légèrement, et ce, pour quatre sites. Le taux d'occupation à l'étage, particulièrement avec les NSA, augmente le nombre d'usagers sur civière ne pouvant être admis à l'étage, ce qui occasionne un impact sur la charge de travail du médecin à l'urgence, donc une non-atteinte des indicateurs. En raison du manque de médecin, il est difficile d'ajouter un médecin en surnuméraire à l'urgence pour certaines installations déjà affectées par une pénurie de médecins. La sollicitation du mécanisme de dépannage permet d'éviter des ruptures de services dans les urgences.			
Mesures mises en place pour favoriser l'atteinte de l'engagement Les indicateurs relatifs aux salles d'urgence sont diffusés aux médecins chefs de départements, chefs de service et adjoints. Depuis janvier 2020, les cibles du MSSS pour ce qui est des usagers sur civière à l'urgence contenant maintenant quatre niveaux sont incluses dans le fichier général de gestion de lits compilées quotidiennement depuis quelques années. Ces indicateurs font l'objet d'une vigie par la direction et par les membres du comité stratégique de cheminement des usagers. Des actions sont prises lors de débordement, et ce, selon le plan de désencombrement des urgences.			
Santé physique - Soins palliatifs et de fin de vie			
Plan stratégique 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	365	> 505	356
Plan stratégique 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	25	24	18
Plan stratégique 1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	11,8	13	12,6
Commentaires 1.09.05-PS Cible non atteinte. Nous poursuivons l'analyse de notre processus pour identifier la cause de cette non-atteinte. Nous allons regarder du côté des intrants, car actuellement tous les cas de soins palliatifs sont traités en priorités par l'équipe des soins à domicile (SAD). Nous vérifierons si la codification de nos profils 121 s'effectue selon les critères.			
1.09.46-PS Notre résultat n'a pas atteint la cible.			

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Facteurs qui influencent le résultat de l'engagement			
Il n'est pas toujours possible d'avoir un suivi médical 24 h sur 24 ni d'avoir le soutien infirmier et le nombre d'ASSS en quantité suffisante pour permettre une implication des proches aidants qui favoriserait le maintien à domicile jusqu'au décès. Des efforts supplémentaires sont déployés afin de trouver des solutions pour que le choix de demeurer à domicile soit envisagé plus souvent par les usagers plutôt que d'opter pour l'hospitalisation en centre hospitalier.			
Mesures mises en place pour favoriser l'atteinte de l'engagement			
Nous devons analyser notre processus afin de voir ce qui nous empêche d'atteindre la cible. Nous sommes à comparer l'évolution des dernières années via les lits de soins palliatifs ou les lits de soins courte durée pour la clientèle soins palliatifs qui était suivie par le SAD. Des actions seront entreprises en fonction des causes identifiées.			
Santé physique - Chirurgie			
Plan stratégique			
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour l'ensemble des chirurgies	1	0	50
Addenda - Plan stratégique 19-23			
1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	139	< 307	554
Commentaires			
1.09.32.00-PS Cible non atteinte. Les disponibilités restreintes pour certaines spécialités, de même que la pénurie de main-d'œuvre, constituent un défi. Nous poursuivons les suivis des délais de chirurgie par l'amélioration de la gestion des listes d'attente avec l'équipe médicale répondant aux exigences de l'entente de gestion. Voir également commentaires du volet chirurgie oncologique.			
1.09.32.10 Cible non atteinte.			
Facteurs qui influencent le résultat de l'engagement			
La pénurie de personnes formées au bloc opératoire d'Amos et la diminution des priorités (82 % des cas sont en orthopédie). Pour le bloc opératoire de Rouyn-Noranda, un seul anesthésiste en poste pour la majorité de l'année (un anesthésiste en maladie, un poste en recrutement), ce qui a provoqué une diminution des priorités. Voir également commentaires du volet chirurgie oncologique.			
Santé physique – Services de première ligne			
Plan stratégique			
1.09.25-PS Nombre total de GMF	7	7	7

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Plan stratégique 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	82,8	> 85	82,2
Addenda - Plan stratégique 19-23 1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	118 332	> 104 444	99 156
Commentaires <u>1.09.25-PS</u> Cible atteinte. <u>1.09.27-PS</u> La cible n'est pas atteinte. Nous éprouvons certaines difficultés de recrutement en médecine de famille d'où l'intensification des démarches avec Recrutement Santé Québec à l'hiver 2020 ce qui aura pour impact positif une augmentation de la prise en charge médicale, particulièrement pour les RLS de Val-d'Or (Senneterre) et Rouyn-Noranda. Nous diffusons régulièrement cet indicateur au département régional de médecine générale (DRMG), à la table de concertation des GMF et dans le tableau de bord de gestion du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Répartition des données « Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille » dans les cinq territoires à la période 6 : • Abitibi-Ouest : 90,14 %; • Abitibi : 93,11 %; • Rouyn-Noranda : 79,94 %; • Val-d'Or : 75,04 %; • Témiscamingue (Ville-Marie et Témiscaming/Kipawa) : 79,92 %. <u>1.09.27.01-PS</u> Nouvel indicateur (addenda) à l'Entente de gestion 2019-2020 et de la planification stratégique 2019-2023. Voir commentaire précédent pour plus de détails.			
Santé physique – Imagerie médicale			
Plan stratégique 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	67,4	100	62,5
Plan stratégique 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	100	100	84,5

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Plan stratégique 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100	100	100
Plan stratégique 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	80	> 90	85,4
Plan stratégique 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	61,6	100	48,6
Plan stratégique 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	80,9	100	55,3
Plan stratégique 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	95,4	100	78,6
Plan stratégique 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	66,3	> 85	59,5
Commentaires Facteurs qui influencent le résultat de l'engagement Nous vivons un enjeu important de pénurie de médecins radiologistes avec, à un certain moment, seulement trois radiologistes étaient en poste au cours de l'année 2019-2020 (absence/congé maternité, etc.). Quelques radiologistes dépanneurs viennent prêter main-forte à certains moments, mais ils ne sont pas toujours habilités pour soutenir des interventions telles que les biopsies mammaires, des scopies, etc. L'enjeu est connu par les responsables de l'imagerie au MSSS qui nous soutiennent dans nos démarches.			

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Nous vivons également une nette augmentation des demandes d'IRM, en plus de la fin de vie de notre appareil mobile actuel. Nous avons battu des records d'examens produits en ouvrant 16 heures. L'appareil a été plusieurs fois hors fonction en raison de bris. De plus, il nous est impossible d'ouvrir sur 24 heures actuellement par manque de technologues là où notre appareil a été immobilisé pendant la pandémie. L'appareil de remplacement devait être en fonction en septembre 2020, mais la date est repoussée, avec l'ensemble des travaux à venir et la pandémie, à l'hiver 2021. Mesures mises en place pour favoriser l'atteinte de l'engagement - Recrutement en cours avec ARQ. - Retour de deux des radiologistes de leur congé de maternité. - Plan de rattrapage en cours au niveau des échos mammaires. - Suivi étroit en cogestion. - Nous sommes un établissement pilote pour l'implantation du CRDS-I. Cela nous permettra de faciliter l'accès aux services pour les usagers qui le désirent. Le nivellement en fonction des disponibilités des technologues et des radiologistes sera facilité. - La mise en place de bourses par le MSSS soutenant la formation de technologues autonomes en échographie nous permettrait de poursuivre nos activités lors de l'absence de radiologistes et peut-être d'élargir nos heures d'ouverture. - Pour l'IRM mobile, nous tenterons de la maintenir en fonction aussi longtemps que possible, malgré l'arrivée de l'appareil fixe. Nous sommes d'avis que la région devrait avoir un minimum de deux appareils.			
Santé physique - Cancérologie			
Plan stratégique			
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	87,4	> 90	84,5
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	98,8	100	97,2
Commentaires : 1.09.33.01-PS Cible partiellement atteinte et 1.09.33.02-EG2 Cible atteinte à 97 %			

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Facteurs qui influencent le résultat de l'engagement et problématiques connues Pour ce qui est du dépistage du cancer du sein, nous éprouvons des difficultés en lien avec le maintien des listes de garde en radiologie et des cliniciens spécialistes en cancer du sein. L'arrimage des résultats en pathologie a également amené certains problèmes en lien avec la coordination des interventions de types « harpons », ce qui a engendré certains dépassements associés aux chirurgies oncologiques. Des actions sont constamment en branle pour diminuer ces délais. La pénurie de main-d'œuvre demeure le défi majeur ainsi que la pénurie de médecins spécialistes. Pour ce qui est des blocs opératoires en région, nous devons composer avec une pénurie importante de personnel infirmier dans plusieurs blocs opératoires, soit 50 % des effectifs présents à Rouyn-Noranda, 75 % à Amos et 60 % à Val-d'Or, ce qui a eu pour effet de causer une diminution de l'accessibilité aux priorités opératoires. Également, pour l'installation de Rouyn-Noranda, un seul anesthésiste a été disponible en 2019-2020, donc une seule salle était disponible pour les urgences et semi-urgences. Pour cette installation, les anesthésistes dépanneurs ont été requis toute l'année, de même que plusieurs semaines de couverture avec l'équipe SWAT en anesthésie afin d'éviter une fermeture complète du bloc opératoire de Rouyn-Noranda.			
Mesures correctives en mises en place • Poursuite des suivis des délais de chirurgie par l'amélioration de la gestion des listes d'attente avec l'équipe médicale. • Suivi des chirurgies oncologiques en partenariat avec les infirmières en préadmission et les agentes administratives et encadrement des demandes de chirurgies oncologiques afin de répondre à l'entente de gestion dans un délai de 28 jours. • De par les travaux du « chantier chirurgie » du MSSS, révision des pratiques dans l'organisation, dont celles reliées aux saisies des différents indicateurs, ce qui a eu pour résultat le dépassement de certains délais (ex. : la saisie de la non-disponibilité des usagers a été révisée). Le rattrapage des délais occasionnés est en cours. • Poursuite du recrutement en anesthésie pour laquelle un médecin étranger débutera sa pratique à l'installation de Rouyn-Noranda en juin 2020. Cette dernière installation s'est vue aussi bonifiée avec le retour d'un anesthésiste qui était absent durant la dernière année. • En lien avec la pandémie, l'ensemble des chirurgies oncologiques est priorisé. • Un plan de reprise détaillé des activités a été déposé au ministère suite à la pandémie et des interventions particulières sont visées pour le recrutement et la dotation des postes du secteur du bloc opératoire et ce, afin de s'assurer du rattrapage des chirurgies de catégories D et E dans la prochaine année.			
Santé physique – Services spécialisés			
Plan stratégique 1.09.49.01-EG2 Pourcentage de patients référés par un médecin de famille qui ont reçu des services spécialisés dans les délais associés à leur condition clinique (priorité A, B, C)	N/A	90	Cet engagement a été retiré par le MSSS
Plan stratégique 1.09.49.02-EG2 Pourcentage de patients référés par un médecin de famille qui ont reçu des services spécialisés dans les délais associés à leur condition clinique (priorité D et E)	N/A	75	Cet engagement a été retiré par le MSSS

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Addenda - Plan stratégique 19-23 1.09.49-EG2 Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisé à l'intérieur des délais (Priorités A-B-C-D-E)	N/A	> 80	82,8
Commentaires 1.09.49-EG2 Cible atteinte à 97 %. Il est difficile pour certaines spécialités de respecter les délais, notamment immunologie-allergie, endocrinologie, gastro, médecine interne, néphrologie, oncologie, ophtalmologie, orthopédie, rhumatologie et psychiatrie, car l'établissement éprouve des difficultés de recrutement pour celles-ci. Les activités de recrutement se poursuivent, dont le recrutement de médecins étrangers.			
Ressources matérielles			
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100
Commentaires 2.02.02-EG2 Les mesures suivantes ont été mise en place pour atteindre l'engagement. • Devis de services en hygiène et salubrité qui explique l'attribution des tâches et responsabilités ainsi que les fréquences de nettoyage; • Participation aux rencontres des tables cliniques PCI; • Table régionale en hygiène et salubrité; • Présentement en évaluation, un logiciel de gestion des temps et mouvements et contrôle de qualité pour l'hygiène et salubrité; • Contrôle de qualité fait régulièrement.			
Ressources humaines			
Plan stratégique 3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	8,98	< 8,76	8,82
Plan stratégique 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	5,65	< 5,23	5,87
Plan stratégique 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	2,73	< 1,25	5,72
Addenda - Plan stratégique 19-23 3.05.03 - Ratio de présence au travail	N/A	> 88,20	88,65

