



2018-2019

Rapport annuel de gestion

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue

Adopté par le conseil d'administration le 25 juin 2019.

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

Sylvianne Leclerc, conseillère cadre – Bureau du PDG

Pamela Picard, agente administrative – Services des communications internes et Bureau du PDG

Conception graphique

Pascale Guérin, technicienne en communication

ISBN : 978-2-550-84365-8 Imprimé

ISBN : 978-2-550-84366-5 PDF

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2019

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 substituts, sur demande.

TABLE DES MATIÈRES

1.	Message des autorités	7
2.	Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents	9
3.	Présentation de l'établissement et faits saillants	11
	Mission, vision, valeurs	12
	Organigramme	14
	Conseil d'administration	15
	Les comités, les conseils et les instances consultatives	17
	Les faits saillants	21
4.	Résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	26
5.	Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	57
	Agrément	58
	Sécurité et qualité des soins et des services	59
	Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par l'établissement	75
	Examen des plaintes et promotion des droits	75
	Information et consultation de la population	75
6.	Application de la politique portant sur les soins de fin de vie	77
7.	Ressources humaines	79
	Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs	80
8.	Ressources financières	83
	Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	84
	L'équilibre budgétaire	85
	Les contrats de service	85
9.	État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	87
10.	La divulgation des actes répréhensibles	91
11.	Organismes communautaires	93
	ANNEXE	102

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AAPA	Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	EGI	Entente de gestion et d'imputabilité
AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux	FACT	Flexible assertive community treatment
A-O	Abitibi-Ouest	FIQ	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
APPR	Agent de planification, de programmation et de recherche	FQCRDITED	Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
AQEPA	Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs	GMF-R	Groupe de médecine de famille réseau
ASSS	Auxiliaire aux services de santé et sociaux	ICI	Intervention en comportementale intensive
A-T	Abitibi-Témiscamingue	IRM	Imagerie par résonance magnétique
C.A.	Conseil d'administration	ISO-SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
CAAVD	Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or	ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales
CGRQ	Comité de gestion des risques et de la qualité	LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	MEES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux	MFTA	Milieu de formation et de travail adapté
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	MRC	Municipalité régionale de comté
CLSC	Centre local de services communautaires	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CM	Conseil multidisciplinaire	NSA	Niveau de soins alternatifs
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	OCCI	Outil de cheminement clinique informatisé
CMQ	Collège des médecins du Québec	OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale	OIIAQ	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail	OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle	OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique	OTIMROEPMQ	Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec
CROC-AT	Concertation régionale des organismes communautaires de l'Abitibi-Témiscamingue	P	Période
CSN	Confédération des syndicats nationaux	PAB	Préposé aux bénéficiaires
CUCI	Comité des usagers du centre intégré	PAJ-CVAT	Programme d'accompagnement justice- clientèles vulnérables de l'Abitibi-Témiscamingue
CUSM	Centre universitaire de santé McGill	PCIN	Prévention et contrôle des infections nosocomiales
DACD	Diarrhée associée au Clostridium difficile	PEP	Premier épisode psychotique
DEC	Diplôme d'études collégiales	PIN	Programme d'intervention en négligence
DGCRM	Direction générale de coordination réseau ministérielle	PNSC	Plan national de sécurité civile
DGFIB	Direction générale du financement, des infrastructures et du budget	POR	Pratiques organisationnelles requises
DGS	Direction générale de santé publique	PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
DGSS	Direction générale des services sociaux	PTAAC	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité
DGSSMU	Direction générale des services de santé et de médecine	RAIDDAT	Ressource d'aide et d'information en défense des droits en santé mentale de l'Abitibi- Témiscamingue
DI	Déficience intellectuelle	RH	Ressources humaines
DP	Déficience physique	RHD	Ressource d'hébergement en dépendance
DPSAPA	Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées	RI	Ressource intermédiaire
DPSMD	Direction des programmes santé mentale et dépendance	RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
DQÉPÉ	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique	RLS	Réseau local de services
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques	RRS	Répertoire des ressources en santé et services sociaux
DRMG	Département régional de médecine générale	RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
DSI	Direction des soins infirmiers	RSQ	Recrutement santé Québec
DSM	Direction des services multidisciplinaires	RSS	Réseau de la santé et des services sociaux
DSPEU	Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire	RTS	Réseau territorial de services
DSTLRI	Direction des services techniques, logistique et des ressources informationnelles	S.A.T.A.S.	Service d'aide et de traitement en apprentissage social
		SAD	Soutien à domicile
		SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
		SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques à la démence
		SCT	Secrétariat du Conseil du trésor
		SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
		SIM	Suivi intensif dans le milieu

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES (suite)

SI-PMI	Système d'information pour la protection en maladies infectieuses
SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
SIV	Soutien d'intensité variable
SMD	Santé mentale et dépendance
SSG	Services sociaux généraux
TCROASMAT	Table de concertation régionale des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue
TEP	Tomographie par émission de positions
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

1. MESSAGE DES AUTORITÉS



1. MESSAGE DES AUTORITÉS

Nous voilà rendus au moment de fermer les livres et de rendre compte des accomplissements que nous avons réalisés dans la dernière année par le biais de notre rapport annuel de gestion. Cela fait maintenant quatre ans que nous sommes un Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue. Beaucoup d'eau a coulé sous les ponts depuis le 1^{er} avril 2015. Bien que plusieurs changements soient encore à venir, nous pouvons être fiers de plusieurs de nos succès, dont quelques-uns seront détaillés dans la section des faits saillants.

En tant que président du conseil d'administration et présidente-directrice générale par intérim du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, en plus des faits saillants, nous désirons souligner l'avancement dans plusieurs projets de construction, notamment le Centre régional de cancérologie, l'agrandissement de l'Hôpital de Ville-Marie, la mise sur pied du premier Tep-Scan en région à Val-d'Or et l'installation fixe de l'imagerie par résonnance magnétique à Amos.

Cette année encore, le conseil d'administration s'est doté de trois priorités qui sont demeurées les mêmes que l'année dernière en vue de se donner les moyens et les outils pour atteindre des résultats concrets. Ces priorités s'appuient également sur la vision et les valeurs de l'organisation et, depuis cette année, sur notre Vrai Nord. Celui-ci permet d'orienter nos décisions en fonction de cinq piliers déterminés par le comité de direction à l'automne 2018, soit :

- La sécurité et la qualité;
- L'utilisation judicieuse des ressources;
- Le développement du potentiel humain;
- L'accessibilité;
- L'expérience usager.

En ce sens, plusieurs démarches ont été entamées dans la dernière année pour actualiser nos piliers, notamment par l'intégration d'usagers-partenaires dans différents secteurs comme l'oncologie, la création du Centre de soins ambulatoires, les heures de visites, etc.

En terminant, nous ne pouvons passer sous silence le travail important de nos 5 845 employés, nos 230 gestionnaires, nos 600 médecins et nos 562 bénévoles. Un sincère merci à tous et toutes, car vous avez permis d'améliorer la santé et le bien-être de notre population.



Claude N. Morin
Président



Caroline Roy
Présidente-directrice générale intérimaire

2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DE CONTRÔLES AFFÉRENTS



2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES 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 conclut avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2018-2019 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 2019.

La présidente-directrice générale intérimaire,

A handwritten signature in blue ink that reads "Caroline Roy". The signature is written in a cursive, flowing style.

Caroline Roy

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT



3. 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.

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

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.

19 janvier 2018



LE 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



Yves Desjardins
Président-directeur général



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

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT



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

Membre indépendant – compétences en vérification, performance ou gestion de la qualité



Vacant

Membre observateur – Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens



Vacant

Compétences en vérification, performance ou gestion de la qualité



Vacant

Comité régional sur les services pharmaceutiques

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Les comités, les conseils et les instances consultatives

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

- | | |
|---------------------------|---|
| ▶ M. Shany Aubin* | ▶ M. Sébastien Grégoire-Lévesque |
| ▶ Mme Louise Beaupré* | ▶ Mme Évelyne Grenier-Ouimette |
| ▶ Mme Lyne Bizier* | ▶ M. Stéphane Lachapelle* |
| ▶ Mme Caroline Blanchard* | ▶ Dre Lyse Landry* |
| ▶ Mme Chantal Brunelle | ▶ Mme Sylvie Leblond* |
| ▶ Mme Annie Carrier* | ▶ Dre Annie Léger |
| ▶ Mme Carole Charron* | ▶ Dre Clara Popa |
| ▶ Mme Gisèle Chrétien* | ▶ Mme Marie-Josée Racicot* |
| ▶ M. Richard Clark, CUSM* | ▶ Mme Marie-Josée Rancourt |
| ▶ Mme Annette Desjardins | ▶ Mme Caroline Roy |
| ▶ Mme Isabelle Galarneau | ▶ Mme Sophie Verdon, CUSM |
| ▶ Mme Sylvette Gilbert* | ▶ Mme Maggy Vallières, personne-ressource |

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

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

COMITÉ RESSOURCES HUMAINES

- | | |
|---------------------------------------|---|
| ▶ M. Yves Bédard, administrateur* | ▶ Mme Lisyane Morin, administratrice* |
| ▶ M. Yves Desjardins, PDG | ▶ M. Jean-Yves Poitras, administrateur |
| ▶ M. Claude N. Morin, administrateur | ▶ Mme Isabelle Benoit, personne-ressource |
| ▶ Mme Katia Quinchon, administratrice | |

COMITÉ DE VÉRIFICATION

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

*Départ en cours d'année

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

- ▶ M. Yves Desjardins, PDG
- ▶ M. Daniel Marcotte, administrateur
- ▶ Mme Madeleine Paquin, administratrice
- ▶ Mme Julie-Mélissa Picard, administratrice
- ▶ M. Claude N. Morin, administrateur
- ▶ Mme Lisyane Morin, administratrice*
- ▶ Mme Louise Bilodeau, personne-ressource*
- ▶ Mme Alexandra Barrette-Neveu, administratrice

COMITÉ DES IMMOBILISATIONS

- ▶ M. Yves Desjardins, PDG
- ▶ Mme Madeleine Paquin, administratrice
- ▶ M. Jean-Yves Poitras, administrateur
- ▶ M. Stéphane Lachapelle, personne-ressource

COMITÉ DE RÉVISION

- ▶ Dr Louis Bélanger*
- ▶ Dre Julie Desroches
- ▶ Dre Hélène Hottlet
- ▶ Dre Stéphanie Jacques
- ▶ M. Daniel Lampron, administrateur
- ▶ Dre Marie-Pierre Nolet
- ▶ Mme Diane Sigouin, administratrice*
- ▶ Dr Nicolas Tabah*
- ▶ Mme Louise Bilodeau, personne-ressource