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Commentaires <u>3.01-PS, 3.05.02-PS et 3.06.00-PS</u> La cible n'a pu être atteinte pour ces trois indicateurs. Facteurs qui influencent le résultat de l'engagement La pénurie de main-d'œuvre durant l'année 2019-2020 s'est accentuée dans plusieurs titres d'emploi, mais particulièrement au niveau des titres d'emploi infirmiers. Par conséquent, l'utilisation de la MOI a fortement augmenté, créant un écart important entre les résultats et l'engagement 2019-2020. De plus, l'augmentation du nombre de postes lié aux financements du MSSS a créé une certaine contrainte puisque la pénurie, pour plusieurs postes, s'est soldée par de la MOI pour assurer l'offre de service auprès de la population. La cible du taux de temps supplémentaire n'a pas été atteinte. Le contexte actuel, soit l'augmentation des départs, la diminution des cohortes d'étudiants due à un creux démographique chez les 15-19 ans et la hausse de l'absentéisme dans certaines catégories d'emploi, explique en partie la non-atteinte de nos cibles. Mesures mises en place pour favoriser l'atteinte de l'engagement Afin de minimiser l'impact de cette pénurie, plusieurs actions ont été réalisées : La Direction des ressources humaines et affaires juridiques (DRHAJ) a su se réorganiser afin de mobiliser l'ensemble de son équipe et répondre adéquatement aux différents enjeux de main-d'œuvre : • Nomination d'une nouvelle directrice; • Réorganisation de la DRHAJ et introduction du volet stratégique; • Dotation de postes de professionnels et cadres; • Identification des cinq priorités ressources humaines afin d'accroître la disponibilité du personnel actuel et futur et de la vision/mission de la direction. De plus, certaines actions spécifiques ont été réalisées : • Actualisation du rehaussement FIQ (plus de 60 % de la main-d'œuvre ont maintenant un poste à temps complet); • Stabilisation des postes (FIQ); • Incitatifs pour la couverture régionale des candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI); • Collaboration avec le Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue afin d'offrir une AEC soins infirmiers; • Passerelle permettant aux infirmières auxiliaires d'accéder au titre d'emploi d'infirmière; • Horaire autogéré (projet pilote); • Embauche à l'international avec RSQ; • Introduction des assistants en réadaptation et d'étudiants au titre d'emploi aide social dans certains secteurs d'activités; • Création d'équipes volantes (SCFP); • Affichage des postes multiprofessionnel (APTS); • Horaire de travail quatre jours (APTS); • Poste ARH avec permis de psychothérapie.			

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Présence au travail : • Interventions ciblées en prévention (SST) SAPA, santé mentale et DI-TSA-DP; • Poursuite du déploiement PDSB dans l'action; • Plusieurs interventions de climat de travail/civilité au travail. De plus, différentes actions sont à venir : • Rehaussement des postes PAB et ASSS (entente signée avec le syndicat, en cours de déploiement); • Rehaussement TS/ARH (travaux en cours); • Optimisation du processus de sélection : acquisition et implantation d'un CV Manager (juin 2020); • Élargissement de nos bassins de main-d'œuvre (personnes en situation de handicap, personnes autochtones, minorités visibles) qui intégreront le marché du travail; • Intégration des travailleurs âgés de 65 ans et plus. L'ensemble des secteurs d'activités de la DRHAJ a également revu un grand nombre de processus afin de s'assurer de répondre aux priorités identifiées par la DRHAJ. 3.05.03 La cible est atteinte pour ce nouvel indicateur (addenda) de la planification stratégique 2019-2023.			
Multiprogrammes			
Plan stratégique 7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	57,1	> 70	56,2
Plan stratégique 7.02.00-PS Taux d'implantation de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir	45	100	47

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Commentaires 7.01.00-PS En période 6, la cible est non atteinte. La pénurie de main-d'œuvre demeure un défi important et a amené une vague de départs, ce qui a demandé certains ajustements au niveau de la gestion des ressources humaines. Mesures mises en place pour favoriser l'atteinte de l'engagement L'harmonisation des accueils cliniques a été déployée ce qui nous a permis de gagner en efficience au niveau de nos processus. Les chefs de service ont mis en place rapidement les formations continues obligatoires pour l'orientation des nouveaux TS en poste aux services sociaux généraux (SSG) ainsi que l'incontournable ajustement du nombre de suivis (max. 12 rencontres), ce qui signifie une gestion clinique adéquate ainsi que le respect du nombre de rencontres maximales aux SSG. Pour les prochaines périodes, les mesures seront les suivantes : 1. Suivi d'un plan d'amélioration continue qui prévoit : • Soutien clinique accrue des TS; • Mise en place de mécanismes de révision des listes d'attente; • Soutien et accès aux meilleurs outils de pratique pour suivis aux SSG; • Révision individuelle de la charge de travail (nombre de cas) des TS. 2. Collaboration avec les autres directions dans la continuité du projet d'harmonisation des accueils cliniques; 3. Intervention en prévention du suicide; 4. Gestion et suivis des clientèles se présentant en GMF afin d'éviter les dédoublements de services. 7.02.00-PS La cible indiquée aux Ententes de gestion et d'imputabilité 2019-2020 est 100 %, mais un taux d'implantation de 70 % au 31 mars 2020 est visé et sera jugé satisfaisant par le MSSS puisque des délais sont encourus dans la livraison des outils cliniques associés à la stratégie d'accès (outils de repérage, guide des bonnes pratiques, formations et outils) (source : Bulletin EGI, vol. 15 no 25). Considérant l'ajustement de cette cible par le MSSS, nous considérons l'objectif atteint pour l'année 2019-2020. Pour les prochaines périodes, et dans l'attente des outils cliniques à être livrés par le MSSS, les travaux porteront principalement sur : 1. Le suivi du plan d'action du déploiement de la stratégie d'accès; 2. Les composants 9A et 9B de la stratégie d'accès; 3. La consolidation de la continuité et de la qualité des services auprès des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir; 4. La réalisation d'un aide-mémoire des services locaux en itinérance; 5. La poursuite des activités du comité directeur intersectoriel en itinérance de l'Abitibi-Témiscamingue pour le déploiement de la stratégie d'accès.			

* Un retard dans le chargement de certains indicateurs engendre la non-disponibilité de certaines données à la date où le portrait ci-dessous est dressé. Certaines données peuvent être disponibles dans les prochaines semaines, peut-être assujetties aux changements.

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Autres résultats : certains indicateurs du Plan stratégique 2019-2023 du MSSS

Indicateur	Résultat au 31 mars 2020	Commentaires
1.03.05.05 Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	465 741	Nous poursuivons le développement d'entente d'achat de services avec nos divers partenaires, dont les RPA. Nous sommes aussi actuellement en démarche avec l'équipe du MSSS, car un calcul sommaire des établissements comparables au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue semble démontrer que la cible n'est peut-être pas adaptée en regard au taux d'intensité de services populationnelle. La table de travail avec l'équipe du MSSS a été retardée en raison de la pandémie de la COVID-19.
1.03.05.06 Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	6 476	Nous voyons une diminution du nombre d'usagers suivi en SAD de longue durée. Cette diminution s'explique dans une vision de pertinence clinique, car nous avons diminué de 5 % le nombre de profils 1 à 3 suivis passant de 28 % en 2017-2018 à 23 % en 2019-2020. Nous sommes actuellement en démarche avec l'équipe ministérielle, car un calcul sommaire des établissements comparables au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue semble démontrer que la cible n'est peut-être pas adaptée en regard au taux d'intensité de services populationnelle.
1.06.19 Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins	59,9	
1.08.16 Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	607	Il est remarqué que les délais d'accès pour les jeunes en santé mentale se sont améliorés comparativement à l'année dernière. À la période 2 de l'année 2020-2021, le nombre de personnes en attente est de 60 pour la santé mentale jeunesse et 3 en pédopsychiatrie. Ces données nous démontrent que l'amélioration de l'accessibilité se poursuit malgré la pandémie. Mesures mises en place pour favoriser l'atteinte de l'engagement : • L'affichage des postes de par les nouveaux investissements; • Révision des processus de gestion de la liste d'attente;

O4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Indicateur	Résultat au 31 mars 2020	Commentaires
		• Poursuite de l'implantation de divers plans visant l'amélioration de l'offre de service qui était peu ou pas développé, notamment : l'intervention en trouble grave du comportement (TGC), l'intervention comportementale intensive (ICI) et l'offre de service à la clientèle adulte en matière d'intégration au travail, en intégration sociocommunautaire ou en milieu résidentiel; • Ajout de personnel supplémentaire (en surplus des investissements octroyés) dans les secteurs où la liste d'attente était plus importante; • Révision et harmonisation des standards du guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA); • Implantation en cours du programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) visant les soins par étape, les interventions brèves, l'auto-soins et la mise en place de groupes à partir de la liste d'attente du GASMA.

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité



05. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

L'Agrément

Une visite d'agrément a eu lieu du 10 au 14 juin 2019. Il s'agissait de la première d'une série de trois visites prévues dans la planification 2018-2023 d'Agrément Canada. Ainsi, les séquences 1 et 2 ont été visitées. Les secteurs concernés étaient ceux de la gouvernance, du leadership, des programmes Jeunesse, Santé publique et de la Santé mentale et Dépendance. Les normes transversales étaient aussi couvertes par cette visite : gestion des médicaments, prévention et contrôle des infections et retraitement des dispositifs médicaux réutilisables.

Le 30 septembre 2019, à la suite des excellents résultats obtenus lors de la visite, Agrément Canada a confirmé au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, le maintien de son statut agréé. Au terme de sa visite, Agrément Canada a tenu à souligner l'enthousiasme et l'engagement du personnel rencontré et a mentionné que la fierté manifestée par toutes les équipes laisse présager une préoccupation constante pour l'amélioration continue de la qualité des services offerts à la population de l'Abitibi-Témiscamingue.

Afin de conserver ce statut, des mesures de suivi ont toutefois été exigées par Agrément Canada pour les séquences 1 et 2, en deux phases distinctes (28 février et 28 août 2020) :

- Gestion des médicaments (2.3.3), (2.3.5), (2.6), (8.4), (9.3.4), (9.4.3), (11.2), (23.3);
- Leadership (12.2), (15.7.1), (15.7.2), (15.7.4), (15.7.5), (15.7.6), (9.8.1);
- Prévention et contrôle des infections (2.10);
- Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables (3.2), (3.4), (3.5), (3.6), (11.8), (11.10);
- Programme Jeunesse-Chapitre 1 Excellence des services (7.7);
- Programme Jeunesse-Chapitre 2 Périnatalité et obstétrique (1.73.1), (1.73.2), (1.73.3), (1.73.4), (2.2.1), (4.1);
- Programme Jeunesse-Chapitre 4 Jeunes en difficulté (1.47);
- Programme Jeunesse-Chapitre 6 Santé mentale en communauté (2.1.1), (2.1.2), (2.1.3);
- Programme Jeunesse-Chapitre 8 Procréation médicale assistée (1.20.1), (1.20.2), (1.20.3), (1.20.4), (2.1.1), (2.1.2), (2.1.3);
- Programmes Santé mentale et Dépendance-Chapitre 2 Santé mentale-Usagers inscrits (1.39.1), (1.39.2), (1.39.3), (1.39.4), (1.60.5);
- Programmes Santé mentale et Dépendance-Chapitre 3 Urgences psychiatriques (1.67.5);
- Programmes Santé mentale et Dépendance-Chapitre 4 Santé mentale-Usagers admis (1.26.1), (1.26.2), (1.47.5);
- Programmes Santé mentale et Dépendance-Chapitre 5 Dépendances-Usagers inscrits (1.16.1), (1.16.2), (1.16.3), (1.16.4), (1.66.5);
- Programmes Santé mentale et Dépendance-Chapitre 6 Dépendance-Usagers admis (1.59.5).

Le 17 avril 2020, Agrément Canada a exigé un complément d'information quant à certains suivis exigés pour le 28 février 2020. Les équipes travaillent à la conformité de ceux-ci pour le 28 novembre 2020.

- Leadership (15.7.1), (15.7.2), (15.7.5), (9.8.1).

Quant aux suivis exigés pour le 28 août 2020, les équipes-qualité sont à pied d'œuvre pour rendre leurs suivis selon les échéances convenues avec Agrément Canada.

Dès l'automne 2019, les directions des programmes de santé physique et des services généraux ont démarré leur démarche d'amélioration continue afin d'être fins prêtes pour la visite de la séquence 3 prévue au printemps 2023.

Fort de ce bilan positif, pour les secteurs ciblés lors de la visite, l'établissement maintient ses standards de qualité en gardant ses équipes d'amélioration continue actives et du même coup s'assure d'améliorer sa conformité pour lesquels des défis sont à relever.

05. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

La sécurité et qualité des soins et des services

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

L'établissement a instauré des mécanismes de suivi concernant la qualité des soins et la sécurité des usagers. Les actions réalisées pour promouvoir la déclaration, les actions prises, le suivi rigoureux des événements indésirables et la divulgation des incidents et accidents sont les suivantes :

- L'établissement a poursuivi l'harmonisation de politiques et procédures en gestion des risques. Le travail se poursuit notamment à l'égard de la Procédure avis, alerte et rappel, la Procédure bris-perte et réclamation ainsi que la Procédure du code jaune (procédure de fugue) qui ont été adoptées au sein de l'établissement. Nous croyons être en mesure d'adopter en 2020 une version harmonisée, au sein du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, de la procédure ainsi que les documents en lien avec le code de mesures d'urgence clinique, soit la personne en détresse (code mauve). Les activités de délestage liées à la COVID-19 sont tout de même à considérer dans l'avancement des divers dossiers et des éléments relatifs à la gestion des risques.
- Plusieurs présentations, séances de sensibilisation et de formation concernant la déclaration des incidents et accidents ont été réalisées, formant et sensibilisant ainsi 993 personnes incluant les nouveaux employés. Ces séances visaient à :
 - » Rappeler l'obligation de déclarer les événements pour assurer un suivi étroit et continu des incidents et accidents
 - » Donner à la sécurité la priorité qu'elle requiert
 - » Mettre en place des mesures pour en prévenir la récurrence et assurer un soutien aux personnes touchées par de tels événements
 - » S'assurer que les événements et leurs conséquences soient divulgués aux usagers, aux familles ou au représentant légal, et ce, dans une culture de sécurité et de non-blâme.

Les principaux éléments qui caractérisent la notion de divulgation ont fait l'objet de vigie au sein du comité de gestion des risques régional ainsi qu'auprès des sous-comités en gestion des risques afin que la divulgation des accidents avec conséquences soit réalisée dans l'optique de la divulgation obligatoire des événements avec conséquences au sens de la loi.

- L'établissement a assuré le suivi des activités découlant des déclarations des incidents et accidents avec son équipe d'agentes de planification, de programmation et de recherche (APPR) en gestion des risques. Avec les gestionnaires et les équipes concernées, elles voient au bon fonctionnement de la gestion des risques auprès des équipes cliniques, administratives et des gestionnaires des directions. Cette vigie est réalisée par les sous-comités en gestion des risques, notamment par :
 - » la présentation du bilan des incidents-accidents;
 - » la réalisation des constats principaux;
 - » l'identification des principales pistes d'amélioration;
 - » le suivi des recommandations et leur application;
 - » la mise en œuvre de mesures de prévention de la récurrence.
- Toutes les déclarations sont analysées en vue d'identifier et mettre en place des mesures de prévention de la récurrence. Le fruit de ces analyses permet de prévenir la récurrence des événements dans une perspective régionale, dans toutes les installations des MRC de l'Abitibi-Témiscamingue. La Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQÉPÉ) a mis en place un système de suivi et de vigie quant aux modalités du processus de gestion des risques afin de s'assurer que des actions et des démarches sont entreprises par la direction ou l'instance concernée quant au respect du processus de divulgation et des mesures de soutien offertes aux usagers.
- En conformité avec les orientations prises par la DQÉPÉ et entérinées par le comité régional de gestion des risques du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, les directions cliniques ainsi que la Direction des services techniques et logistique (DSTL) ont tenu des sous-comités de gestion des risques. Les sous-comités ont, entre autres, la responsabilité :
 - » d'assurer le suivi aux déclarations d'incidents et accidents spécifiques à leurs directions;
 - » d'identifier les mesures nécessaires pour éviter la récurrence d'événements indésirables;
 - » de cibler les actions pertinentes ainsi que les besoins en formation.

05. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

- En 2019-2020, onze rencontres de sous-comités ont eu lieu pour assurer le suivi des activités en gestion des risques et des recommandations en découlant. Trois rencontres du comité régional de gestion des risques se sont tenues cette année, soit le 28 mai 2019, 24 septembre 2019 et 17 décembre 2019. Le comité régional de gestion de risque du 17 mars 2020 a été reporté en raison du contexte pandémique associé à la COVID-19. Il a été reporté au 30 juin 2020.
- L'établissement s'est doté d'un tableau de bord de gestion qui tient à jour le suivi apporté à chaque situation déclarée et qui fait l'objet d'une ou plusieurs recommandations. Les situations analysées et le suivi apporté par les directions permettent de valider les solutions et mesures correctives en vue de prévenir la récurrence des événements indésirables. Chaque intervenant et gestionnaire reçoit un accompagnement adapté aux circonstances afin d'assurer la pérennité des mesures mises en place. La DQÉPÉ s'assure que les moyens appropriés sont pris autant pour le soutien que pour l'accompagnement au personnel et aux usagers. Cette année, le tableau de suivi des recommandations pour les événements F et plus ainsi que les événements sentinelles a été utilisé et bonifié au fil de son exercice d'utilisation afin d'assurer le suivi des recommandations effectuées en gestion des risques de même que pour permettre le suivi des recommandations sur le plan régional en termes d'harmonisation si nécessaire. Un formulaire pour l'envoi des recommandations ainsi que pour la rétroaction de la part des directions a été élaboré et utilisé pour assurer la vigie relative aux recommandations issues de l'analyse des événements en gestion de risque, et ce, dans une perspective de prévention dans la récurrence locale et régionale.
- Un outil pour la réalisation d'analyses prospectives a été bonifié avec la mise en place d'objectifs et d'indicateurs de suivi.
- Le processus de révision des politiques et procédures relatives à la gestion des risques est commencé et se poursuit.

Le fruit du travail réalisé et les informations compilées en lien avec les situations des événements en gestion des risques déclarés permettent à la DQÉPÉ de formuler des recommandations systémiques concernant plusieurs directions ou groupes d'usagers, facilitant ainsi l'identification des moyens mis en place pour le soutien et l'accompagnement aux instances concernées.

Annuellement, un suivi des activités du comité régional de gestion des risques est fait au comité de vigilance et de la qualité. De plus, à chaque conseil d'administration, le tableau de bord comportant une section « qualité » est présenté et dresse, entre autres, le portrait de la gestion des risques et de la prévention des infections.

Globalement, voici les événements (incidents et accidents) ainsi que leur répartition par type d'événements.

La nature des trois principaux types d'incidents et accidents mis en évidence au moyen du système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS)

Types événements Incidents	Nb A-B	Total des événements (incidents et accidents)	Pourcentage des incidents par rapport à l'ensemble des événements
Médication	554	3 632	15,25 %
Chute	42	3 806	1,10 %
Autres ¹	1 047	4 041	25,91 %
Sous-total	1 643	11 479	

Données non exhaustives extraites en date du 2 juin 2020. L'établissement a jusqu'au 1^{er} août 2020 pour finaliser la compilation des données dans le système. Un délai supplémentaire a été accordé à l'établissement en raison de la COVID-19, pandémie qui sévit actuellement au Québec et ailleurs dans le monde. Se référer au Registre national sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux pour les données complètes et finales.

¹ Les divers types d'événements qui surviennent sont composés des événements autres que la médication et les chutes. Par exemple, les événements liés à la diète, au bâtiment, au matériel, à l'équipement, aux effets personnels, aux abus-agression, aux tests d'imagerie, aux tests de laboratoire, aux traitements, aux retraitements des dispositifs médicaux, etc.

O5. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Types événements Accidents	Nb C à I	Total des événements (incidents et accidents)	Pourcentage des incidents par rapport à l'ensemble des événements
Médication	3 078	3 632	84,75 %
Chute	3 764	3 806	98,90 %
Autres ²	2 994	4 041	74,09 %
Sous-total	9 836	11 479	

Données non exhaustives extraites en date du 2 juin 2020. L'établissement a jusqu'au 1er août 2020 pour finaliser la compilation des données dans le système. Un délai supplémentaire a été accordé à l'établissement en raison de la pandémie qui sévit actuellement au Québec et ailleurs dans le monde. Se référer au Registre national sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux pour les données complètes et finales.

À cet effet, la répartition des événements « autres » est principalement liée aux types d'événements suivants :

- Les blessures d'origines inconnues et les blessures d'origine connue;
- Les erreurs liées au dossier;
- Les événements liés aux mesures de contrôle;
- Les événements liés aux fugues et aux disparitions (encadrement intensif) et autres;
- Les tentatives de suicide/suicide.

Faits saillants - bilan des activités réalisées par le comité de gestion des risques en 2019-2020

- Le comité a assuré le suivi des événements de gravité plus importante et des événements de type sentinelle dans un tableau qui recense les activités dont le comité doit assurer la vigie. Ce tableau permet, entre autres, d'assurer le suivi des recommandations ainsi que des actions mises en place. Toujours en amélioration continue, ce tableau de bord est présent depuis janvier 2019 et des améliorations sont en cours afin de le rendre plus fonctionnel. Nous constatons que certains suivis comportent des délais dans la mise en place des recommandations. Pour améliorer la situation, nous avons mis en place, cette année, un mécanisme formel de transmission et de suivi des recommandations afin de formaliser l'envoi des recommandations et leur suivi. Le mécanisme est toujours en amélioration. La réalisation des mécanismes de prévention de la récurrence dans une perspective régionale est aussi en amélioration.
- Le comité a assuré la vigie de la saisie des événements ainsi que sur le taux de divulgation. Cette information est disponible dans le bilan des événements présenté à chaque comité.
- Le comité a reçu une présentation sur l'implantation des six pratiques exemplaires en prévention et contrôle des infections. Ces pratiques exemplaires sont actuellement en implantation sous forme de projet pilote. Un partenariat entre la prévention et contrôle des infections (PCI), la gestion des risques de même qu'avec les programmes concernés est mis en place. Nous espérons que l'implantation sous forme de projet pilote permettra la pérennité des mesures instaurées.
- Le comité a été tenu informé des formations et des sessions sur la sensibilisation relative à la gestion des risques sur tout le territoire de la région de l'Abitibi-Témiscamingue de tous les secteurs sur la gestion des risques. En 2019-2020, 993 personnes ont été formées, incluant les CEPI, gestionnaires, nouveaux employés, médecins et personnels cliniques.
- Le comité a été tenu informé des travaux entourant le plan de sécurité, dont :
 - » les travaux entourant la prévention du suicide ainsi que le plan d'action en cours;
 - » le portrait de la PCI incluant le lavage des mains ainsi que les mesures mises en place;
 - » les travaux en cours sous forme de projet pilote à l'unité de médecine de Rouyn-Noranda concernant l'administration des médicaments, notamment dans le cas des omissions;
 - » les travaux à réaliser suite à la visite en CHSLD faites par la DSTL;

² Les divers types d'événements qui surviennent sont composés des événements autres que la médication et les chutes. Par exemple, les événements liés à la diète, au bâtiment, au matériel, à l'équipement, aux effets personnels, aux abus-agression, aux tests d'imagerie, aux tests de laboratoire, aux traitements, aux retraitements des dispositifs médicaux, etc.

05. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

- » l'aménagement sécuritaire des unités de psychiatrie interne pour les usagers. Par ailleurs, une présentation des travaux à réaliser a été faite par la DSTL; une mise à jour du plan a d'ailleurs été réalisée et un mécanisme de suivi a été instauré en partenariat avec la DSTL, la gestion des risques et la Direction des programmes Santé mentale et Dépendance (DPSMD);
- » le programme de gestion intégré de la qualité, de la sécurité et des risques ainsi que le bilan du programme de gestion intégré de la qualité, de la sécurité et de la gestion des risques;
- » les objectifs des sous-comités en gestion des risques pour l'année 2019-2020; une nouvelle forme de bilan des comités a été instaurée cette année en mettant l'accent sur l'analyse des événements, la divulgation, les suivis quant aux différents risques identifiés de même que les objectifs de la direction et les particularités discutées;
- » les travaux en cours concernant l'application de la Loi Vanessa au sein du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue;
- » les travaux entourant l'harmonisation des codes d'urgence cliniques (code jaune, code blanc, personne en détresse) par la personne responsable du dossier;
- » la représentativité du CUSM (département de laboratoire) au sein du comité de gestion des risques régional. Un mécanisme de communication et de collaboration a aussi été instauré avec le CUSM de pair avec la Direction des soins infirmiers (DSI) afin de couvrir les risques quant à la sécurité transfusionnelle.

Recommandations et suivis demandés par le comité

Le comité de gestion des risques a émis une recommandation concernant la révision des règles de fonctionnement du comité de gestion des risques. Ces modifications furent adoptées par le conseil d'administration en février 2020.