COMITÉ DES USAGERS

- ▶ Mme Carole Bédard
- ▶ Mme Claudette Carignan, présidente
- ▶ Mme Gisèle Chrétien
- ▶ Mme Pauline Dupont
- ▶ Mme Gisèle Falardeau
- ▶ Mme Monic Ferron, administratrice
- ▶ Mme Jacqueline Gagnard
- ▶ Mme Dominique Guillemette*
- ▶ Mme Céline Hubert
- ▶ Mme Margret Janvier
- ▶ M. Jacques Leblanc
- ▶ Mme Maggy Vallières, personne-ressource*
- ▶ M. Alain Couture, personne-ressource

* Départ en cours d'année

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

- | | |
|--|----------------------------|
| ▶ Mme Marie-Josée Rancourt | ▶ Mme Manon Millaire |
| ▶ Mme Évelyne Grenier-Ouimette | ▶ Mme Annie Perron |
| ▶ M. Yves Desjardins, PDG | ▶ Mme Julie-Mélissa Picard |
| ▶ Mme Lise Dubé | ▶ Mme Chantal Tremblay |
| ▶ Mme Caroline Langevin | ▶ Mme France Bolduc |
| ▶ Mme Sylvie Larochelle | ▶ Mme Marie-Claude Brochu |
| ▶ Mme Annie-Claude Lavigne, présidente | ▶ Mme Vicky Gosselin |
| ▶ Mme Claire Maisonneuve | ▶ Mme Christine Lessard |
| ▶ Mme Audrey-Ann Gallant | |
| ▶ Mme Chanelle Rancourt | |

COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

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

COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ▶ Mme Alexandra Barrette-Neveu | ▶ Mme Sophie Higgins |
| ▶ Mme Diane Benguigui | ▶ M. Guillaume Petit |
| ▶ Mme Mélanie Bernier | ▶ Mme Anne Simard |
| ▶ Mme Chantal Brunelle | ▶ Mme Estelle Gagné, responsable des communications |
| ▶ M. Yves Desjardins, PDG | ▶ Mme Samantha Thériault, officier |
| ▶ Mme Marie-Claude Gagné, présidente | ▶ Mme Isabelle Blais, officier |
| ▶ Mme Marie-Ève Gagnon-Nolet | ▶ Mme Cindy Trudel, officier |

* Départ en cours d'année

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| ▶ M. Michael Ahern, président | ▶ Mme Marie-Josée Girard |
| ▶ Mme Sarah Belzile | ▶ Mme Marie-Claude Lacroix |
| ▶ Mme Sylvie Bougie | ▶ M. Pier-Luc Pharand |
| ▶ M. Gérard-D. Boulanger | ▶ M. Sébastien Provost |
| ▶ Mme Chantal Charest | ▶ Mme Marise Quirion |
| ▶ M. Yves Desjardins, PDG | ▶ Mme Marie-Josée Racicot |
| ▶ Mme Anne Leduc-Séguin | ▶ Mme Caroline Savard |
| ▶ M. Marc-André Gagnon | ▶ Mme Marie-Ève Tremblay |

DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

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

COMITÉ CONSULTATIF AU PDG

- | | |
|--------------------------------|----------------------------|
| ▶ Dr Guillaume Barbès-Morin* | ▶ Mme Annie-Claude Lavigne |
| ▶ 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, PDGA | ▶ Mme Krystina Sawyer |
| ▶ Dr Éric Dupras* | ▶ Dr Houssine Souissi |
| ▶ Dre Nathalie East* | ▶ Dre Malika Boumati* |
| ▶ Dre Omobola Sobanjo | ▶ Mme Maggy Vallières |
| ▶ Mme Marie-Claude Gagné | |
| ▶ Mme Évelyne Grenier-Ouimette | |
| ▶ Dre Lyse Landry* | |

* Départ en cours d'année

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Conseil d'administration

En vertu de l'article 3.0.4. de la Loi sur le ministère du conseil exécutif (R.S.Q., 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>.

Les faits saillants

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (DSPU)

Adoption d'une politique sans fumée au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Afin de répondre à l'intensification de la lutte au tabagisme, l'organisation est devenue, le 21 janvier 2019, un environnement sans fumée. Le périmètre de neuf (9) mètres sans fumée fut élargi à l'ensemble des terrains et stationnements des installations de l'établissement.

La Direction de la santé publique a piloté le plan d'action de cette politique qui a nécessité la concertation de plusieurs directions de l'établissement. L'application de la Politique sans fumée du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue vise les objectifs suivants :

- Promouvoir la santé;
- Protéger les usagers, visiteurs, employés, bénévoles, stagiaires et médecins à l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement;
- Prévenir l'initiation au tabagisme;
- Soutenir les fumeurs qui désirent abandonner le tabac ou diminuer leur consommation.

Accompagnement des partenaires du milieu dans le cadre de la légalisation du cannabis

Au Canada, l'année 2018 a été marquée par la légalisation de la possession et de la consommation de cannabis, par le gouvernement fédéral. Ce changement entraîne des enjeux importants de santé publique, notamment en ce qui concerne la consommation chez les jeunes de 18 à 25 ans en raison des risques sur le développement du cerveau, la consommation dans les milieux de travail et la conduite automobile avec les facultés affaiblies qui amène des risques d'accident.

Dans la région, certains partenaires du milieu avaient des préoccupations découlant de cette légalisation. La DSPu en collaboration avec la DPSMD a donc entrepris une série de rencontres de février à octobre 2018 afin de fournir l'information pertinente et factuelle à ces partenaires. Il y a notamment été question

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

du cadre légal, du portrait de la consommation dans la région, de l'offre de services par le réseau, ainsi que de la substance et de ses effets sur la santé. De telles présentations ont aussi été tenues à diverses reprises pour les intervenants et les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

DIRECTION DU PROGRAMME DE SOUTIEN À LA PERSONNE ÂGÉE (DPSAPA)

Mise en place de l'équipe ambulatoire SCPD

En 2018, la DPSAPA a mis en place une équipe régionale dédiée aux personnes souffrant d'un trouble neurocognitif et à leur famille. Formée de deux professionnelles, soit une infirmière clinicienne et une psychoéducatrice, cette équipe est reconnue par les acronymes SCPD pour symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence.

Par la création de l'équipe SCPD, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue remplit ainsi un engagement pris lors de la fermeture de l'unité de psychogériatrie, située au CHSLD de Macamic, qui desservait l'ensemble de la population de la région. En raison de la sous-utilisation des lits de cette unité et des besoins changeants de la population régionale, l'organisation s'était alors engagée à créer cette nouvelle offre de service.

Pourquoi mettre en place une telle équipe ambulatoire?

En fait, les besoins populationnels sont en croissance. Par exemple, en 2008 il y avait au Québec 100 000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et il est estimé que ce nombre augmentera en 2020 à 135 522 personnes. Dans une perspective plus régionale, notons qu'il y a plus de 2 000 personnes souffrant d'un trouble neurocognitif et que ce nombre est en constante croissance. Afin de répondre aux nombreuses demandes d'accompagnement et de support clinique, tant pour les intervenants que pour les proches aidants, le choix de l'équipe a été préconisé par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

La clientèle qui présente des SCPD a des besoins complexes qui requièrent l'expertise d'intervenants spécialisés et qui collaborent avec les différents milieux, les différentes directions, les membres de la famille, les partenaires et les équipes soignantes, afin de voir à faciliter l'intégration et le maintien de l'utilisateur dans son milieu de vie et à retarder ainsi le plus possible la dégradation de son état.

Projet OPUS-AP : Moins d'antipsychotiques pour les résidents en CHSLD

Dans la foulée de la démarche provinciale, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a complété la première phase du projet OPUS-AP et débute actuellement la seconde phase visant à rehausser le recours aux interventions non pharmacologiques pour la prise en charge des gens atteints de SCPD en CHSLD.

Il faut rappeler que 80 % des résidents en CHSLD sont atteints de démence et la grande majorité d'entre eux présentera des SCPD. Cela signifie que ces personnes seront agitées, agressives, euphoriques, irritables, anxieuses, etc.

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

De manière à bien identifier et bien répondre aux besoins de ses personnes, le premier choix devrait toujours être l'utilisation d'interventions non pharmacologiques et de réserver l'utilisation des antipsychotiques à des situations très précises.

Force est de constater que plusieurs résidents se voient prescrire des antipsychotiques. Ainsi, le projet OPUS-AP vise à cesser ou diminuer la prescription d'antipsychotiques. En Abitibi-Témiscamingue, la première phase s'est déroulée dans une unité du CHSLD de Macamic, et ce, d'octobre 2017 à octobre 2018.

Ainsi l'équipe a procédé à la déprescription chez sept résidents et obtenu un taux de succès de 100 %, soit six déprescriptions et une diminution. La prochaine phase débutée en janvier 2019 se fera dans 50 % des CHSLD de la région et se terminera en avril 2020.

Notons qu'en région plus de 1 000 travailleurs ont été formés sur l'approche de base pour les personnes atteintes de SCPD depuis juin 2016. Cet état de fait conjugué à la participation active des pharmaciens, des médecins et de l'équipe ambulatoire SCPD en place depuis septembre 2017 a grandement aidé à la réussite de la première phase.

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET DE L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE (DSPEU)

Urgence

L'organisation a signé avec les GMF de trois MRC des ententes pour la réorientation systématique des usagers P4-P5 consultant à l'urgence vers les GMF.

L'objectif pour 2018-2019 était de réduire sous les 12 heures les durées moyennes de séjour (DMS) sur civières. Le résultat obtenu à la période 11 était une moyenne de 10,1 heures dans les 5 urgences de la région.

Ententes de jumelage en anesthésie

Afin de maintenir des services de proximité dans certains secteurs de la région, deux ententes de jumelage en anesthésie ont été signées pour une durée de trois ans. Le secteur de La Sarre s'est vu doté d'un jumelage complet avec le Ruis McGill de 2018 à 2021. Le secteur de Ville-Marie s'est vu quant à lui doté d'une entente de jumelage partiel avec les anesthésies de Val-d'Or de 2018 à 2021 visant à compléter l'horaire de garde de l'omni-anesthésiste qui travaille vingt-six semaines par année. Les deux ententes signées permettent de confirmer une offre de services pour une durée de trois ans dans les deux installations qui autrefois, nécessitaient la mise en place de différents corridors de services.

Recrutement médical

La région est aux prises avec des difficultés importantes en lien avec le recrutement et le maintien des effectifs et l'aspect médical ne fait pas exception. Dans les stratégies de recrutement utilisées en médecine, plusieurs médecins se voient attribuer des bourses moyennant un engagement de quelques années pour

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

desservir la clientèle de la région. Actuellement, 11 médecins sont des boursiers pour lesquels leur pratique débutera à la fin de leurs études. Afin de pallier à la pénurie d'effectifs, la région se démarque concrètement avec le recrutement étranger avec près d'une quarantaine de parrainages étrangers (médecins de famille et médecins spécialistes), dont plusieurs sont en stage ou en attente de stage. Parmi les stratégies de recrutement, la DSPEU a dédié une adresse courriel spécifique au recrutement médical qui fait l'objet d'une attention quotidienne. La gestion de cette adresse demande un retour rapide et personnalisé à chaque candidat. Il en est de même pour l'ensemble des étudiants ou résidents rencontrés lors des différentes activités dans les facultés de médecine ou autre activité de recrutement en province.

DIRECTION DES PROGRAMMES DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME ET DÉFICIENCE PHYSIQUE (DPDI-TSA-DP)

Projet Agir tôt

Un comité stratégique formé notamment de la Direction de santé publique (DSPu), de la Direction du programme jeunesse (DPJeu), de la Direction des services multidisciplinaires (DSM) et de la DPDI-TSA- DP ont uni leurs forces pour débiter l'implantation de ce qui allait devenir un programme du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), soit le **programme Agir tôt**. Les représentants de ces directions et de tous les intervenants impliqués au niveau de l'intervention précoce chez les enfants de 0 à 5 ans ayant des retards de développement ont révisé et harmonisé la trajectoire en intervention précoce (repérage, dépistage et stratégie d'intervention). L'organisation a agi à titre de précurseur et déployé la plateforme numérique « **Approche interactive du développement de l'enfant (AIDE)** » avant même qu'elle devienne un incontournable du programme Agir tôt.

En effet, rapidement une lecture des services offerts en région a permis de constater une grande disparité autant en termes de services, que de ressources humaines. Nous retrouvons des services en intervention précoce dans tous les secteurs de la région, mais l'offre de services était à géométrie très variable, quant à la disponibilité des spécialités (ergothérapie et orthophonie), les méthodes de dépistage utilisées et le type d'intervention dispensé. De plus, le fait de réaliser majoritairement un dépistage à l'âge de trois ans avait pour conséquence que certains enfants pouvaient entrer à l'école sans avoir reçu de services ou sans avoir bénéficié d'une période d'intervention suffisante. Afin que les enfants concernés puissent recevoir le bon service au moment opportun, l'implantation d'une nouvelle trajectoire harmonisée s'imposait.

Les objectifs de cette révision de la trajectoire étaient :

- Une harmonisation des pratiques pour tous les secteurs;
- Un dépistage plus tôt;
- Une diminution significative des délais d'attente pour les services;
- Une meilleure couverture de l'ensemble des spécialités nécessaires dans l'ensemble des secteurs;
- Une vigie élargie sur le développement optimal des enfants.

Contrairement à l'organisation passée qui axait l'intervention sur les besoins en communication, la nouvelle trajectoire vise le développement global de l'enfant autant au plan langagier, moteur, sensoriel et affectif.

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

L'implication des parents est présente à tous les niveaux de services. Par ailleurs, grâce à l'implantation de la nouvelle plateforme AIDE, officiellement déployée le 15 octobre 2018, le dépistage a été complètement transformé et permet dorénavant de référer plus rapidement aux services spécialisés, si requis.

Compte tenu de la transition actuelle, des ressources supplémentaires ont été déployées pour joindre les enfants âgés de 18 mois à 3 ans qui n'auraient pas été repérés et dépistés avec l'ancien modèle.

DIRECTION DES PROGRAMMES SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCE (DPSMD)

Carte d'assurance maladie pour personne en état d'itinérance

La Direction des programmes santé mentale et dépendance s'est dotée d'un mécanisme afin de permettre aux personnes en état d'itinérance d'obtenir une carte d'assurance maladie. Il faut savoir que par le passé il était impossible pour des personnes sans adresse fixe d'obtenir une carte d'assurance maladie. Maintenant, le mécanisme est déployé dans l'ensemble des MRC de l'Abitibi-Témiscamingue; ainsi six personnes itinérantes se sont prévaluées de ce service, soit cinq à Val-d'Or et une à Ville-Marie. Cela leur permettra d'avoir accès aux services de santé et aux services sociaux.

DIRECTION DE LA QUALITÉ, DE L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE ET DE L'ÉTHIQUE (DQÉPÉ)

Harmonisation des heures de visite dans les hôpitaux de la région

Le 18 février 2019 marquait le début de l'harmonisation des heures de visite dans les unités de courte durée des hôpitaux et des centres multiservices de la région.

Suite à un recensement des meilleures pratiques dans les différentes installations de la région, il fut convenu d'harmoniser les heures de visite de 9 h à 21 h, 7 jours sur 7. Il s'agit d'une amélioration importante du service autant pour les usagers hospitalisés et leurs visiteurs que pour les membres du personnel.

En cohérence avec la vision de l'établissement de faciliter l'expérience usager avec les bonnes pratiques organisationnelles, l'organisation reconnaît que l'hospitalisation pour un usager est un événement majeur et que la présence de visiteurs aide à rendre le séjour plus agréable.

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES, DES COMMUNICATIONS ET DES AFFAIRES JURIDIQUES (DRHCAJ)

Après plusieurs mois de négociations, l'organisation concluait, le 28 septembre 2018, la quatrième et dernière entente de principe avec les syndicats. Elle devint ainsi le premier établissement de santé et de services sociaux du Québec à compléter ses quatre ententes. Rappelons que les négociations entreprises suivaient la refonte du modèle syndical du système de santé et de services sociaux. Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue est maintenant à déployer ses conventions collectives dans l'ensemble de ses activités, ce qui devrait se terminer en 2020.

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



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

Résultats des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019.

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Santé publique			
Implanter dans chaque établissement de santé et services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI)	Chaque établissement doit mettre en place un CS-PCI et s'assurer qu'il remplit son mandat : • Réviser annuellement les objectifs et les priorités en PCI et faire des recommandations aux instances visées; • Suivre l'évolution de la situation épidémiologique au regard du risque infectieux; • Suivre l'application des mesures en PCI; • Suivre les données de surveillance sur les IN et les audits; • Adopter le bilan annuel de PCI et assurer le suivi auprès du CA; • Entériner le choix des indicateurs relatifs à l'évaluation du programme PCI; • Assurer l'harmonisation et standardisation des pratiques PCI; • Recevoir et entériner les politiques et procédures en PCI et formuler les recommandations aux instances appropriées pour leur mise en œuvre; • Déterminer les enjeux et les recommandations de PCI à acheminer au CODIR; • Déterminer les enjeux de ressources matérielles et humaines qui nuisent à l'atteinte des objectifs du programme; • Acheminer les recommandations nécessaires au CODIR. Chaque établissement doit s'assurer que le CS-PCI est rattaché au PDG ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le PDG. Le CS-PCI doit tenir au moins quatre rencontres par année.	RÉALISÉE	

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

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Santé publique			
Présenter un bilan des activités réalisées en matière de lutte contre le tabagisme, de promotion de la saine alimentation et du mode de vie physiquement actif chez les jeunes	Un bilan faisant état dans les milieux de vie est demandé (type et description des activités, objectifs, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre) à l'égard de la lutte contre le tabagisme, la promotion de la saine alimentation et du mode de vie physiquement actif dans les déplacements et dans les loisirs chez les jeunes. Les activités déployées dans les différentes régions visent à contribuer à l'atteinte des cibles du Plan stratégique du MSSS : la réduction du nombre de fumeurs, l'augmentation de la consommation de fruits et légumes et l'augmentation du nombre de jeunes actifs durant leurs loisirs et leurs déplacements. Le bilan régional permet de témoigner de la nature des activités déployées, des objectifs, des principaux partenaires engagés. Il sera ainsi possible d'apprécier l'intensité et l'ampleur des activités déployées ainsi que les retombées observées.	RÉALISÉE	
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC)	Les établissements doivent compléter et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation.	RÉALISÉE	
Plan d'action TSA 2017-2022	Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	RÉALISÉE	

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

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Services sociaux			
Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir	La stratégie est un ensemble de moyens qui orientent les établissements ciblés en matière de santé et de services sociaux afin d'intensifier les soins et les services aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir et vise une contribution de tous les programmes-services. Plus précisément, l'implantation de la Stratégie permettra aux établissements : • D'assurer le repérage et l'évaluation des besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir; • De les accompagner au moyen d'une offre de services et d'une organisation de services définis, adaptées à leur réalité et inspirée des meilleures pratiques afin de prévenir le passage à la rue ou d'en favoriser la sortie; • De mobiliser et de dynamiser l'ensemble des programmes-services dans l'atteinte des objectifs poursuivis; • De mettre en place et de consolider des collaborations formelles entre les intervenants du réseau et entre les différentes régions et, lorsque requis, avec les partenaires du milieu communautaire; • L'attente spécifique consiste à élaborer un plan de travail pour l'implantation de la Stratégie et à mesurer son taux d'implantation par l'intermédiaire d'un formulaire GESTRED.	RÉALISÉE	

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

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Services sociaux			
Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements.	RÉALISÉE	
Services de proximité, urgence et préhospitalier			
État d'avancement du Plan d'action triennal 2016-2019 – Maladie d'Alzheimer et autres troubles cognitifs majeurs	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1 ^{er} juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CIUSSS et des CISSS devra être produit.	RÉALISÉE	
État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018 Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC	Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvées dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	Report de l'échéance au 30 juin 2019 par le MSSS	
Mise en place d'un comité tactique télésanté en établissement	Compléter le gabarit produit par le MSSS indiquant l'existence du comité, les membres et le nombre de rencontres tenues au cours de l'année et également préciser dans le cadre de référence sur la gouvernance, la gestion de projets et des services utilisant la télésanté à la même adresse.	RÉALISÉE	

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

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Service de santé mentale et de psychiatrie légale			
Poursuivre le déploiement des effectifs en santé mentale dans les équipes de soutien dans la communauté	Chaque établissement qui a reçu du financement doit fournir pour chaque type de services de soutien dans la communauté identifié, les informations requises sur les postes équivalents à temps complet créés, comblés et vacants, le nombre de places supplémentaires disponibles, le nombre d'usagers supplémentaires desservis, le coût moyen par poste créé, de même que le total de la dépense engagée.	RÉALISÉE	
Financement, infrastructures et budget			
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.	NON RÉALISÉE	Bâtiment 01549-05 - Travaux sur l'enveloppe extérieure ne pouvait être faits durant la période hivernale. Planification et appel d'offres en cours.