Des suivis ont été demandés par le comité relativement à :

- La révision du bilan des événements afin d'en améliorer le contenu et en préciser les recommandations et leurs suivis; l'utilisation d'un outil interactif permettant la présentation des données sur les incidents-accidents a été débuté en mars 2020 et permettra de visualiser les données de façon plus conviviale;
- La création d'un tableau de suivi des recommandations touchant les événements sentinelles et les événements à portée régionale;
- La création d'un tableau présentant les taux de chute et les événements en lien avec la médication ainsi que l'extraction des événements en lien avec les laboratoires;
- La bonification du tableau en y ajoutant les dates d'événements, la date de réalisation sur le plan régional ainsi qu'un comparatif avec les années précédentes, la catégorie et le site. Le tableau est présentement en cours de modifications et d'améliorations, notamment en lien avec le suivi et la vie de la démarche.
- À la suite de l'analyse des risques concernant l'application Médiclinic, le comité de gestion des risques a demandé que le comité de direction en soit saisi pour décision et gestion de la situation et une direction fut nommée responsable de ce dossier soit la DSI;
- À la suite des constats concernant les taux de divulgation se situant à 99,2 % pour les événements de E1 à I, le comité a recommandé que des audits de dossier soient réalisés afin de s'assurer que les données sur la divulgation lors d'événement de gravité E1 plus particulièrement soient plus réalistes compte tenu maintenant de la modification du système de saisie SISSS qui requiert une divulgation obligatoire. Notez que les événements E2 sont divulgués à 100 %, les événements E1 à 99 % et les événements F et plus à 100 %. Le suivi des taux de divulgation est réalisé, et ce, pour chaque direction (P1 à P8 2019-2020).

Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales

Un portrait a sommairement été dressé à trois reprises en ce qui concerne les infections nosocomiales et les éclosions. Elles font l'objet d'un suivi au sein de l'établissement, plus spécifiquement au comité stratégique de prévention et contrôle des infections

05. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

nosocomiales (CS-PCIN). Cette instance assure le suivi des tableaux de bord reliés aux infections nosocomiales et différents comités qui assurent l'implantation et le suivi des mesures en lien avec la surveillance, la prévention et le contrôle des infections. Entre autres, la table régionale PCI et les comités locaux PCI, sous la responsabilité de la DSI, soutient l'organisation dans la mise en place des mesures de surveillance, de prévention et de contrôle des infections. Se référer au compte rendu du comité PCI pour le détail des informations.

De plus, les comptes rendus des comités stratégiques ainsi que les tableaux de suivi des éclosions et des infections nosocomiales sont déposés systématiquement lors des rencontres. De plus, les résultats des audits du lavage des mains sont aussi déposés et discutés lors des rencontres.

Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôles des usagers (art. 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS))

Depuis le premier octobre 2019, les mesures alternatives et de contrôle sont maintenant un point statutaire dans les rencontres d'arrimage entre la DSI, la Direction des services multidisciplinaires (DSM) et la DQÉPÉ. Ces trois directions constituent le comité de gouvernance des mesures alternatives et de contrôle.

Les rencontres se font tous les mois et, lors de ce comité, des professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute, conseillère en soins infirmiers et APPR en gestion de risques) se joignent au comité de gouvernance afin d'être en mesure de faire avancer le plan d'action. Celui-ci est en cours depuis avril 2019 et s'échelonne jusqu'en septembre 2021.

L'objectif le plus travaillé à ce jour est l'élaboration du portrait régional des contentions et isolement au sein du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Le premier constat pour cette année est que les outils de base sur l'application des mesures de contrôle et alternatives doivent être diffusés et communiqués davantage. La première action pour répondre à ce besoin a été de créer une tuile intranet regroupant tous les documents concernant les mesures alternatives et de contrôle. De plus, six moyens pour faire connaître les documents de base ont été identifiés et sont en déploiement présentement.

Le comité élargi interdirection en mesures de contrôle et alternatives s'est rencontré à deux reprises cette année. Le but est de faire connaître le plan d'action, de coordonner les actions ainsi que de s'assurer qu'ils aient du sens pour les directions. À l'automne 2020, un questionnaire sur les besoins en matière de mesures alternatives et de contrôle sera envoyé à chacune des directions afin de mieux cibler la réalité terrain et ses besoins.

Au cours de l'hiver 2020, un haut taux de contention a été identifié dans un CHSLD, et certaines actions spécifiques ont été posées. Par exemple, il y a eu une formation d'une heure avec une infirmière clinicienne afin de revoir les bases en mesures alternatives et en mesures de contrôle à laquelle 42 travailleurs et travailleuses ont été formés. En collaboration avec la coordonnatrice et la chef de service SAPA, un plan a été élaboré et des actions ciblées seront mises en place en septembre. Nous verrons par la suite à étendre ces bonnes pratiques au reste de l'établissement.

Afin d'être en mesure de connaître l'état de la situation en matière de mesures alternatives et de contention, plusieurs données sont utilisées. Au niveau de la DSI, une évaluation du taux de prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle est faite. Les données obtenues permettent de connaître le pourcentage d'usagers utilisateurs de contention ou en isolement, ainsi que les types de mesures de contrôle utilisés, leurs modalités d'application, les soins dispensés, le respect des modalités de surveillance et la conformité des notes au dossier.

Pour ce qui est de la Direction du programme jeunesse et de la Direction des programmes DI, TSA et DP, les données des taux de contentions sont suivies de façon minutieuse et disponibles en temps réel. Les rapports de la protection de la jeunesse sont présentés au comité de vigilance ainsi que le bilan annuel. Concernant la Direction du programme SAPA (DPSAPA) les données

05. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

sont disponibles, mais un travail débutera en octobre afin de prévoir un registre. De plus, chaque année, la DQÉPÉ présente les données des événements indésirables (AH) sur le plan des mesures de contrôle au comité de gouvernance des contentions et au comité de gestion des risques dans le but de bien cibler nos actions. Cette année, l'accent sera mis sur l'objectif 4, c'est-à-dire favoriser le maintien et le développement des compétences des intervenants en matière de mesures alternatives et de contrôle.

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

Le comité de vigilance et de la qualité se doit d'examiner toutes les recommandations et les rapports transmis au conseil d'administration de l'établissement et d'en assurer le suivi. Il a assuré le suivi des activités d'amélioration de la qualité réalisées dans le cadre des recommandations des instances externes et internes et des visites appréciatives. Le comité a également assuré le suivi de la mise en place des recommandations faites dans le cadre du régime d'examen des plaintes de l'établissement et assuré une vigie dans d'autres dossiers touchant la qualité et la sécurité des soins et services de l'utilisateur.

Le comité de vigilance et de la qualité a émis deux recommandations particulières au conseil d'administration cette année, notamment en :

- adoptant les enjeux et recommandations émises par le comité des usagers du centre intégré (CUCI) comme il a été indiqué dans leur rapport d'activités 2018-2019 :
 - » Que le CUCI et les directions concernées par la situation des comités des usagers des missions en réadaptation et en centre jeunesse collaborent à la mise en œuvre d'un plan d'action visant le recrutement, la reprise des activités de promotion et le soutien aux personnes qui composeront les comités des usagers.
 - » Que le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue dresse un portrait des ressources financières offertes aux usagers selon la Politique sur les frais de déplacement offerts aux usagers pour recevoir des soins médicaux hors région et qu'une description des impacts liés au manque de soutien financier aux usagers soit faite en vue de faire les représentations nécessaires au MSSS.
 - » Que le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue finalise les travaux d'harmonisation des mécanismes d'accès aux dossiers et que des mesures soient mises en place pour en informer les usagers.
 - » Que le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue poursuive les travaux en cours afin d'implanter l'approche d'utilisateur partenaire et qu'une évaluation des projets en cours soit présentée au CUCI avant le 31 mars 2020.
- recommandant la nomination d'un président ou d'une présidente du comité de vigilance et de la qualité pour l'année 2019-2020.

Dans un souci de bien informer le conseil d'administration de ses activités, un résumé de chaque réunion est transmis au conseil par le président ou la vice-présidente.

RECOMMANDATIONS DES INSTANCES EXTERNES

Pour l'année 2019-2020, les instances externes suivantes ont soumis des recommandations à l'établissement. Il est à noter que les recommandations faites par le Protecteur du citoyen sont classifiées avec le régime d'examen des plaintes de l'établissement, bien qu'il s'agisse d'une instance externe.

Recommandations de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services - Régime d'examen des plaintes

Lors des rencontres du comité, Mme Julie Lahaie, commissaire aux plaintes et à la qualité des services, ou encore la commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services, Mme Dominique Brisson, présente un tableau synthèse des plaintes conclues durant l'année en cours. À l'aide de ce tableau, le comité reçoit l'information sur tous les dossiers de plainte ou d'intervention ayant fait l'objet de recommandations. Il est à noter que le comité analyse les suivis faits à la suite des recommandations par les gestionnaires, et ce, pour l'année en cours, mais également pour les dossiers des années antérieures où la mise en place des recommandations sont toujours en cours. Le comité reçoit ainsi l'information sur les motifs d'insatisfaction reçus et, s'il y a

O5. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

lieu, sur leur récurrence. En présence de problématiques particulières, le comité intervient pour assurer la qualité des services ou le respect des droits des usagers. Comme les objets de plainte et d'intervention sont présentés dans le rapport annuel sur le régime d'examen des plaintes de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, le comité ne traitera pas des détails de ceux-ci dans ce rapport.

La commissaire présente également un portrait des dossiers particuliers reçus pour l'établissement. Le comité est ainsi rapidement avisé de toute situation portant possiblement atteinte aux droits des usagers.

Résumé ou exemples de mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

Les recommandations émises concernent l'application de mesures correctives à portée individuelle ou encore de mesures à portée systémique. À titre d'exemple, des mesures correctives ont été appliquées, visant l'accès aux services, la qualité de ceux-ci, l'organisation matérielle ou l'application de mesures disciplinaires en réponse à des recommandations émises. Des rappels ont été adressés à des membres du personnel ou des équipes à propos de l'attitude à adopter, en conformité avec les valeurs de l'établissement, le code d'éthique et les droits des usagers tels que reconnus par la LSSSS; d'autres rappels ont été faits en lien avec le respect de procédures. En d'autres occasions, la révision ou l'élaboration de politiques et procédures internes a fait l'objet de recommandations. En 2019-2020, c'est 326 mesures d'amélioration qui ont été mises en place grâce aux plaintes et aux signalements des usagers.

Recommandations découlant des plaintes médicales

Le comité a suivi les mesures mises en place concernant l'évolution des dossiers de plaintes médicales. Si l'année 2018-2019 avait connu de nombreux changements dans la gestion des plaintes médicales, l'année 2019-2020 fut une année de consolidation. Le fonctionnement de l'équipe de médecins examinateurs est optimal et le traitement des plaintes médicales est fait avec diligence et rigueur.

Un outil de suivi permettant d'identifier les recommandations émises par les médecins examinateurs au terme de leur analyse est en place et permet au comité de vigilance et de la qualité de recevoir l'information à cet effet lors de chacune de ses réunions. Également, un état de situation des dossiers de plaintes médicales actives, assignés ou non, est présenté au comité à chaque réunion.

Recommandations découlant des dossiers d'intervention

La LSSSS permet aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services d'intervenir de leur propre initiative lorsque des situations sont portées à leur connaissance, lui donnant des motifs raisonnables de croire que le respect des droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers pourrait être compromis. L'examen de ces situations peut conduire à la formulation de recommandations, au même titre qu'une plainte formelle. Comme mentionné précédemment, un mécanisme de suivi de ces recommandations est en place et les données compilées sont ainsi portées à l'attention du comité.

Recommandations du Protecteur du citoyen

Pour l'année 2019-2020, le Protecteur du citoyen a ouvert et réquisitionné vingt-huit dossiers de plainte afin qu'ils soient analysés en deuxième instance, à la demande du plaignant. En 2019-2020, l'établissement a reçu les conclusions du Protecteur dans 30 dossiers. Des recommandations ont été faites par celui-ci dans sept dossiers (chevauchement de 2 années) incluant deux dossiers où les recommandations portaient sur des éléments non traités en première instance. Cela signifie que, dans la grande majorité des dossiers soumis, le Protecteur du citoyen, après analyse, corrobore et appuie le traitement effectué par notre équipe, sans y ajouter d'autres éléments de recommandation.

O5. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Voici le résumé des mesures mises en place pour y donner suite :

Dossier 1 # 18 08056

Recommandation émise en lien avec la planification d'un usager TGC ayant un changement dans sa situation de vie.