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

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Coordination réseau et ministérielle			
Gestion des risques en sécurité civile – Santé et Services sociaux	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en assurant des liens avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation. Ensuite, l'établissement doit mettre en place ou maintenir un comité formé de représentant de toutes les directions et programmes pour les travaux de gestion des risques en sécurité civile.	NON RÉALISÉE	Implication du comité de direction ou du comité restreint de la gestion composés du PDG, de la PDGA, du directeur de la DSTLRI, de la directrice de la DQÉPÉ et le coordonnateur des mesures d'urgence/ sécurité civile.
Plan de maintien des services ou activités critiques – Santé et Services sociaux	Pour accroître sa résilience en matière de sécurité civile, l'établissement doit amorcer l'élaboration d'un plan de maintien des services ou activités critiques. À cet effet, pour 2018-2019, l'établissement doit procéder à l'identification de ces services et de ces activités jugés critiques.	NON RÉALISÉE	Nous avons présentement des plans de continuité de services selon les situations critiques. Un comité sera mis en place afin d'implanter l'outil de travail proposé par le MSSS. Implication du comité de direction ou du comité restreint de la gestion composés du PDG, de la PDGA, du directeur de la DSTLRI, de la directrice de la DQÉPÉ et le coordonnateur des mesures d'urgence/ sécurité civile.

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

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Planification, évaluation et qualité			
Mise en œuvre d'un Plan d'action en santé et bien-être des hommes par les établissements	Le plan d'action de l'établissement doit être rédigé et doit respecter les directives se trouvant dans le document « Lignes directrices – Plan d'action SBEH des établissements de santé et de services sociaux ». Lors de la transmission du plan d'action au MSSS, l'établissement doit transmettre la fiche de reddition qui démontre que les actions en place permettent de répondre aux principaux objectifs identifiés dans le document des lignes directrices.	RÉALISÉE	
Technologie de l'information			
Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits	Comme stipulé au cadre normatif, à la section 1.3 Encadrement législatif ou clinico-administratif, 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.	RÉALISÉE	

4. 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 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Cancérologie				
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	92,1	93,3	87,4	93,3
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	99	100	98,8	100
Commentaires 1.09.33.01-PS et 1.09.33.02-EG2 • 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; • Avec les travaux du « chantier chirurgie » du MSSS, révision des pratiques dans l'organisation, dont celles reliées aux saisies des différents indicateurs, qui ont eu pour résultats, 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; • Également, les difficultés en lien avec le maintien de listes de garde en radiologie avec des cliniciens spécialistes en cancer du sein combiné aux délais avec l'arrimage des résultats en pathologie ont amené certains problèmes en lien avec la coordination des interventions de types « harpons », d'où certains dépassements associés aux chirurgies oncologiques. Des mesures sont constamment sous étude pour diminuer ces délais.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
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	55,1	61	49,0	61

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé publique				
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	93,5	93,7	93,9	93,7
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais	85,4	90	85,6	90
Plan stratégique 1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	857	1 017	888	1 017
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	76,3	90	81,3	90
Commentaires 1.01.13.01 Engagement non atteint en 2018-2019. Notez que l'atteinte de la cible pour cet indicateur ne dépend pas uniquement des efforts consentis par notre réseau; les écoles doivent accepter d'effectuer une planification concertée avec notre organisation afin que l'on puisse saisir une donnée, ce qui implique plus que d'offrir des services au milieu scolaire et que l'école doit être partie prenante de la démarche. En 2018-2019, 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. Différentes actions ont été menées dans le cadre d'École en santé en 2018-2019, nous avons : • Développer 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; • Réitérer l'importance de faire une tournée des milieux scolaires entre août et octobre auprès des accompagnateurs École en santé et aux chefs de service afin que le momentum du début d'année soit saisi pour s'inscrire dans le cycle de planification de l'école;				

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé publique				
Commentaires (suite)				
1.01.13.01				
• Poursuivre les travaux identifiés dans le plan d'action de l'Entente de complémentarité des services MEES-MSSS avec nos partenaires de l'éducation. La planification concertée avec les milieux est régulièrement à l'ordre du jour; • Poursuivre nos travaux autour du Chantier 4-17 ans, issu du Plan d'action régional en santé publique; • Amorcer et développé dans tous les territoires une offre de service régionale concernant la collaboration de la santé publique dans le déploiement des apprentissages en éducation à la sexualité dans les écoles. De plus, nous observons que la saisie effectuée à la source est erronée pour deux des cinq territoires et que nous devrions voir un résultat de 62 % plutôt que de 49 % puisque plusieurs écoles ont fait l'exercice de planification concertée, mais ont été imputées dans le code « école » plutôt qu'« École en santé ». Des précisions concernant la saisie des données seront une priorité de la direction dans la prochaine année.				
1.01.27				
Cible atteinte. Les résultats sont sensiblement les mêmes que l'an dernier.				
1.01.29				
Cible non atteinte. Diminution de 180 activités de dépistage ITSS chez les jeunes de 15-24 ans. La pénurie de main-d'œuvre constitue le défi majeur dans l'attribution des postes. Les médecins et infirmières des GMF et urgences font des dépistages, mais cela n'est pas comptabilisé dans les systèmes actuels.				
1.01.28 et 1.01.30				
Cible non atteinte. Pour la cible 1.01.30 , amélioration de 5 % en comparaison avec 2017-2018. De plus, nous sommes plus performants que l'ensemble du Québec de 12 %. Un établissement a atteint la cible et un autre tout près avec 89 %.				
Pour la cible 1.01.28 , les résultats sont similaires à ceux de 2017-2018. Cependant, nous sommes plus performants que l'ensemble du Québec de 9 %. Seulement deux établissements ont atteint la cible.				
De plus, pour les deux cibles, nous avons entrepris un projet d'accompagnement avec l'INSPQ sur la révision de l'organisation des services de vaccination 0-5 ans. Ceci permettra d'identifier et partager les stratégies gagnantes.				
Les mesures suivantes seront répétées et maintenues :				
• Rappel aux chefs de service des bonnes pratiques afin de favoriser la vaccination dans les délais; • Faire des rappels 24-48 heures avant le rendez-vous; • Faire des relances si le parent ne s'est pas présenté pour lui offrir un autre rendez-vous dans les délais.				

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé publique				
Commentaires (suite)				
1.01.13.01				
- Ouvrir d'autres plages horaires ou prolonger les heures des cliniques (ex. : jusqu'à 18 h) au besoin; - Sensibilisation des agentes administratives responsables de la prise des 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.				
Les facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement sont : - Manque de ressources infirmières formées en vaccination; - Le 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 de 1 an et 18 mois.				
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.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
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	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	95	80	100

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
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	100
Plan stratégique 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	39,1	70	42,2	80
Commentaires 1.01.19.01-PS La cible est atteinte. 1.01.19.02-PS Cible non atteinte. Pour cette cible, un seul centre hospitalier dépasse le seuil établi. Toutefois, en nombre absolu, il s'agit d'un seul cas pour toute une année. Avec un seul cas de bactériémie en région, il serait difficile de faire mieux. Tous les efforts sont mis en place pour éviter la transmission d'infections. Les engagements sont parfois difficiles à atteindre en raison de nos « petits » chiffres. 1.01.19.04-PS La cible est atteinte. 1.01.26-PS La cible est non atteinte. À l'instar du reste du Québec, la cible est loin d'être atteinte. Malgré les audits, les formations, les rappels au personnel, nous n'arrivons pas à faire augmenter le taux de conformité d'hygiène des mains. Le comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales et la Table clinique de prévention des infections nosocomiales sont à chercher de nouvelles stratégies innovatrices afin d'obtenir une meilleure compliance de la part de toutes les catégories du personnel de soins, et ce, dans toutes les directions de l'établissement. Afin d'améliorer la situation, un plan d'action fut élaboré en mai 2019 et sera présenté au comité stratégique en PCI et par la suite déployé dans tous nos sites. Il comprend des actions, des outils et stratégies concrètes afin de comprendre les raisons de la non-conformité, de sensibiliser le personnel visé à l'importance de l'hygiène des mains et de les inciter à la pratique de l'hygiène des mains en temps opportun. La participation de l'ensemble des directions sera requise afin d'implanter les éléments au plan d'action.				

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Soutien à domicile de longue durée				
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendue à domicile par les différents modes de dispensation de services	411 381	422 201	445 033	ND
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)	3 540	3 708	3 379	ND
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)	73,2	90	71,2	90
Commentaires 1.03.05.01 La cible est atteinte. Les mesures qui seront mises en places sont les mêmes pour les indicateurs 1.03.11 et 1.03.12 : - Révision de l'offre de service régionale en SAD au cours de l'année 2018-2019. Les équipes ont débuté le déploiement du nouveau fonctionnement régional au cours de l'année 2019. Notre guide d'allocation des services d'aide à domicile et le Cadre de référence pour les services de soutien à domicile du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue ont été adoptés le 19 décembre 2018. Durant l'année 2019, l'utilisation de ces documents dans l'allocation des services est mise en place par les intervenants. Nous devrions voir une amélioration du nombre de personnes desservies avec les changements mis en place. La bonne clientèle recevra les bons services par les bons intervenants; - Mise en place d'un plan de révision des évaluations OEMC en accéléré. Les profils 1-2-3 sont réévalués tous les 2 ans et cette révision est faite annuellement pour les profils 4 à 14 (du début février au 31 mars 2018). L'implantation de l'outil OCCI, qui implique un changement dans la pratique et l'évaluation ainsi que des formations supplémentaires, vient également expliquer notre difficulté à atteindre la cible fixée. 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;				

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Soutien à domicile de longue durée				
• Blitz de révision de la charge de cas des intervenants a été fait à la fin de l'année 2018. Cette démarche se poursuit et une vérification intensive des statistiques est faite afin de nous assurer que les usagers suivis soient bien inscrits dans I-CLSC pour avoir des données statistiques fiables; • L'ensemble des guichets d'accès SAD fonctionnement maintenant de manière harmonisée. Un comité est en place (CQI) pour s'assurer de la qualité de saisie des informations dans I-CLSC. Ce travail est fait en continu entre les agentes administratives, les intervenants et les chefs de service; • Nos résultats s'expliquent également par la pénurie de ressources humaines vécue dans tous les secteurs du CISSS, mais particulièrement présente dans la Direction SAPA. L'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (MOI), qui n'assurent pas en totalité les tâches confiées aux employés réguliers, fait en sorte qu'il est difficile pour la Direction SAPA d'atteindre les cibles fixées dans l'entente de gestion. Toutes les actions entreprises par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue sont mises en place dans l'optique de diminuer le nombre d'usagers avec profils 1-2-3. Nous voulons donner plus d'intensité à ceux ayant des profils de 4 à 14 et que tous nos usagers suivis au SAD aient une évaluation à jour ainsi qu'un plan. Bien évidemment, les données saisies dans I-CLSC doivent être fiables et de qualité.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées				
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	0	83,3	66,7	83,3
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	16,7	83,3	33,3	83,3
Plan stratégique 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	80	80	60	80

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées				
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	0	83,3	66,7	83,3
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	16,7	83,3	33,3	83,3
Plan stratégique 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	80	80	60	80
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	81,3	85	73,6	85
1.03.14- Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	Cet engagement a été retiré par le MSSS.			
1.03.15- Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	Cet engagement a été retiré par le MSSS.			
Commentaires 1.03.07.01 et 1.03.07.02 Les engagements ciblés n'ont pas été atteints pour la majorité des composantes de façon globale dans l'ensemble de nos sites, mais plus particulièrement pour le volet formation (coach et dispensation des formations).				

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées				
Dans les dernières années, plusieurs facteurs contraignants ont contribué à cette situation, notamment, la pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers qui accentue la difficulté de remplacement ou de libération pour les formations ainsi que la priorisation de la formation sur l'évaluation physique et mentale pour le personnel infirmier détenteur d'un diplôme d'études collégiales (DEC). Ces éléments sont entre autres adressés dans un plan d'action révisé qui fut déposé en mai 2018 et qui vise à faciliter et guider la reprise des activités nécessaires à l'atteinte de ces composantes. L'année dernière, une refonte des comités locaux a eu lieu et les membres ont tous suivi la formation nécessaire. Une harmonisation des modalités et contenu des formations pour les équipes a eu lieu et de nouveaux coachs ont été formés, ce qui améliorera grandement l'accessibilité de la formation dans la prochaine année. De plus, nous avons travaillé en partenariat avec le Service des communications pour établir un plan de communication s'adressant à l'ensemble des employés afin de les sensibiliser sur l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) qui devrait s'actualiser dans l'année 2019-2020. La campagne de sensibilisation vise également les usagers et leurs proches.				
1. 03.10				
Pour cette année, l'objectif est partiellement atteint avec trois RLS dépassant la cible et une RLS étant à tout près de 80 %. Nos travaux se poursuivent afin d'atteindre, au final, une implantation complète dans tous les secteurs. De plus, un accompagnement du MSSS est également en cours pour notre implantation de la gestion de cas.				
1.03.13EG2				
Nous arrivons à un résultat sous la cible fixée en raison du manque de lieu adapté pour accueillir les personnes ayant surtout des profils ISO-SMAF de 7 et 9. Il s'agit surtout d'usagers ayant un profil 7 ou 9 qui ont des limitations plus sévères ou des atteintes cognitives qui ne leur permettent pas de rester à domicile sans danger. Ces gens sont alors admis en CHSLD faute d'avoir des lieux de résidence mieux adaptés à leurs besoins sur le territoire. La création de l'équipe ambulatoire Symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD) aidera à ce niveau, car cette équipe spécialisée a comme mandat de se déplacer sur tout le territoire afin d'outiller les milieux de vie et les proches aidants à interagir davantage et différemment auprès de la clientèle ayant des problèmes cognitifs et des SCPD afin qu'ils puissent demeurer dans leur milieu de vie le plus longtemps possible.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
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	164,23	90	252,4	90

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Déficiences				
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	96,2	96,7	92,1	96,7
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	94,9	95	91,7	95
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	95,1	97,9	91,5	97,9
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	60,1	90	56,6	90

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Déficiences				
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	71,4	80	75	80
Commentaires 1.05.15-PS / 1.45.04.01-EG2 / 1.45.04.05-EG2 Quelques facteurs, mis en conjoncture, ne nous ont pas permis de nous rapprocher de la cible : • Augmentation du nombre de références : il y avait une sous-détection de la clientèle TSA en Abitibi-Témiscamingue. Nous avons mis en place une nouvelle trajectoire d'évaluation diagnostique à l'enfance et l'adolescence. Celle-ci est bien implantée et efficiente, mais nous n'avons pas encore atteint une stabilité du nombre de références. Cette situation complexifie la planification de l'offre de services et la gestion de la liste d'attente; • 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 : certains secteurs ont des listes d'attente plus importantes; • Poursuite de l'implantation de divers plans visant l'amélioration de l'offre de services qui étaient peu ou pas développés, notamment : l'intervention en trouble grave du comportement (TGC), l'intervention comportementale intensive (ICI) et l'offre de services à la clientèle adulte en matière d'intégration au travail, en intégration sociocommunautaire ou en milieu résidentiel. Voici les mesures que nous avons mises en place en cours d'année : • Ajout de personnel supplémentaire (en surplus des investissements octroyés) dans les secteurs où la liste d'attente était plus importante. Par contre, la pénurie de main-d'œuvre actuelle ne nous a pas permis de le faire à la hauteur souhaitée; • Réajustement de notre processus de gestion de la liste d'attente : ➢ Réorganisation du guichet d'accès; ➢ Consignes réitérées à tous les acteurs impliqués dans la gestion de la liste d'attente sur la priorisation des enfants 0-5 ans; ➢ Courriel systématique du pilote pour le Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD) sur les situations à risque de dépassement.				

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Déficiences				
- Mise en place d'un support accru aux chefs de service dans les secteurs où la liste d'attente est plus importante dans la recherche de solutions novatrices. Utilisation de la formation aux parents en groupe, de façon plus systématique, comme porte d'entrée aux services spécialisés en respectant les règles qui régissent la mise en place d'un premier service. Mise en place d'une communauté de pratique afin de bien supporter la mise en œuvre et la pérennité de cette pratique. Nos résultats s'expliquent également par la pénurie de main-d'œuvre vécue dans tous les secteurs du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, mais particulièrement présente dans la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA). L'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (MOI), qui n'assume pas en totalité les tâches confiées aux employés réguliers, fait en sorte qu'il est difficile pour la DPSAPA d'atteindre les cibles fixées dans l'entente de gestion. L'implantation de l'outil de cheminement clinique informatisé (OCCI), qui implique un changement dans la pratique et l'évaluation ainsi que des formations supplémentaires, vient également expliquer notre difficulté à atteindre la cible fixée. Contexte et mise en œuvre des actions pour l'atteinte de la cible en 2019-2020 En 2017-2018, nous avons défini et mis en place une trajectoire d'évaluation diagnostique pour les enfants et adolescents qui a amené une augmentation fulgurante des demandes de service pour les enfants TSA. La trajectoire, maintenant bien connue des pédiatres, est pertinente et efficace. Nous croyons avoir atteint une certaine stabilité du nombre de références annuelles; ce qui facilitera la gestion de la liste d'attente et la planification des effectifs. Ainsi, nous allons : - Réaliser une planification de la main-d'œuvre en fonction du nombre de références stabilisées, du volume de références par MRC et des interventions recommandées; - Maintenir les processus de gestion de la liste d'attente mis en place dans la dernière année; - Formaliser l'implantation de l'ICI et mettre en place des modalités de soutien à l'implantation de cette pratique; - Formaliser un processus de développement des compétences des intervenants. 1.45.04.05 Notre résultat 2018-2019 (91,7 %) s'approche de la cible de 95 %. La pénurie de main-d'œuvre qui sévit actuellement rend difficile le déploiement total de notre offre de services en respectant le délai de l'EGI. Nous tentons d'atténuer cette situation de la façon suivante : - Refaire notre planification de main-d'œuvre pour les cinq prochaines années afin d'anticiper certains départs (retraite et maternité) et d'évaluer adéquatement notre taux d'absentéisme. Ainsi, nous serons davantage en mesure d'être plus proactifs dans nos stratégies de dotation (surdotation, équipe volante, etc.);				

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Déficiences				
Intensifier les travaux pour développer davantage l'intervention de groupe dans les domaines où les données probantes le préconisent.				
1.45.05.05 Notre résultat 2018-2019 (56,6 %) s'éloigne de la cible de 90 %. Ce résultat s'explique principalement par deux éléments, l'un étant la déficience intellectuelle qui a été le programme où nous avons débuté la mise en place d'un guichet d'accès unique (projet pilote). Le rodage du projet ainsi que le changement de personne responsable (transition) ont apporté certains délais. De plus, la situation étant tellement criante en TSA (demande d'accès nettement supérieure à notre capacité de prise en charge) qu'il nous est réellement difficile d'atteindre cette cible. Afin d'améliorer notre rendement, nous sommes à :				
- Planter notre salle de pilotage en ayant comme premiers indicateurs à suivre : délais d'accès et gestions des listes d'attentes; - Revoir certaines pratiques cliniques (utilisations du groupe, déterminer des standards de pratique à l'accès); - Diversifier nos stratégies de prise en charge : poursuivre et intensifier les pratiques de groupe de formations aux parents (en TSA) implantées dans les deux dernières années, exploiter davantage la notion d'épisode de service (critère de fermeture, épisode de service court terme et intervention de groupe pour les usagers; - Revoir notre continuum de services avec les SAD-PPH; - Avoir des rencontres d'arrimages plus fréquentes entre les responsables d'accès et les spécialistes en activités cliniques et les chefs de service de chaque secteur; - Pour suivre nos travaux sur l'intégration des services et utiliser les nouvelles opportunités issues des nouvelles dispositions locales (fusion des centres d'activités) afin de favoriser une utilisation plus judicieuse de nos ressources humaines.				
1.46-PS Nous avons passé de 71,4 % en 2017-2018 à 75 % en 2018-2019. La cible était de 80 %. Comme il s'agit d'un très petit nombre, l'écart entre le résultat et la cible ne semble pas significatif. Cependant, voici quelques mesures qui se sont poursuivies en 2018-2019 pour supporter l'intégration de la clientèle adulte : sensibilisation du service des ressources humaines du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue à l'embauche de personnes TSA, utilisation du programme « Milieu de formation et de travail adapté (MFTA) » pour supporter l'intégration au travail, lien avec les organismes communautaires qui offrent des activités de jour afin de supporter l'intégration de la clientèle et travail en amont avec les commissions scolaires pour arrimer nos efforts dans le soutien de l'utilisateur en période de transition.				

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
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	28,60	28	30,79 20,91	ND
Commentaires : L'engagement dans l'EGI 2018-2019 n'est pas atteint compte tenu de la hausse des signalements en protection de la jeunesse. Nous avons une augmentation de 125 signalements de plus en négligence en 2018-2019, avec une augmentation du taux de rétention de 0,4 %. Suivant l'analyse de la situation, nous constatons que malgré la disponibilité du programme négligence dans les services de proximité, les dossiers retenus et compromis en négligence ne pouvaient pas être orientés vers ces services vu la complexité et les besoins des enfants et des parents. De plus, nous avons mis en place un comité de travail pour réviser le processus de traitement des signalements en négligence/risque de négligence et de référencement de ces signalements vers les services de proximité. La présentation du processus révisé est prévue à la mi-juin 2019.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
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	86,8	87,6	84,7	87,6
Plan stratégique 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	95	93,8	91,9	93,8
Commentaires : 1.07.04 -EG2 Les équipes en dépendance ont été en effectifs réduits à divers moments au cours de l'année en raison de congé maladie ou en raison d'une pénurie de main-d'œuvre afin de pourvoir les postes vacants, ce qui a eu un effet négatif sur l'atteinte de la cible.				