Mesures réalisées : Révision du programme TC-TGC spécifiant des mécanismes en lien avec la transition des usagers réalisée en équipe interdisciplinaire à l'aide d'un outil structuré. Déploiement de l'outil auprès des équipes et rappels faits.

Dossier 2 # 1814798

Recommandations émises en lien avec l'évaluation d'un usager et le système de mesure de l'autonomie fonctionnel (SMAF) seul, l'utilisation de la grille Profil AINÉES, en tant que source informative complémentaire pour le suivi et l'analyse au quotidien de la condition physique (et mentale) d'un usager ou d'une usagère ainsi que l'implication de la famille.

Mesures en cours : Rappel quant à l'utilisation de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) et SMAF pour l'évaluation des besoins de l'usager, rappel de l'utilisation de la grille Profil AINÉES ainsi qu'un rappel sur le lexique des variables ainsi que l'utilisation de celles-ci.

Dossier 3 # 18-15698

Recommandations émises en lien avec l'évaluation au triage à l'urgence ainsi qu'au niveau des réévaluations et des mesures à prendre quand l'usager quitte avant la prise en charge médicale.

Mesures réalisées : La formation du personnel infirmier affecté au triage s'est déroulée en février et mars 2019 et le registre de formation a été mis à jour. Il y a eu 54 dossiers d'audités en octobre 2019 ainsi que l'analyse des résultats effectuée portant à des mesures spécifiques incluent dans un plan d'action et mises en application. Des rappels ont été faits à l'effet de consigner dans l'application MED-URGE l'information en lien avec l'usager et son départ s'il y a lieu.

Dossier 4 # 18-19830

Recommandations émises en lien avec les évaluations visant la santé et la sécurité du personnel, l'échange d'information entre les professionnels du bureau de santé et ceux prodiguant des soins aux usagers.

Mesure réalisée : Des démarches quant au consentement et l'arrimage possible entre les professionnels offrant des services à l'usager et la santé-sécurité au travail afin de s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins et services de nos usagers ont été réalisées. Le personnel concerné a aussi été informé.

Dossier 5 # 19-01609

Recommandation émise concernant les soins de plaie par thérapie par pression négative VAC.

Mesure réalisée : Formation VAC a eu lieu ainsi que la révision des formulaires. L'arrimage avec les équipes médicales a aussi été amélioré.

05. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Dossier 6 # 19-05198

Une recommandation émise en lien avec l'attente en allergie-immunologie

Mesure en cours : Un plan d'action démontrant les étapes réalisées de même que les actions ont été mis en application

Dossier 7 # 19-05604

Une recommandation émise en lien avec les plans de transition pour des clientèles le requérant.

Mesure en cours : Mise à jour complète des plans de transition comme le prévoit notre procédure, lorsqu'applicable. L'information a aussi été rendue disponible et présentée aux nouveaux usagers.

Recommandations du Coroner

Onze dossiers ont été présentés au comité de gestion des risques et de la qualité pour l'année 2019-2020. Par contre, parmi ceux-ci, quatre étaient déjà en cours de travail en 2018-2019.

Dossier A-174148

Ce dossier chemine depuis 2017-2018. Le coroner avait formulé les recommandations suivantes :

(1) Nous souhaitons que le présent rapport soit acheminé au médecin de famille qui a fait l'évaluation de Mme ainsi qu'à l'entreprise responsable de la gestion de l'immeuble où cette dernière résidait, afin que tous puissent faire un travail de réflexion sur les événements.

(2) Nous recommandons, après discussion avec le Collège des médecins, que le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue organise des formations concernant l'identification des facteurs de risques et évaluation du risque suicidaire chez la personne âgée. Ces formations devraient cibler tous les intervenants du réseau de la santé, les partenaires et les médecins œuvrant sur le territoire desservi par l'établissement.

En guise de suivi, une lettre a été envoyée le 19 juillet 2018 à Me Catherine Rudel-Tessier expliquant les divers suivis et actions réalisées par l'établissement. Cette lettre a été déposée au comité de gestion de risque lors de la rencontre du 28 mai 2019.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue s'est doté d'un plan d'action en matière de prévention du suicide afin de mettre en œuvre des stratégies visant à améliorer les interventions en prévention du suicide. Ce plan d'action prévoit, entre autres, de rendre disponible l'accès à la formation Prévenir le suicide chez les aînés, protéger, repérer et redonner espoir. L'objectif ultime de ce plan est d'améliorer nos interventions en matière de prévention du suicide.

Dossier 2018-00405 5355

Le coroner recommande que le MSSS prenne connaissance de ce rapport et le diffuse à l'ensemble des directions hospitalières afin qu'elles soient mises au fait des causes et circonstances du présent décès. Elles pourront par la suite s'assurer que chacune des directions des soins infirmiers réitère auprès du personnel soignant infirmier le caractère impératif et catégorique de l'application rigoureuse des protocoles déjà établis de surveillance après l'administration de narcotiques.

En guise de suivi, le rapport du coroner a été résumé aux chefs de service en mars 2019. Une alerte de soins infirmiers a été envoyée aux chefs de service et au personnel infirmier. Ces démarches ont été présentées au comité de gestion des risques en mai 2019.

05. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Dossier A-171253

Le coroner a recommandé à l'équipe de la clinique des troubles cognitifs du GMF de Rouyn-Noranda de réviser le dossier de la dame. Cet exercice a deux objectifs principaux : dans un premier temps, prendre conscience de l'importance d'évaluer de façon systématique le volet affectif chez un patient qui présente un trouble cognitif et, dans un deuxième temps, de mettre en place cette évaluation.

En guise de suivi, le GMF a procédé à une évaluation des processus et outils utilisés et a effectué une revue des meilleures pratiques. Une formation de mise à niveau sera offerte à tous les intervenants du GMF en risque suicidaire dans les prochains mois. Pour ce faire, nous sommes en lien avec l'adjointe à la DSM du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue afin de planifier cette formation. De plus, une révision du questionnaire pour ce qui est des idées suicidaires a été réalisée et un rappel auprès des équipes a aussi été fait. Ces démarches ont été présentées au comité de gestion des risques en mai 2019.

Dossier 2016-03554

Le coroner a recommandé au MSSS et à sa Direction de santé mentale de continuer d'élaborer des campagnes publicitaires ayant pour but, d'une part, d'aider la population à reconnaître les symptômes associés à la dépression majeure et, d'autre part, de la renseigner sur l'importance de consulter rapidement en vue d'obtenir un traitement basé sur les meilleures pratiques. Malgré le fait que la recommandation ne soit pas adressée à l'établissement, une correspondance aux directions concernées a été acheminée à titre d'information. Ces démarches ont été présentées au comité de gestion des risques en mai 2019.

Dossier 2017-06124

Le coroner, dans ce rapport, a formulé les recommandations suivantes :

(1) Nous recommandons que ce rapport soit acheminé à la direction de la qualité des soins du CISSS-AT afin que l'administration et le personnel médical vérifient le degré d'urgence des soins que devait recevoir la conjointe de M. Bernier; dans un deuxième temps, il nous apparaît important que tous soient sensibilisés au fait que les transferts d'un patient pour des soins non urgents devraient tenir compte des conditions routières.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a réalisé les suivis suivants :

- Envoi du rapport de coroner et discussions avec la Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire (DSPEU);
- Analyse du dossier en gestion des risques par la DQÉPÉ;
- Rédaction et transmission, par la DSPEU, d'une note de service sur le rappel à propos des conditions routières et le transfert des usagers (une copie de cette note est jointe à la présente correspondance).

Le coroner nous a envoyé un accusé de réception de nos démarches et nous n'avons eu aucun autre suivi.

Dossier 2017-00249

Le 25 octobre 2019, nous recevons par l'adresse électronique de notre présidente-directrice générale, Mme Caroline Roy, le rapport d'investigation du coroner (2017-00249) en lien avec le décès de M. Mario-Nelson Boucher survenu le 1^{er} juin 2016. Le coroner, Me Andrée Kronström, a formulé les recommandations suivantes :

(1) Je recommande au Ministère de la Sécurité publique (MSP) et au MSSS de concert avec les CISSS/CIUSSS, qui ont sur leur

O5. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

territoire des établissements de détention, de parachever l'intégration des soins de première ligne en santé mentale, physique et de dépendance.

(2) Je recommande au MSP, au MSSS et au CISSS/CIUSSS qui ont sur leur territoire des établissements de détention, de mettre en place des stratégies pour assurer un continuum de soins de santé physique, mentale et de dépendance ainsi qu'une offre d'hébergement pour les détenus.

Afin d'assurer le suivi des recommandations, des rencontres ont été tenues avec les partenaires concernés afin de préciser l'offre de service de part et d'autre. Ces rencontres ont permis de dresser le portrait et de regarder les services existants. Les balises étant clarifiées par les deux ministères (MSP et MSSS), nous sommes à établir un « modèle de cogestion » entre le Centre de détention d'Amos et le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Un comité de travail a été mis en place afin d'arrimer et de déterminer les actions quant aux possibilités d'amélioration. Cependant, l'arrivée en mars 2020 de la COVID-19 a ralenti les travaux en ce sens. Ceux-ci sont donc actuellement suspendus. Lors du rétablissement des activités normales du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, nous reprendrons donc les travaux débutés avant la pandémie de la COVID-19.

Dossier 2017-04288

Ce rapport a été transmis à l'établissement en octobre 2019. Il ne contient aucune recommandation à l'établissement directement, mais des questionnements auxquelles l'établissement doit se pencher afin d'améliorer les procédures lors d'évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ) et également lors de l'annonce des décès dans le cas des décès d'enfants/adolescents.

Dossier 2016-03722

Le 9 juillet 2019, nous recevions le rapport d'investigation du coroner (2016-03722) dans laquelle la coroner, Dre Guylène Cloutier, formulait les recommandations suivantes :

(1) Je recommande au Comité d'évaluation de la qualité de l'acte médical du Conseil de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du CISSS-AT de réviser le dossier médical de Mme Bernard à la lumière de mon rapport, notamment en ce qui concerne l'évaluation, la prise en charge et le traitement des troubles psychogériatriques complexes au sein du CISSS-AT, mais également en ce qui concerne l'épisode de soins de Mme Bernard en envisageant la possibilité de soumettre la situation au Comité de discipline du CMDP du CISSS-AT.

Le dossier a été transmis au comité d'évaluation de l'acte du CMDP pour une analyse en profondeur des éléments dont la coroner avait fait mention dans son rapport.

Dossier 2017-05046

Le 29 avril 2019, nous avons reçu le rapport d'investigation de la coroner, Dre Guylène Cloutier, qui formulait les recommandations suivantes :

(1) Je recommande que le département de santé publique du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue sensibilise les municipalités de l'Abitibi-Témiscamingue à l'importance de signaler les situations d'insalubrité des habitations sur leur territoire compte tenu de son impact négatif sur les risques de mortalités.

(2) Je recommande également que le département de santé publique du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue entreprenne, en collaboration avec les différentes municipalités, les travaux qui permettront de mettre en place les mécanismes de prise en charge de ces situations cliniques à l'échelle de l'Abitibi-Témiscamingue.

05. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

(3) Je recommande la création d'un registre régional par le département de santé publique du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue afin de permettre la documentation de ce problème de santé publique et de son impact sur la santé de la population.

Le rapport du coroner a été acheminé le 30 mai 2019 à madame Lyse Landry, directrice de santé publique au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

En lien avec la première recommandation, la Loi sur les compétences municipales (chapitre C-47.1) désigne les municipalités comme étant les autorités compétentes en matière de salubrité et de conditions des logements. Les signalements de situation d'insalubrité devraient, en pratique, être adressés aux municipalités et gérés par ces dernières, du moins, pour les situations d'insalubrité dite non morbide et ne nécessitant pas de soutien d'intervenants du milieu de la santé.

Lorsque Dre Cloutier recommande de sensibiliser les municipalités à l'importance de signaler au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue les situations d'insalubrité des habitations sur leur territoire, elle réfère vraisemblablement aux situations d'insalubrité ayant un caractère morbide, c'est-à-dire causé par des problèmes de santé mentale ou physique, et pouvant difficilement se corriger uniquement par une approche réglementaire.

Par rapport à la 2^e recommandation, un travail a été amorcé entre certaines municipalités de la région et le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue au cours des dernières années. Des ententes de collaboration ont été conclues entre le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et les municipalités de Val-d'Or, Rouyn-Noranda et La Sarre. Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a l'intention de poursuivre la collaboration amorcée avec certaines municipalités et de l'étendre à l'ensemble des municipalités de la région. Pour ce faire, la Direction de santé publique (DSPu) prévoit approcher la Conférence des préfets de l'Abitibi-Témiscamingue (CPAT). Rappelons que la CPAT regroupe les 5 territoires de MRC de la région qui se composent de 64 municipalités.