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Dépendances				
Les formations aux outils de dépistage se poursuivent pour les nouveaux employés. Le travail de recrutement se fait en continu afin de combler les effectifs et postes vacants dans les équipes.				
1.07.06 -PS				
Les équipes en dépendance ont été en effectifs réduits à divers moments au cours de l'année en raison de congé maladie du personnel ou en raison d'une pénurie de main-d'œuvre permettant de pourvoir des postes vacants, ce qui a eu un effet négatif sur l'atteinte de la cible. Le travail de recrutement se fait en continu afin de combler les effectifs et postes vacants dans les équipes.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé mentale				
Plan stratégique 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	313,2	313	313,2	317

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Urgence				
Plan stratégique 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	9,98	9,30	10,17	9,3
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	62,2	65	63,6	65
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	65	70
Commentaires 1.09.01-PS Mise en place d'un comité de travail dans une salle d'urgence de la région afin de diminuer les délais relatifs à la prise en charge médicale de la clientèle ambulatoire. Les éléments ciblés pour l'optimisation seront intégrés dans les autres salles d'urgence de la région.				

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Urgence				
1.09.43-PS				
Deux salles d'urgence ont vu leurs DMS sur civière augmentés sensiblement, les deux sites ont des difficultés reliées à l'accès à des lits à l'étage et un des deux est en pénurie de médecins de famille, ce qui se reflète sur le Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) et sur la fréquentation de l'urgence.				
1.09.44-PS				
L'ensemble des indicateurs fait l'objet d'un suivi régulier et d'une attention particulière par la Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire (DSPEU). Ils figurent dans un fichier « Carnet de route » qui est analysé par le comité stratégique de cheminement des usagers.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Services de première ligne				
Plan stratégique 1.09.25-PS Nombre total de GMF	7	7	7	N/D
Plan stratégique 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	81,69	85	82,8	N/D

Commentaires

1.09.27-PS

Répartition des données « Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille » dans les cinq territoires :

- Abitibi-Ouest : 89,5 %
- Abitibi : 93 %
- Rouyn-Noranda : 80,5 %
- Val-d'Or : 76,1 %
- Témiscamingue (Ville-Marie et Témiscaming/Kipawa) : 82,8 %

Consolider l'offre de services en GMF afin de garantir l'accès aux patients non inscrits. Il est difficile d'augmenter la prise en charge de clients non inscrits en lien avec les difficultés de recrutement. La priorité est de limiter le transfert sur le GAMF des usagers pour lesquels leur médecin de famille a quitté.

En janvier 2019, 190 médecins de famille sont présents. De ce nombre, 15 sont en congé maladie ou congé maternité et 4 sont en congé de service ou ont annoncé un départ pour retraite ou démission. En 2019, 19 postes sont accordés au plan régional des effectifs médicaux (PREM) accordés, dont 8 restent encore à combler.

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Services de première ligne (suite)				
Également, la région se démarque positivement avec le recrutement étranger de 17 parrainages, dont 4 sont actuellement en stages et 10 en attente de stages.				
Intensification et amélioration du processus associé aux activités de recrutement et à l'optimisation des activités avec Recrutement santé Québec (RSQ).				
Diffusion régulière de l'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.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Soins palliatifs et de fin de vie				
Plan stratégique 1.09.05-PS Nombre d'utilisateurs en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	474	505	365	505
Plan stratégique 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	25	24	24	24
Plan stratégique 1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les utilisateurs décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	11	13	12	13
1.09.05-PS Présentement, les proches aidants doivent s'impliquer passablement afin que le maintien à domicile de l'utilisateur soit possible jusqu'à son décès. Actuellement, beaucoup de nos utilisateurs choisissent, soit d'être hospitalisé ou encore d'aller dans une maison de soins palliatifs plutôt que de demeurer à domicile jusqu'à la fin. Au cours de la prochaine année, la formation en soins palliatifs sera toujours de mise, mais il y aura aussi des suivis et des liens de faits afin d'améliorer la façon de soulager la douleur de cette clientèle pour que le maintien à domicile soit plus facile pour eux et leur famille en lien avec les travaux concernant la possibilité de fournir des narcotiques en mode continu par un mode sous-cutané. Il n'est pas toujours possible d'avoir un suivi médical 24 h sur 24 ni d'avoir le support 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. Au cours des prochains mois, des efforts supplémentaires seront déployés afin de trouver des solutions pour que le choix de demeurer à domicile soit envisagé plus souvent par les utilisateurs plutôt que d'opter pour l'hospitalisation en centre hospitalier.				

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Soins palliatifs et de fin de vie (suite)				
1.09.46				
Les résultats ont partiellement été atteints pour un seul des indicateurs, soit le 1.09.46-PS avec un résultat de 12 % sur une cible de 13 %. Dans la plupart des MRC de l'Abitibi-Témiscamingue, des travaux sont en cours afin d'améliorer les gardes médicales et infirmières, ce qui aura certainement un impact positif pour l'atteinte de notre engagement 2019-2020.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Chirurgie				
Plan stratégique 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	1	0	1	0
Commentaires Un seul cas présente un délai supérieur à un an. La gestion de la liste d'attente se fait individuellement selon les cas. 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.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Imagerie médicale				
Plan stratégique 1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	90,5	91,4	79,3	91,4
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	96,3	100	72,3	100
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	100	100

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Imagerie médicale (suite)				
<u>Plan stratégique</u> 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	100
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	84,6	90	80	90
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	100	100	61,6	100
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	95,9	100	80,9	100
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	100	100	95,4	100
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	75,2	85	66,3	85

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Imagerie médicale (suite)				
Commentaires				
1.09.34.00-PS, 1.09.34.02-PS et 1.09.34.07-PS				
Pénurie majeure de radiologistes (4 radiologistes/9 postes, 2 congés maternité, 2 postes vacants, un congé pour études), la production des examens de scopie repose sur les radiologistes présents et les radiologistes dépanneurs. La situation devrait grandement s'améliorer suite aux retours à temps complet des 2 radiologistes en congé de maternité à l'automne 2019.				
1.09.34.05-PS				
Ajout d'un appareil supplémentaire à l'Hôpital de Rouyn-Noranda et bonification de l'offre de service (matin, soirs et fins de semaine) par les internistes et le cardiologue de la région pour arriver à répondre aux délais requis.				
1.0934.06-PS				
Pénurie majeure de radiologistes (4 radiologistes/9 postes, 2 congés maternité, 2 postes vacants, un congé pour études), une seule radiologiste en poste formée en mammographie. Plusieurs travaux non concluants pour la lecture à distance pour cause de problèmes de capacité du réseau. Plusieurs radiologistes dépanneurs ont été sollicités et ont contribué à maintenir les délais. La situation devrait grandement s'améliorer suite aux retours à temps complet des 2 radiologistes en congé de maternité à l'automne 2019.				
1.09.34.08-PS				
Augmentation du nombre de demandes possiblement en lien avec les délais d'imagerie par résonance magnétique (IRM).				
1.09.34.09-PS				
Retard cumulé suite à l'arrêt de l'appareil (18 jours pour réparation en juin 2018 et plusieurs journées pour bris, entretien et réparation). Augmentation des demandes, délais en arthro-IRM directement liés au problème des scopies. Essoufflement du personnel, car l'offre de service repose sur trois installations étant donné la fermeture du site de Val-d'Or. La formation de technologues au cours de l'année 2018-2019 a toutefois beaucoup aidé. De plus, plusieurs usagers sont absents à leur rendez-vous, augmentant les délais puisque toujours sur la liste d'attente.				

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
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	N/D	100

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Ressources humaines				
Plan stratégique 3.01-PS Ratio d'heures en assurance salaire	8,82	6,41	8,98	N/D
Plan stratégique 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	4,76	3,38	5,65	N/D
Plan stratégique 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,83	1,25	2,73	N/D

Commentaires

3.01-PS / 3.05.02-PS et 3.06.00-PS

Pour l'année 2018-2019, la gestion des effectifs a été marquée par de nombreuses transformations organisationnelles et une augmentation importante de la pénurie de main-d'œuvre en région, ainsi qu'une augmentation du nombre de départ à la retraite. Dans ce contexte, les cibles d'assurance salaire, d'heures supplémentaires et de recours à la main-d'œuvre indépendante n'ont pas été atteintes.

Au cours des dernières années, nous observons une baisse importante du nombre total d'employés dans notre organisation. Actuellement, le marché du travail régional est confronté à une situation de rareté de main-d'œuvre sans précédent. En avril 2018, le taux de chômage régional se situait à 3,4 % et était le troisième plus bas au Québec. En 2015, lors de la création du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, le taux de chômage était à 7 %. Dans ce contexte, le recrutement pour faire face aux nombreux départs de l'établissement devient très difficile.

Le manque de disponibilité de main-d'œuvre entraîne une augmentation du temps supplémentaire et de la main-d'œuvre indépendante, ce qui peut augmenter la pression sur le personnel. De plus, l'établissement a déployé plusieurs projets de transformations cliniques importants qui ont entraîné plusieurs changements pour le personnel. On peut donc y expliquer une partie de la hausse du ratio d'assurance salaire ainsi qu'une augmentation de nos frais de CNESSST.

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Ressources humaines (suite)				
En septembre 2017, un plan d'action visant l'augmentation de la présence au travail et la disponibilité de la main-d'œuvre a été adopté et se poursuit depuis les deux dernières années. De ce plan, plusieurs mesures ont été déployées ou sont en cours d'implantation telles que : • Les dispositions locales avec le syndicat FIQ ont permis d'octroyer des postes 7/14 à toutes les personnes salariées qui le souhaitaient. La deuxième phase de rehaussement à temps complet est en cours et devrait se terminer en décembre 2019; • Un exercice de rehaussement, en collaboration avec le syndicat CSN, permettant d'augmenter le nombre de postes à temps complet pour les préposés aux bénéficiaires (PAB); • Révision des horaires de travail et du travail de planification à la liste de rappel; • Mesures de soutien aux changements et à la transformation incluant des ateliers pour les gestionnaires; • Salon d'embauche dans toutes les MRC de la région; • Projet de promotion et de valorisation du travail des PAB; • Programme de reconnaissance des acquis afin d'augmenter le nombre de diplômés pour le titre d'emploi de PAB. Pour les catégories syndicales 3 et 4, soit le SCFP et l'APTS, nous allons davantage vers des postes d'équipe volante pour venir pallier aux différents besoins dans chacune des MRC. De plus, des stratégies innovantes d'attraction ont été mises en place : • Séjour exploratoire dans les MRC; • 4 à 7 de l'embauche; • Journée de recrutement la fin de semaine pour le personnel administratif. Au cours de l'année 2019-2020, l'équipe de soutien en amélioration continue en prévention sera déployée dans les directions qui présentent un haut taux d'assurance salaire et de CNESSST. Nous misons sur les efforts de tous afin de réduire nos taux d'assurance salaire. Cette mesure aura un impact sur les deux autres indicateurs, soient le recours à la MOI et le recours au temps supplémentaire. 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 avec une variation de 0,1 %. La cible d'heures rémunérées était 8 635 569 heures et nous avons atteint 8 630 345 heures.				

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Multiprogrammes (DSM)				
Plan stratégique 7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	60,4	70	57,1	70
Commentaires 7.01.00-PS Notre cible est en voie d'être atteinte. Un projet d'harmonisation des accueils cliniques a été déployé durant l'année ce qui nous a permis de gagner en efficience au niveau de nos processus. Néanmoins, la pénurie de main-d'œuvre a amené une vague de départs de ces secteurs et a demandé certains ajustements au niveau de la gestion des ressources humaines. De plus, les chefs ont mis en place rapidement les formations continues obligatoires pour l'orientation des nouveaux travailleurs sociaux (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.				

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



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

Agrément

En octobre 2017, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a reçu sa première visite d'agrément suivant l'entrée en vigueur de la Loi 10 et fut agréé.

Afin de maintenir ce statut, les mesures de suivis exigées par Agrément Canada leur ont été soumises le 6 novembre 2018 pour les normes suivantes :

Les exigences des principaux tests de conformité suivants qui se rattachent aux pratiques organisationnelles requises (POR) :

- Prévention et contrôle des infections (8.1.1);
- Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu (9.10.1) (9.10.2);
- Leadership (15.1.2) (15.1.4);
- Soins à domicile (8.7.4) (8.7.5);
- Santé mentale (8.7.4) (8.7.5) (9.18.5);
- Réadaptation (8.6.4) (8.6.5).

Ainsi, les critères suivants ont exigé un suivi :

- Gestion des médicaments (6.2, 23.3);
- Prévention et contrôle des infections (2.10);
- Gestion des médicaments (7.4);
- Déficits sur le plan du développement (6.7, 8.14, 8.16);
- Soins de longue durée (9.6);
- Santé mentale (2.8);
- Réadaptation (7.15);
- Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu (7.9).

Certains critères sont demeurés non conformes suite à la soumission des preuves et seront donc évalués lors de notre prochaine visite en juin 2019. Or, les équipes ont travaillé à apporter les correctifs requis et la préparation de plans d'action pour prendre en charge les travaux plus importants.

De plus, certaines exigences étaient toujours non atteintes en janvier 2019 suite aux preuves soumises concernant les tests de conformité qui se rattachent aux pratiques organisationnelles requises (POR) :

Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu (9.10.1) (9.10.2) pour le critère :

- Gestion des médicaments (23.3).

Toujours en action, les équipes-qualité poursuivent leur démarche d'amélioration continue de la qualité et sont maintenant à l'œuvre pour préparer les prochaines visites d'agrément, dont celle du 9 au 14 juin 2019, où les preuves ainsi que les suivis seront présentés à l'équipe de visiteurs.

5. 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 d'avis-alerte-rappel, bris-perte et réclamation ainsi que les codes de mesures d'urgence cliniques (code jaune, personne en détresse et code mauve). Nous croyons être en mesure d'adopter le tout en 2019 dans une version harmonisée au sein du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue;
- Plusieurs présentations, séances de sensibilisation et de formation concernant la déclaration des incidents et accidents ont été réalisées, formant et sensibilisant ainsi 350 personnes. 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'au niveau 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 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 des bilans des incidents-accidents, des constats principaux qui en ressortent et des principales pistes d'amélioration mises en œuvre dans l'optique 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 les installations des MRC de l'Abitibi-Témiscamingue. La 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.

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

- En conformité avec les orientations prises par la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQÉPÉ) et entérinées par le comité régional de gestion des risques et de la qualité du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, les directions cliniques ainsi que la Direction des services techniques, logistique et de ressources informationnelles (DSTLRI) 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.

En 2018-2019, 20 rencontres de sous-comités ont eu lieu pour assurer le suivi aux activités en gestion des risques et les recommandations qui en découlent. Quatre rencontres du comité régional en gestion des risques se sont tenues cette année, soit le 5 juin 2018, le 5 octobre 2018, le 4 décembre 2018 et le 19 mars 2019;

- 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, un tableau de suivi des recommandations pour les événements F et plus ainsi que les événements sentinelles a été instauré afin d'assurer le suivi des recommandations effectuées en gestion des risques de même que de permettre le suivi des recommandations au niveau régional si tel est le cas.

Le fruit du travail réalisé et des 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.

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

La nature des trois principaux types d'incidents et d'accident mis en évidence au moyen du système local de surveillance

Type événement	Nombre d'événements (incidents et accidents)	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Médication	3 899	32,9 %
Chute	3 706	31,4 %
Autres	4 263	35,7 %
Total	11 868	100 %

**Données non exhaustives. L'établissement a jusqu'au 15 juin pour finaliser la compilation des données dans le système. 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.*

LES ACTIONS ENTREPRISES PAR LE COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET LES MESURES MISES EN PLACE PAR L'ÉTABLISSEMENT

En remplissant le formulaire AH-223, les déclarants sont invités à apporter certaines précisions à l'égard des circonstances des différents types d'événements survenus. À cet effet, la répartition des événements « autres » est principalement liée aux types d'événements suivants :

- Les blessures d'origine inconnue 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 autre.

Les situations en lien avec la prévention des chutes et la prévention des événements liés à la médication méritent également une attention particulière. Une analyse approfondie présentant les causes associées des omissions de la médication est débutée dans une unité pilote, en collaboration avec la DSI. Suite à l'examen approfondi des causes des chutes, un outil d'analyse des chutes de leur conséquence de leur gravité I (chute avec conséquences relatives à l'échelle de gravité de F à I) est actuellement en expérimentation.

La DQÉPÉ est impliquée dans de nombreux comités dont :

- Le comité stratégique en prévention des infections;
- Le sous-comité prévention et contrôle des infections (PCI);
- Le sous-comité des éclosions;
- Le comité de prévention et contrôle des infections et du retraitement des dispositifs médicaux;
- Le comité du circuit du médicament;
- La Table régionale en prévention des infections nosocomiales;
- Le comité régional en alimentation en CHSLD;
- Les comités AMPROOB;

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

- Les comités en lien avec projets de rénovations majeures et de constructions;
- Le comité de gouvernance des mesures alternatives à la contention et à l'isolement;
- Le comité de prévention du suicide;
- Le comité pour l'harmonisation des codes d'urgences cliniques.

Au cours de cette quatrième année, le comité régional de gestion des risques a tenu une vaste évaluation quant au fonctionnement, à la composition, aux rôles ainsi qu'aux mandats du comité. Cette évaluation a mené à des changements qui ont débuté en décembre 2018. De plus, le comité a réalisé les activités suivantes :

- Assurer le suivi des déclarations d'incidents et d'accidents et analyser les données produites par celles-ci selon leur gravité, leur nombre, les situations, les lieux et la divulgation faite aux usagers concernés. Le bilan des déclarations est réalisé à l'aide d'un tableau de bord qui a évolué selon les besoins du comité. Entre autres, des ajouts ont été réalisés afin de comparer les années antérieures et extraire les taux d'événements, en lien avec les chutes, les erreurs de médication, les événements de la catégorie « autres » ainsi que ceux impliquant le laboratoire;
- Commenter les informations présentées aux tableaux de bord prévus pour chaque direction et programme;
- Assurer le suivi des événements à gravité plus importante et des événements de type sentinelle par un tableau qui recense les activités dont le comité doit assurer la vigie. En ce sens, un tableau de suivi des événements de gravité F et plus, ainsi que les événements sentinelles, a été mis en place. Il 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 davantage fonctionnel;
- Assurer la vigie et établir un plan d'action afin d'améliorer le taux de divulgation des événements indésirables avec conséquences et la saisie des déclarations;
- S'assurer de la saisie des formulaires AH-223 dans le système SSSS par les directions afin d'éviter des retards pouvant avoir une incidence sur la disponibilité des données;
- Consulter les personnes compétentes sur des sujets relatifs à la sécurité et à la gestion des risques pour présenter leurs travaux dans des dossiers particuliers, dont les rapports de visites d'audits et de conformité des mesures d'urgence au sein de l'organisation;
- A été tenu informé des formations et des sessions de sensibilisation à la divulgation et les sessions propres à la gestion des risques sur tout le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue. Tous les secteurs ont été sensibilisés à la gestion des risques, la déclaration des événements indésirables, la mise en place de mesures;
- Recevoir la présentation des bilans qui touche la sécurité transfusionnelle, en collaboration avec la direction concernée. Les arrimages sont actuellement en cours avec le CUSM;
- A été tenu informé des travaux entourant le plan de sécurité;
- A présenté un état de situation quant à l'application MediClinic. Suite à cette présentation, le comité de direction en a été saisi pour décision et gestion de la situation;
- A été tenu informé des travaux concernant les accréditations des laboratoires. En ce sens, une recommandation a été formulée afin d'établir les mécanismes de communication et de rétroaction concernant le suivi des événements en gestion des risques impliquant les laboratoires. De plus, une trajectoire des déclarations des événements indésirables, impliquant ceux-ci, a été produite. Le comité a également été saisi des actions actuellement en cours concernant la complétion des requêtes de

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

- laboratoire, incluant l'identification des requêtes;
- A assuré la vigie quant à l'aménagement sécuritaire des unités de psychiatrie interne pour les usagers;
- A été tenu informé des travaux entourant les procédures d'urgences cliniques, dont les fugues et les personnes en détresse;
- A été tenu informé des travaux entourant la prévention du suicide ainsi que du plan d'action en cours;
- S'est assuré d'une représentativité du CUSM (département de laboratoire) au sein du comité de gestion des risques régional;
- A participé au comité local des mesures d'urgence;
- A participé à la rédaction d'articles en gestion des risques dans le journal de l'établissement;
- A participé au comité régional d'évaluation des produits.

La surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

Un portrait sommaire des infections nosocomiales et des éclosions a été dressé à trois reprises au comité de gestion des risques. Ces problématiques font l'objet d'un suivi au sein de l'établissement, plus spécifiquement au comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales (CS PCIN). Cette instance assure le suivi des tableaux de bord reliés aux infections nosocomiales et des 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, supportent l'organisation dans la mise en place des mesures de surveillance, de prévention et de contrôle des infections. Se référer au rapport du comité PCI pour le détail des informations.

LES PRINCIPAUX CONSTATS TIRÉS DE L'ÉVALUATION ANNUELLE DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS

Les principaux constats

Le premier constat du comité de gouvernance pour l'année venant de se terminer, fut la prise de conscience que la structure actuelle des comités sur les mesures alternatives et de contrôle devait être améliorée puisqu'elle ne permettait pas au comité d'avoir l'information adéquate concernant les besoins et les défis que rencontrent les équipes au quotidien.