La recommandation 3 prévoit la création d'un registre régional par le département de santé publique du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue afin de permettre la documentation de l'insalubrité morbide et de son impact sur la santé de la population. À propos de la création de ce registre, nous prévoyons vérifier, dans un premier temps, ce qui a été fait ailleurs en province et ensuite nous entretenir sur la question avec la CPAT.

Dossier 2018-02279

Le 2 août 2019, nous recevons une correspondance ministérielle concernant le décès d'Audrey Taylor survenu le 16 avril 2018. Le coroner, Dr Éric Lépine, a formulé la recommandation suivante :

(1) Je recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de prendre les mesures requises pour que la sécurité des fauteuils à assise surbaissée soit revue, dans tous les établissements du réseau de la santé où ils sont utilisés.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a pris note des recommandations émises et les suivis suivants ont été réalisés :

- Un répertoire des fauteuils visés a été réalisé dans toutes les installations
- Démarches entreprises auprès de la RAMQ par le service d'aides techniques afin de vérifier les modifications requises pour la clientèle externe utilisant ce type de fauteuil.

Toutes les vérifications de sécurité des fauteuils à assise surbaissée ont été réalisées dans toutes les installations du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

O5. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Dossier 2018-04499

Le rapport d'investigation a été transmis à l'établissement. Aucune recommandation n'est adressée directement au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Registre des alertes, avis et rappels

Le mécanisme entourant les avis, alertes et rappels est en cours de révision. Lorsque requises, les mesures sont mises en branle pour appliquer les recommandations dans les services offerts et l'information est transmise au personnel concerné. L'harmonisation du fonctionnement pour les avis – alertes – rappels à l'échelle du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue est toujours en cours.

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

Rapports du coroner

Six dossiers ont été présentés au comité de vigilance. Au total, sept recommandations ont été adressées à l'établissement dans les différents dossiers. Ces recommandations portent notamment sur l'intégration des soins de 1re ligne en santé mentale, physique et dépendance dans les établissements de détention et assurer le continuum de service entre les établissements. Une autre recommandation porte sur l'importance de sensibiliser les responsables des transferts aux conditions routières lors des transferts non urgents. Trois recommandations sont en lien avec la collaboration à instaurer entre les municipalités concernant les situations d'insalubrité compte tenu de l'impact négatif sur les risques de mortalité. Une autre recommandation était adressée à l'ensemble des établissements du Québec concernant des vérifications à faire sur des fauteuils roulants à la suite d'un décès ayant été causé par une modification à un fauteuil.

Après analyse de ces mesures, le comité de vigilance n'a émis aucune recommandation particulière et aucune intervention supplémentaire n'a été nécessaire.

Ordres professionnels

Les différents rapports d'inspection et plans d'action des directions à la suite des recommandations des ordres professionnels sont compilés dans un tableau mis à jour en continu et présentés au comité de vigilance et de la qualité. En 2019-2020, il y a eu peu de visites d'inspections professionnelles dans notre établissement. Le comité s'est penché sur les rapports d'inspection de type II pour la médecine nucléaire ainsi que sur le rapport d'accréditation du département de mammographie du site de Val-d'Or. Le comité a également pris connaissance du suivi de la rencontre de l'ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ). Une visite de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) était prévue en mai 2020, mais n'a pas eu lieu en raison de la situation pandémique vécue au Québec. Quelques recommandations ont été émises, mais l'établissement dispose de plans d'action pour apporter les corrections nécessaires, le tout à la satisfaction du comité de vigilance.

Recommandations des instances internes

Un bilan des activités du CUCI, ainsi que les rapports annuels d'activités 2019-2020 du conseil des infirmiers et infirmières (CII), du conseil multidisciplinaire (CM), du comité de gestion des risques et du CMDP, nous ont été déposés. Ils exposent la

05. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

composition, le mandat, le bilan des activités et leurs faits saillants, les recommandations émises et leurs perspectives d'action pour la prochaine année. Les actions posées par l'établissement à la suite des recommandations sont satisfaisantes ainsi que les dossiers en cours présentement.

Les membres ont également pris connaissance du rapport de l'examineur externe nommé par le MSSS, M. Sylvain Gagnon, concernant l'ensemble de la situation problématique du département de la natalité du Centre hospitalier de La Sarre. Les redditions de comptes du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue envers le MSSS sont suivies par le comité de vigilance de même que le plan d'action à la suite des recommandations.

Plans d'amélioration en lien avec les visites ministérielles en CHSLD et Ressource intermédiaire – ressource de type familial (RI-RTF)

L'établissement a reçu six visites ministérielles qui se sont tenues entre autres en CHSLD.

Visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Une visite ministérielle d'évaluation de la qualité s'est déroulée le 18 juin 2019 au CHSLD de Val-d'Or, une visite au CHSLD de Malartic le 19 juin 2020, ainsi qu'une visite au CHSLD de Senneterre le 20 juin 2020. Dix recommandations ont été émises pour le CHSLD de Val-d'Or, six recommandations pour le CHSLD de Senneterre et sept recommandations pour le CHSLD de Malartic. Pour sa part, le CHSLD de Macamic a reçu dix recommandations, le CHSLD de La Sarre cinq recommandations et le CHSLD d'Amos sept recommandations. L'établissement a élaboré des plans d'amélioration afin de répondre aux exigences du MSSS et ainsi confirmer l'engagement du CISSS à l'amélioration continue de la qualité du milieu de vie.

Mesures de contrôle et mesures alternatives

Les quatre *rapports annuels 2018-2019 sur l'utilisation du programme d'encadrement intensif, les mesures de contrôle (isolement et contention), l'utilisation de la mesure d'empêchement à la fugue et l'utilisation de la mesure de la fugue et l'évasion* pour la jeunesse ont été présentés. Il est constaté que les mesures appliquées par le CISSS pour pallier à l'utilisation des mesures de contrôle en jeunesse dénotent une certaine prudence et vigilance.

Autres dossiers

Le comité a été tenu informé de grands dossiers impliquant la qualité et la sécurité des services et a assuré une vigie de ces dossiers :

- le bilan des listes d'attente à l'implantation du Centre de répartition des demandes de services (CRDS);
- les divers travaux en lien avec les frais de déplacement et la politique de déplacement des usagers sur le plan régional;
- le transport interhospitalier entre les établissements du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et aussi hors région;
- une vigie a été assurée sur le dossier de la pénurie de main-d'œuvre dans les diverses directions de l'établissement;
- l'avancement du dossier du corridor de services entre le GMF et le département d'urgence de Val-d'Or;
- le portrait des mises sous garde en établissement pour l'ensemble de la région;
- le portrait de situation de la santé mammaire en Abitibi-Témiscamingue;
- la pandémie de la Covid-19;
- le portrait du dossier éthique et de l'utilisateur partenaire en développement dans l'établissement;
- le portrait et les faits saillants des activités en gestion de risques de la dernière année ainsi qu'un suivi sur la PCI et le bilan de l'année sur les mesures de contrôle et d'isolement;
- les aspects en lien avec la qualité et la sécurité des soins et services en ressources intermédiaires (RI) et en résidences pour personnes âgées (RPA);

O5. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

- le processus de coordination et d'évaluation de la pratique professionnelle;
- la certification des résidences privées pour personnes âgées et les travaux en cours en gestion du risque incendie;
- des délais d'attente en polysomnographie;
- le tarif de stationnement pour les patients devant se déplacer régulièrement au centre hospitalier;
- et certaines situations demandant une attention particulière de notre part.

De plus, le comité de vigilance a été mis au courant de deux enquêtes réalisées par le CISSS en lien avec la qualité des services et la sécurité des usagers dans deux RI. Le portrait dressé démontre que des améliorations notables sont attendues par les deux RI face à la qualité et la sécurité des services.

Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par l'établissement

Cette section fait la compilation des personnes qui ont été mises sous garde préventive et provisoire et concerne tout établissement visé à l'article 6 ou à l'article 9 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001).

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

	Mission CH	Mission CHSLD	Mission CLSC	Autre mission	Total Missions
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	163	()	()	5	172
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	24
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	23	()	()	()	24
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	30
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)	26	()	()	()	27

() : Nombre trop petit pour permettre la publication

O5. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Examen des plaintes et promotion des droits

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services a l'obligation de produire un rapport portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits. Ce rapport doit être produit au plus tard le 30 septembre 2020 et sera disponible sur le site Web du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue à l'adresse suivante :

www.ciasss-at.gouv.qc.ca.

Information et consultation de la population

La diffusion d'information à la population et sa consultation occupent une place centrale dans les activités de communication externe de l'organisation. D'une part, les outils de communication permettent à la population de bien connaître les soins et les services qui sont offerts ainsi que les enjeux de l'organisation. D'autre part, bon nombre d'actions sont déployées pour mettre la population, notamment les partenaires de la communauté, à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des services obtenus.

L'information

Principaux moyens utilisés pour informer la population :

- Le site Web : toutes les informations pertinentes et les publications sont disponibles en tout temps au : www.ciasss-at.gouv.qc.ca;
- *L'Intercom* : le journal interne de l'établissement est disponible sur le site Web de l'organisation;
- Le CA en bref : un bulletin qui résume les séances du conseil d'administration (sept parutions cette année) est distribué à plus de 200 partenaires et aux médias. Toutes les éditions sont disponibles sur le site Web de l'organisation;
- Les communiqués de presse : documents qui permettent de communiquer des nouvelles de l'organisation. Distribués aux médias et à plus de 200 partenaires. Tous les communiqués de presse sont disponibles sur le site Web et sont publiés sur la page Facebook de l'organisation;
- Les relations de presse : le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue répond avec transparence aux demandes d'entrevues des médias, lui permettant de bien communiquer avec la population;
- Publications Facebook : toutes les annonces importantes ainsi que les actualités de l'organisation sont maintenant diffusées sous forme de publication Facebook;
- La plateforme LinkedIn.

La consultation

Voici les principales activités où la population a été consultée :

- Lors de la tournée régionale des MRC de la présidente-directrice générale et du président, débutée en février 2020, tournée qui n'a pu être complétée en raison de la COVID-19;
- Lors de la tournée de la président-directrice générale des organismes communautaire, débutée en février 2020, tournée qui n'a pu être complétée en raison de la COVID-19;
- Lors des rencontres régulières des comités des usagers et des comités des résidents;
- Lors des rencontres régulières des comités consultatifs dans chacune des MRC;
- Lors des rencontres du conseil d'administration;
- Sur le site Web, nous retrouvons une section sur la satisfaction des services, où la population peut émettre ses commentaires;
- Par le biais des organisateurs communautaires qui sont en contact étroit avec les organismes communautaires de la région.

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

06 

06. APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

L'établissement doit inclure un résumé du rapport annuel du président-directeur général présenté au conseil d'administration concernant l'application de la politique portant sur les soins de fin de vie.

Tableau : L'Application de la politique portant sur les soins de fin de vie

Résumé du rapport portant sur les soins de fin de vie Période : Décembre 2018 à avril 2019		
Activité	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	1 196
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	77
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	28
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	24
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	4
	<i>Trois demandes retirées par les usagers avant la fin du processus.</i> <i>Une demande non réalisée sans précision.</i>	

Ressources
humaines



07. RESSOURCES HUMAINES

Les ressources humaines de l'établissement

Répartition de l'effectif en 2018 par catégorie de personnel 1045226 - CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	Nombre d'emplois au 31 mars 2019	Nombre d'ETC en 2018-2019
1 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	1 479	1 212
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	1 584	1 204
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	761	674
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	1 422	1 199
5 - Personnel non visé par la loi 30	26	22
6 - Personnel d'encadrement	234	231
Total	5 506	4 542

Nombre d'emplois : Nombre d'emplois occupés dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant au moins une heure, rémunérée ou non, dans les trois mois suivant la fin de l'année financière. Les personnes qui, au 31 mars, occupent un emploi dans plus d'un établissement sont comptabilisées pour chacun de ces emplois.

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

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

11045226 - CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	Comparaison sur 364 jours pour avril à mars		
	2019-03-31 au 2020-03-28		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heure travaillée	Heure supplémentaire	Total heures rémunérées
1 - Personnel d'encadrement	402 017	3 089	405 106
2 - Personnel professionnel	1 347 126	7 018	1 354 144
3 - Personnel infirmier	2 051 520	135 465	2 186 985
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	3 550 157	132 506	3 682 662
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	875 486	18 712	894 198
6 - Étudiants et stagiaires	11 888	331	12 219
Total 2019-2020	8 238 194	297 121	8 535 315
Total 2018-2019			8 630 345

Cible 2019-2020	8 630 345
Écart	(95 030)
Écart en %	-1,1%

07. RESSOURCES HUMAINES

Atteintes des cibles du MSSS

Sur le plan du contrôle des effectifs, conformément à la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs, l'établissement a atteint la cible définie de 8 630 345 heures. On observe une diminution par rapport à la cible de 95 030 heures.

Ressources
financières



O8. RESSOURCES FINANCIÈRES

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Tableau : Dépenses par programme-service

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent		Variations des dépenses	
	Dépense	%	Dépense	%	\$	%
Programme-service						
Santé publique	11 402 554	2,0 %	9 726 546	1,9 %	1 676 008	17,2 %
Services généraux – activités cliniques et d'aide	27 051 818	4,8 %	24 589 334	4,8 %	2 462 484	10,0 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	102 428 392	18,2 %	89 208 982	17,2 %	13 219 410	14,8 %
Déficiences physiques	17 664 745	3,1 %	17 121 313	3,3 %	543 432	3,2 %
Déficiences intellectuelles et TSA	29 328 703	5,2 %	28 725 788	5,6 %	602 915	2,1 %
Jeunes en difficulté	54 957 890	9,8 %	51 860 425	10 %	3 097 465	6,0 %
Dépendance	4 387 669	0,8 %	4 322 422	0,8 %	65 247	1,5 %
Santé mentale	27 603 287	4,9 %	24 649 910	4,8 %	2 953 377	12,0 %
Santé physique	180 615 631	32,1 %	163 936 717	31,6 %	16 678 914	10,2 %
Administration						
Soutien aux services	35 856 982	6,4 %	34 920 227	6,7 %	936 755	2,7 %
Gestion des bâtiments et des équipements	38 849 966	6,9 %	36 863 009	7,1 %	1 986 957	5,4 %
Total	32 216 658	5,9 %	32 156 359	6,2 %	1 060 299	3,3 %
Total	563 364 295	100 %	518 081 132	100 %	45 283 263	8,7 %

Le lecteur peut consulter les états financiers annuels (AS-471) publiés sur le site Web du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, 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 l'exercice clos le 31 mars 2020, il a réalisé un déficit de 19 859 181 \$. Par conséquent, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale. Ce déficit se compose d'un déficit de 19 538 062 \$ au fonds d'exploitation et d'un déficit de 321 119 \$ au fonds d'immobilisations.

Pour l'exercice 2020-2021, le processus de redressement budgétaire afin d'atteindre l'équilibre financier n'a pas encore été complété à cause de la crise sanitaire du coronavirus. Selon l'article 7 de la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux*, le conseil d'administration de l'établissement a l'obligation d'adopter un budget en surplus ou en équilibre financier dans les trois semaines suivant la date où le MSSS lui a signifié son budget initial. Le MSSS a transmis à l'établissement son budget initial le 3 juillet 2020. Considérant la crise sanitaire du coronavirus, cette obligation a été reportée au 15 septembre 2020.

O8. RESSOURCES FINANCIÈRES

Les contrats de service

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

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique ¹	0	0
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ²	33	4 766 178
Total des contrats de service	33	4 766 178

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

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

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



09. ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

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

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures (SQI) sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors qu'il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition	2011-2012	R	La comptabilisation des contrats de location d'immeubles avec la SQI comme des contrats de location-exploitation est exigée par le MSSS			NR
Le CISSSAT a encouru un excédent des charges sur les revenus alors que son avoir propre est négatif. Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire	2017-2018	O	Aucune, le CISSSAT a encouru un excédent des charges sur les revenus encore en 2019-2020			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Les frais courus relatifs aux projets gérés par la Société québécoise des Infrastructures (SQI) d'un montant de 3 229 455 \$ n'ont pas été inscrits dans les crédettes et les immobilisations en cours	2018-2019	C	Jugé non nécessaire puisqu'aucun impact net sur les résultats	R		
Les frais reportés liés aux dettes n'ont pas été présentés en diminution de la dette à long terme	2012-2013	C	Aucune, car présentation du AS-471 selon la demande du MSSS			NR

09. ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

1104-5226

140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2020

Les informations comparatives de la section de consolidation des pages 600 n'ont pas été présentées	2012-2013	C	Aucune, car présentation du AS-471 selon la demande du MSSS			NR
Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures (SQI) sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors qu'il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition	2012-2013	C	La comptabilisation des contrats de location d'immeubles avec la SQI comme des contrats de location-exploitation est exigée par le MSSS			NR
Le CISSSAT a encouru un excédent des charges sur les revenus alors que son avoir propre est négatif. Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire	2017-2018	O	Aucune, le CISSSAT a encouru un excédent des charges sur les revenus encore en 2018-2019			NR
Les résultats des activités accessoires se sont soldés par un déficit de 239 780 \$ pour l'exercice terminé le 31 mars 2020	2018-2019	C	L'établissement a réalisé des surplus cumulés de 1 112 767 \$ pour les activités accessoires au cours des quatre exercices précédents, couvrant ainsi le déficit du présent exercice			NR
Rapport à la gouvernance						

Divulcation des actes répréhensibles



10. DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

Il n'y a eu aucun acte répréhensible.

Organismes communautaires



11. ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), a subventionné, en 2019-2020, un total de 145 organismes communautaires.

De ce nombre, 122 organismes communautaires œuvrant principalement en santé et services sociaux ont été financés en soutien à leur mission globale pour un total de 16 518 524 \$. L'enveloppe PSOC a eu un rehaussement de l'ordre de 1 396 800 \$ par rapport à 2018-2019 à laquelle il faut ajouter l'indexation de 1,8 %.

En cours d'année, un organisme a fait le choix de fermer ses portes et de procéder à sa dissolution.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a également investi un total de 2 239 355 \$ pour des ententes pour activités spécifiques, pour la réalisation de projets ponctuels et pour des aides ponctuelles d'urgence à des organismes.

En conformité avec les critères et les règles établis par le MSSS dans le cadre du PSOC, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a assuré la vérification des informations devant être fournies à titre de reddition de comptes par les organismes communautaires reconnus en santé et services sociaux.

Ainsi, chaque organisme financé à la mission globale a acheminé, comme requis au PSOC, son rapport d'activités annuel et un rapport financier, ainsi que la preuve de la tenue de son assemblée générale annuelle. De même, les formulaires de demande de subvention ont été remplis et acheminés par l'ensemble des organismes reconnus. Ces documents ont été analysés par la répondante aux organismes communautaires, qui a pu constater la conformité de ceux-ci.

11. ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Subventions accordées

NOM ORGANISME	Mission globale		Activité spécifique	
	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019
Accès logis				
Résidences Témiscaming			13 018 \$	12 788 \$
Table concertation pers. âgées du Témisc.			21 303 \$	20 926 \$
Total Accès logis			34 321 \$	33 714 \$
Agressions à caractère sexuel (CALACS)				
CALACS L'Étoile du nord	285 988 \$	276 020 \$		
CALACS Témiscamingue	60 198 \$	33 074 \$		1 005 \$
CALACS-ABITIBI (Centre aide/lutte agress. sexuelle)	157 764 \$	147 101 \$	1 500 \$	
CAPACS A-O (Centre aide/lutte agress. sexuelle)	157 280 \$	146 535 \$	1 500 \$	1 500 \$
Point d'appui	286 737 \$	276 755 \$	1 000 \$	
Total Agressions à caractère sexuel (CALACS)	947 967 \$	879 485 \$	4 000 \$	2 505 \$
Ressources jeunesse				
Association des grands frères et grandes sœurs de l'Abitibi-Ouest	48 219 \$	32 859 \$		1 123 \$
Association des grands frères et grandes sœurs de Rouyn-Noranda	48 186 \$	32 820 \$	410 \$	190 \$
Espace Abitibi-Est	161 978 \$	152 027 \$	68 950 \$	68 500 \$
L'Interlocal de jeunes MRC Rouyn-Noranda	60 203 \$	33 079 \$		
Mobilisation Espoir Jeunesse	52 763 \$	24 384 \$		1 000 \$
Projet Jeunesse St-Michel	57 790 \$	44 069 \$		
Total Ressources jeunesse	429 139 \$	319 238 \$	69 360 \$	70 813 \$
Ressources femmes				
Au sein des femmes	40 000 \$	23 870 \$		320 \$
Total Ressources femmes	40 000 \$	23 870 \$		320 \$
Centre d'action bénévole				
Centre bénévolat de Rouyn-Noranda	144 689 \$	137 219 \$		1 360 \$
Centre bénévolat de Val-d'Or	110 718 \$	104 782 \$		1 000 \$
Centre bénévolat du Lac Témiscamingue	69 549 \$	57 842 \$		
Centre d'action bénévole L'amicale	86 375 \$	65 409 \$		1 500 \$
Total Centre d'action bénévole	411 331 \$	365 252 \$		3 860 \$
Centres de femmes				
Centre de femmes l'Érige	210 807 \$	202 168 \$		1 000 \$
Centre Entre-femmes	211 002 \$	202 360 \$	1 000 \$	700 \$
Comité de la condition féminine au Témiscamingue	210 942 \$	202 301 \$	1 165 \$	
Femmes Ressources	60 203 \$	33 079 \$	1 279 \$	1 075 \$
Total Centres de femmes	692 954 \$	639 908 \$	3 444 \$	2 775 \$
Concertation régionale				
CROC-AT	108 090 \$	96 700 \$	1 200 \$	1 200 \$
Corporation de développement communautaire d'Amos			21 705 \$	21 321 \$

11. ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

NOM ORGANISME	Mission globale		Activité spécifique	
	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019
Corporation de développement communautaire du Témiscamingue			23 206 \$	21 322 \$
Regroupement des organismes communautaires Abitibi-Ouest			22 041 \$	21 651 \$
Regroupement des organismes communautaires Rouyn-Noranda			22 134 \$	21 743 \$
Regroupement des organismes communautaires Vallée-de-l'Or			21 706 \$	21 322 \$
Total Concertation régionale	108 090 \$	96 700 \$	111 992 \$	108 559 \$
Dépendances et hébergement d'urgence				
Accueil d'Amos	230 410 \$	223 340 \$	53 474 \$	50 000 \$
Groupe IMAGE de l'A-T (Centre Gérard-Brissou)			5 474 \$	2 000 \$
Maison du compagnon de La Sarre	242 763 \$	208 467 \$	5 474 \$	2 360 \$
Maison du soleil levant de Rouyn-Noranda	240 724 \$	214 257 \$	5 474 \$	2 000 \$
Manoir du chemin pour la sobriété	72 291 \$	47 206 \$		
Piaule de Val-d'Or	372 434 \$	360 588 \$	2 470 \$	5 944 \$
Unité Domrémy de Val-d'Or	120 889 \$	104 005 \$	2 000 \$	2 000 \$
Total Dépendances et hébergement d'urgence	1 279 511 \$	1 280 125 \$	74 366 \$	64 304 \$
Famille - Y a personne de parfait !				
Centre amitié autochtone Val-d'Or			1 000 \$	0 \$
Centre entraide amitié autochtone Senneterre			1 450 \$	0 \$
Maison famille d'Amos			2 661 \$	0 \$
Maison des familles d'Abitibi-Ouest			2 661 \$	0 \$
Maison famille de Malartic			2 661 \$	0 \$
Maison famille de Rouyn-Noranda			2 661 \$	0 \$
Maison famille de Senneterre			2 661 \$	0 \$
Maison famille de Val-d'Or			2 661 \$	0 \$
Pour tous les bouts de chou			2 661 \$	0 \$
Total Famille			21 077 \$	0 \$
Famille - Naître et grandir en santé				
Maison famille d'Amos			22 207 \$	21 814 \$
Maison des familles d'Abitibi-Ouest			23 328 \$	22 916 \$
Maison famille de Malartic			5 931 \$	5 826 \$
Maison famille de Rouyn-Noranda			42 426 \$	41 676 \$
Maison famille de Senneterre			4 615 \$	4 533 \$
Maison famille de Val-d'Or			26 260 \$	25 796 \$
Pour tous les bouts de chou			8 166 \$	8 002 \$
Regroupement entraide sociale Témis.			14 343 \$	14 089 \$
Total Famille			147 276 \$	144 652 \$

11. ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

NOM ORGANISME	Mission globale		Activité spécifique	
	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019
Hommes en difficultés				
Groupe IMAGE de l'A-T (Centre Gérard Brisson)	448 754 \$	92 624 \$		
S.A.T.A.S. (Serv. aides trait. appr. soc.)	267 390 \$	159 519 \$	26 068 \$	24 134 \$
Total Hommes en difficulté	716 144 \$	252 143 \$	26 068 \$	24 134 \$
Justice alternative				
Liaison Justice	599 185 \$	588 590 \$		
Total Justice alternative	599 185 \$	588 590 \$		
Maintien à domicile				
Association des aidants naturels de Val-d'Or	36 216 \$	18 800 \$		
Centre d'action bénévole L'amicale				12 141 \$
Centre des bénévoles Uni-Joie	19 374 \$	14 120 \$		
Comité « Main dans la main » de La Corne	3 000 \$	3 000 \$		
Comité bénévole « Papillons dorés »	5 783 \$	5 681 \$		
Comité bénévole « Santé et joie »	7 509 \$	7 509 \$		
Comité bénévole Landrienne	4 000 \$	4 000 \$		
Comité bénévoles « Les Glaneurs »	3 800 \$	3 800 \$		
Comité des bénévoles des Côteaux	21 400 \$	21 022 \$		
Corp. alliance des générations	13 578 \$	13 338 \$	3 500 \$	
Corp. dével. communautaire Universeau	65 142 \$	52 552 \$		3 000 \$
Coup de pouce communautaire Malartic	41 477 \$	24 962 \$	2 375 \$	8 348 \$
Groupe actions bénévoles Abitibi-Ouest	53 950 \$	52 996 \$		
Groupe d'entraide aux aînés	76 260 \$	65 703 \$		360 \$
Groupe serv. entraide secteur est du Témisc.	2 174 \$	2 800 \$		
Indépendance 65 +	34 344 \$	23 452 \$	1 000 \$	
Parrainage civique de l'Abitibi-Témiscamingue	35 373 \$	26 782 \$		5 000 \$
Popote roulante d'Amos	20 824 \$	15 544 \$		
Popote roulante de Val-d'Or	16 000 \$	16 000 \$		
Regroup. proches-aidants d'Abitibi-Ouest	48 310 \$	32 966 \$		360 \$
Regroup. proches-aidants de Rouyn-Noranda	55 679 \$	41 596 \$		
Société Alzheimer Rouyn-Noranda/Témiscamingue	104 454 \$	97 965 \$		
Société Alzheimer Val-d'Or	37 175 \$	37 175 \$		
Table concertation pers. âgées du Témisc.	82 709 \$	73 255 \$	1 475 \$	1 000 \$
Total Maintien à domicile	788 531 \$	667 159 \$	8 350 \$	30 209 \$
Maison des jeunes				
Campus Jeunesse	65 000 \$	53 535 \$		
Jeunesse Action Val-d'Or	127 011 \$	111 159 \$		
Liaison 12-18	112 382 \$	94 062 \$		
Maison jeunes « Le Kao » (de Barraute)	65 000 \$	57 491 \$	500 \$	500 \$
Maison jeunes de La Sarre	113 596 \$	95 480 \$		1 300 \$
Maison jeunes du Témiscamingue	116 216 \$	98 543 \$		

11. ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

NOM ORGANISME	Mission globale		Activité spécifique	
	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019
Maison jeunes F.R.A.D.	89 558 \$	65 084 \$		
Refuge jeunesse Malartic	118 548 \$	101 268 \$		
Soupe Maison des jeunes	119 360 \$	102 217 \$		
Total Maison des jeunes	926 671 \$	778 839 \$	500 \$	1 800 \$
Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence				
Alternative pour elles	837 336 \$	817 619 \$	19 000 \$	1 000 \$
Maison hébergement Équinoxe	642 190 \$	625 923 \$	18 000 \$	
Maison hébergement Le Nid	739 753 \$	721 761 \$	18 000 \$	
Maison hébergement Mikana	715 465 \$	697 903 \$	18 818 \$	
Total Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence	2 934 744 \$	2 863 206 \$	73 818 \$	1 000 \$
Orientation et identités sexuelles				
Coalition d'aide aux lesb. gais A-T	0 \$	0 \$		
Total Orientation et identités sexuelles	0 \$	0 \$		
Personnes démunies - sécurité alimentaire				
Accueil d'Amos	20 773 \$	20 111 \$		
Association place au soleil	72 151 \$	47 043 \$		13 906 \$
Centre bénévolat de Val-d'Or	26 340 \$	24 941 \$		
Centre Bernard-Hamel	83 391 \$	74 054 \$		
Corp. dével. communautaire Universeau	9 112 \$	7 801 \$		
Fraternité St-Michel	50 244 \$	35 231 \$		
Maison St-André A-O	69 885 \$	58 236 \$		
Regroupement entraide sociale Témisc.	79 096 \$	69 024 \$		
Total Personnes démunies - sécurité alimentaire	410 992 \$	336 441 \$		13 906 \$
Personnes handicapées				
Actia	100 742 \$	80 458 \$		345 \$
Aile brisée	101 259 \$	81 061 \$		6 800 \$
Arche Abitibi-Témiscamingue	419 216 \$	406 892 \$	420 \$	
Assoc. parents enfants handicapés Témisc.	164 955 \$	155 506 \$		
Assoc. pers. hand. Témiscaming	72 205 \$	47 106 \$	540 \$	
Assoc. pers. hand. visuelles de l'Abitibi-Témiscamingue			2 368 \$	2 326 \$
Assoc. pour intégration sociale de Rouyn-Noranda	208 331 \$	168 074 \$	700 \$	
Assoc. Qc enf. problèmes auditifs (AQEPA)	24 961 \$	24 520 \$		
Centre de jour Les Intrépides	201 142 \$	192 674 \$		
Centre intégration physique l'Envol	105 092 \$	85 542 \$	1 500 \$	1 000 \$
Centre La Mésange	75 415 \$	50 857 \$	413 \$	
Club A.C.V. de Rouyn-Noranda	11 000 \$	11 000 \$		
Club amitié des handicapés de l'Abitibi-Ouest	174 440 \$	166 444 \$		
Club handicapés de Val-d'Or	143 671 \$	141 131 \$		
Corp. répit-dépannage Chrysalide	194 846 \$	152 253 \$		820 \$

11. ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

NOM ORGANISME	Mission globale		Activité spécifique	
	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019
Indépendance 65 +	13 992 \$	9 544 \$		
Parrainage civique de l'Abitibi-Témiscamingue	21 634 \$	16 370 \$		
Personnes hand. Amos région (PHAR)	103 100 \$	83 214 \$	400 \$	
Pilier (ass. traumatisés crâniens)	71 022 \$	59 567 \$	375 \$	250 \$
Ressource pr pers. hand. A.-T. Nord du Québec	48 156 \$	32 785 \$	539 471 \$	529 932 \$
Société autisme de l'Abitibi-Témiscamingue	171 586 \$	163 255 \$	400 \$	255 \$
Vie autonome Abitibi-Témiscamingue	118 787 \$	101 549 \$		
Total Personnes handicapées	2 545 552 \$	2 229 802 \$	546 587 \$	541 728 \$
Santé mentale				
Accueil d'Amos	125 940 \$	122 092 \$	28 818 \$	28 308 \$
Association PANDA Abitibi-Ouest	40 690 \$	24 020 \$		
Besoin d'aide 24/7	303 992 \$	293 705 \$	1 000 \$	
Bouée d'espoir	111 295 \$	92 792 \$	1 000 \$	
Entretoise du Témiscamingue	151 127 \$	139 345 \$	1 000 \$	
Groupe en toute amitié de Senneterre	72 187 \$	47 084 \$		
Groupe Soleil Malartic	166 455 \$	158 600 \$	100 211 \$	98 439 \$
Le Repère 649	180 220 \$	172 122 \$	30 066 \$	29 534 \$
Maison du soleil levant de Rouyn-Noranda	28 490 \$	25 241 \$	1 000 \$	
Maison les 4 Saisons Témiscamingue	203 623 \$	162 550 \$	1 000 \$	
Pont de Rouyn-Noranda	236 421 \$	227 239 \$	22 226 \$	21 833 \$
Portail (Le)	115 471 \$	97 672 \$		780 \$
Prévention du suicide d'Abitibi-Ouest - Centre	97 416 \$	76 571 \$		
Prévention du suicide d'Amos - Centre	109 007 \$	90 118 \$	1 000 \$	
Prévention du suicide de Malartic - Centre	72 282 \$	47 196 \$	1 400 \$	280 \$
Prévention du suicide de Rouyn-Noranda - Centre	138 716 \$	124 840 \$	1 000 \$	
Prévention du suicide de Senneterre - Centre	72 271 \$	47 184 \$	1 500 \$	1 500 \$
Prévention du suicide de Val-d'Or - Comité	118 130 \$	100 780 \$		360 \$
Prévention du suicide du Témiscamingue - Comité	84 861 \$	61 898 \$	1 200 \$	360 \$
RAIDAT	187 909 \$	179 675 \$		
Rescousse (La)	111 347 \$	92 853 \$		1 328 \$
Résidence héberg. La Chaumière	170 354 \$	167 342 \$		
Résilient (le)	115 696 \$	97 935 \$		
TCROCASMAT			29 870 \$	29 342 \$
Trait Union de La Sarre	281 148 \$	253 498 \$	54 589 \$	53 889 \$
Total Santé mentale	3 295 048 \$	2 902 352 \$	276 880 \$	265 953 \$
Santé physique				
Albatros 08	18 000 \$	18 000 \$		
Amis de l'Envol	11 955 \$	6 832 \$		
Arc-en-soi La Sarre	17 780 \$	12 554 \$		360 \$
Association de la fibromyalgie de l'Abitibi-Témiscamingue	52 465 \$	37 832 \$		360 \$

11. ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

NOM ORGANISME	Mission globale		Activité spécifique	
	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019
Association diabète de Rouyn-Noranda	7 997 \$	7 500 \$		
Diabète Val-d'Or	17 721 \$	12 496 \$		
Lueur du phare	0 \$	2 252 \$		
Ressource pr pers. hand. A.-T. Nord du Québec			138 365 \$	135 918 \$
Société sclérose en plaques Abitibi-Témiscamingue	55 018 \$	40 822 \$		310 \$
Total Santé physique	180 936 \$	138 288 \$	138 365 \$	136 948 \$
Santé publique - prévention				
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est			21 722 \$	
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Ouest			33 300 \$	
Interlocal jeunes de Rouyn-Noranda			34 089 \$	
Jeunesse action Val-d'Or			28 829 \$	
Maison jeunes de La Sarre			0 \$	
Maison jeunes du Témiscamingue			18 970 \$	
Mobilisation espoir jeunesse			31 984 \$	
ORDET	118 857 \$	101 630 \$		
Total Santé publique	118 857 \$	101 630 \$	168 894 \$	
Travail de rue				
Arrimage jeunesse			107 292 \$	105 395 \$
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est			107 673 \$	105 769 \$
Carrefour jeunesse emploi du Témiscamingue			99 220 \$	97 466 \$
Groupe IO			58 505 \$	57 471 \$
Mouvement Relève d'Amos			59 000 \$	57 957 \$
Total Travail de rue			431 690 \$	424 058 \$
Surdose opioïdes				
Arrimage jeunesse			32 679 \$	
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est			25 553 \$	
Carrefour jeunesse emploi du Témiscamingue			22 527 \$	
Groupe IO			20 915 \$	
Mouvement Relève d'Amos			25 291 \$	
Total Travail de rue			126 965 \$	
VIH/Sida				
Centre ROSÉS Abitibi-Témiscamingue	92 872 \$	71 260 \$	1 500 \$	1 130 \$
Total VIH/Sida	92 872 \$	71 260 \$	1 500 \$	1 130 \$
Total général	16 518 524 \$	14 487 706 \$	2 239 355 \$	1 872 368 \$

Annexe



PRÉAMBULE

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

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des 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 lobbying* (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*.

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

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.

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible

de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

ANNEXE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D'ADMINISTRATION
DU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

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

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

Section 4 – APPLICATION

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

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

ANNEXES

ANNEXE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D'ADMINISTRATION
DU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Je, soussigné, _____, [prénom et nom en lettres moulées] membre du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le 28 janvier 2016, 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 Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

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 Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et je m'engage à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

ANNEXE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D'ADMINISTRATION
DU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

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 Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue en raison des 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 Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 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 Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et je m'engage 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 conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 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 Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et je m'engage à m'y conformer.		
Signature	Date [aaaa-mm-jj]	Lieu

ANNEXE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D'ADMINISTRATION
DU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné, _____ [*prénom et nom en lettres moulées*], membre du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, déclare par la présente croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe VI – Signalement d'une situation de conflit 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

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D'ADMINISTRATION
DU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

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 l'Abitibi-
Témiscamingue**

Québec