Nous avons débuté par la révision du mandat du comité en identifiant les moyens pour l'actualiser :

- Mise en œuvre du plan d'action;
- Procéder à l'inventaire des besoins de formation en collaboration avec la DRHCAJ;
- Mise en place de comités élargis dédiés à la formation, à l'équipement et la fourniture;

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

- Mise en place de mesures aux formulaires et procédures, ainsi que tout autre sujet selon les besoins.

Les premières rencontres auront lieu en 2019-2020. Puis, nous avons redessiné la structure de notre gouvernance en changeant la composition et les rôles des comités.

Voici les quatre comités :

COMITÉS	RÔLES
Comité de coordination clinique et opérationnel (CCCO)	• S'assure que le plan d'action chemine et intervient si des enjeux spécifiques sont mentionnés; • Ce comité sera également revu en 2019-2020.
Comité de gouvernance	• Assure une vigie sur le respect du protocole; • S'assure de mettre en place un plan d'action en lien avec les mesures de contention et alternatives; • Évalue les besoins de formation; • Fais le bilan des actions et amène l'information au CCCO.
Comité élargi interdirection en mesures de contrôle et alternatives Notre premier comité élargi a eu lieu le 6 mars et la deuxième le 25 mars 2019	• Se réunissant, environ trois fois par année, les délégués de chaque direction partagent l'information et définissent les stratégies gagnantes.
Sous-comités de travail	• Se réunissent pour travailler des mandats particuliers.

Le comité de gouvernance, toujours composé de la DSI, DSM et de la DQÉPÉ, poursuit et améliore son plan d'action comprenant cinq objectifs prioritaires, soit :

1. Suivre l'évolution des pratiques et du recours aux mesures de contrôle;
2. Réviser le protocole et les outils;
3. Procéder à un inventaire des besoins de formation et offrir la formation;
4. Poursuivre le déploiement du système de contention Pinel au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue;
5. Déploiement et formation Oméga en 2019-2020 et évaluation de la formation à donner pour les unités de réadaptation en jeunesse, unité de santé mentale, le centre de réadaptation en dépendance (CRD) et les salles d'urgence.

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

Chacun des cinq objectifs est décortiqué en action et suivi de près dans le plan. Cette année, l'une des principales réalisations a été de poursuivre et de déployer le système de contention Pinel (objectif 4) et de procéder au retrait d'Argentino dans les unités.

Formation et déploiement du système de contention Pinel

Villes	Unités	Nombres d'employés formés
La Sarre	Urgence, soins intensifs, psychiatrie, équipes volantes, courte durée et médecine	73
Rouyn-Noranda	Urgence, soins intensifs, psychiatrie et les coordonnatrices	96
Ville-Marie et Témiscaming	Urgence et les coordonnatrices	16
Amos	Urgence, soins intensifs psychiatrie, médecine et les coordonnatrices	49
Malartic	Psychiatrie	53
Val-d'Or	Urgence, soins intensifs	18

Concernant le déploiement et la formation Oméga, le 23 janvier 2019, M. Jean-François Labrecque de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) a fait une présentation de la formation OMÉGA et des interventions en situation d'agressivité au CCCO. Cette présentation a également été réalisée devant le comité de direction (CODIR). Le CODIR acceptait, le 13 mars 2019, le déploiement de la formation Oméga et l'évaluation de la formation à donner pour les unités de réadaptation en jeunesse, unité de santé mentale, le CRD et les salles d'urgence.

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 apprécatives. Le comité a également assuré le suivi de la mise en place des recommandations faites dans le cadre du régime 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'usager.

Le comité a émis trois recommandations particulières au conseil d'administration cette année, notamment en :

- Recommandant d'apporter une attention particulière aux délais d'attente en dermatologie, ophtalmologie, immunologie et aux démarches implantées par l'établissement pour réduire les délais d'attente, et ce, en fonction des ressources médicales disponibles;
- Adoptant les enjeux et recommandations émises par le Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

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

comme il a été indiqué dans leur rapport d'activités 2017-2018;

- Recommandant de s'assurer que le comité de travail sur l'organisation du soutien aux usagers dans les déplacements électifs soit réactivé et que soit tenu informé le présent comité du suivi des recommandations du plan d'action qui en résultera.

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.

COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Lors des rencontres du comité, la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services, ou la Commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services présente un tableau synthèse des plaintes conclues durant l'année en cours. La commissaire présente également un portrait des dossiers particuliers reçus pour l'établissement. Pour l'année 2018-2019, 305 dossiers de plaintes conclus ont été présentés au comité de vigilance et de la qualité, dont 22 provenaient de l'année 2017-2018 puisque ceux-ci étaient toujours en cours d'examen au 31 mars 2018. Le comité reçoit l'information sur les objets de plainte reçus et, s'il y a lieu, sur leur récurrence. Toutefois, comme ces objets de plaintes 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.

Aperçu des thématiques abordées par les recommandations

Les recommandations formulées par la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services, et soumises au comité de vigilance, ont trait aux thématiques suivantes :

- Accessibilité aux services;
- Soins et services dispensés;
- Relations interpersonnelles;
- Aspect financier;
- Organisation matérielle;
- Droits particuliers.

Notons que ce dernier thème tient compte des droits des usagers tels que le droit à l'accompagnement, à l'information sur les services disponibles et les modalités d'accès, la confidentialité, l'accès au dossier d'utilisateur, etc.

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

Les recommandations émises concernent l'application des mesures correctives à portées individuelles ou encore des mesures à portées systémiques. 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 des mesures disciplinaires en réponse à des recommandations émises. Des rappels ont été adressés à des membres du

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

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.

PROTECTEUR DU CITOYEN

Liste des recommandations adressées à l'établissement

Pour l'année 2018-2019, le Protecteur du citoyen a ouvert et réquisitionné vingt dossiers de plaintes afin qu'ils soient analysés en deuxième instance, à la demande du plaignant. Dans l'année 2018-2019, l'établissement a reçu les conclusions dans 12 dossiers. De ces 12 dossiers, deux dossiers n'ont pas été ouverts, le Protecteur du Citoyen estimant que son enquête ne permettrait pas d'aller plus loin que ce qui a été fait en première instance. Pour les 10 autres dossiers conclus, le Protecteur du Citoyen a confirmé les conclusions de la première instance et a exigé un suivi aux recommandations déjà émises par la Commissaire dans un dossier, tandis qu'il a émis une recommandation supplémentaire dans deux dossiers.

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

Une des recommandations émises par le Protecteur du citoyen touche l'application de mesures correctives dans l'organisation des services lors de changement de milieu d'hébergement. À titre d'exemple, un programme en Troubles cognitifs et troubles graves de comportement (TC-TGC) à l'intention de la clientèle ciblée a été adopté et diffusé et des modifications à la documentation ont été apportées.

Les autres recommandations émises concernent les politiques nationale et régionale de déplacement des usagers en regard à la compensation financière aux usagers. Des rappels ont été adressés aux médecins et cliniques médicales privées à propos des conditions d'application des politiques et sur les conditions requises pour que les références permettent l'ouverture au versement d'une compensation financière aux usagers pour leurs frais de déplacement. En guise de suivi des recommandations, un mécanisme est implanté et les données compilées sont ainsi portées à l'attention du comité.

CORONER

Quatre dossiers seront présentés au comité de gestion des risques et de la qualité du 28 mai 2019.

Dossier A-174148

Le coroner a 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-*

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

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 et des services sociaux, les partenaires et les médecins œuvrant sur le territoire desservi par l'établissement.

En guise de suivi, le rapport du coroner a été acheminé en mai 2018 au médecin de famille ainsi qu'à l'entreprise responsable de la gestion de l'immeuble où cette dernière résidait afin qu'une réflexion soit faite sur l'événement.

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 ministère de la Santé et des Services sociaux (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. Une alerte de soins infirmiers a été envoyée aux chefs de service et au personnel infirmier.

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 en risque suicidaire devrait être offerte à tous les intervenants du GMF. Pour ce faire, nous sommes en lien avec l'adjointe à la Direction des services multidisciplinaires 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.

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

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

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.

AUTRES INSTANCES

Instances externes

Ordres professionnels

Les différents rapports d'inspection et plans d'action des directions suite aux recommandations des ordres professionnels sont compilés dans un tableau mis à jour continuellement. En 2018-2019, le comité s'est penché sur les rapports d'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) et du Collège des médecins du Québec (CMQ). Quelques recommandations ont été émises et l'établissement dispose de plans d'action pour apporter les corrections nécessaires, le tout à la satisfaction du comité de vigilance.

Instances internes

Un bilan des activités du CUCI ainsi que les rapports annuels d'activités 2017-2018 du conseil multidisciplinaire, du comité de gestion des risques et de la qualité (CGRQ) et du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ont été déposés au comité vigilance. Ils exposent la composition du comité, le mandat, le bilan des activités, leurs faits saillants, les recommandations émises et leurs perspectives d'action pour la prochaine année. Les actions posées par l'établissement suite aux recommandations sont satisfaisantes ainsi que les dossiers en cours présentement.

Le comité a reçu la présidente du Conseil des infirmières et infirmiers en lien avec deux recommandations qui ont été émises en mars 2018 par ledit conseil, notamment pour la qualité des soins en CHSLD et la prescription infirmière.

Les membres du comité ont également été informés du suivi des recommandations émises suite à l'évaluation globale de la qualité des soins infirmiers effectuée sur les unités en CHSLD en mars 2017. Les recommandations font l'objet d'un plan d'amélioration sous la responsabilité de la Direction des programmes soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA) avec la collaboration de l'équipe de soutien à la pratique et à la qualité des soins infirmiers de la DSI.

Le comité de vigilance a donné suite aux recommandations présentées et a assuré le suivi de plusieurs actions ou interventions lorsqu'il le jugeait pertinent. En ce sens, le comité a, en cours d'année, assuré la vigie de certains indicateurs de vulnérabilité ainsi que de certains sujets qui les préoccupent plus particulièrement. Les actions mises en place ainsi que les interventions réalisées par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue ont été présentées. Suite aux présentations, il a assuré de façon plus précise, certains suivis de dossiers qui les préoccupaient davantage.

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

L'éthique au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

La DQÉPÉ a déployé son Cadre conceptuel en éthique à l'hiver 2019. Cette première étape constitue la base et permet d'arrimer toutes les actions relativement à l'éthique en fonction des lignes directrices prévues dudit Cadre.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a réitéré sa volonté de faire de l'éthique une pratique au quotidien. Ainsi, quatre volets de l'éthique ont été identifiés :

- L'éthique de la recherche;
- L'éthique de la gestion du personnel (avec la collaboration de la DRHCAJ);
- L'éthique organisationnelle et de la gouvernance;
- L'éthique clinique.

De ce dernier volet découlent trois véhicules à la disposition des employés et des usagers :

- Les comités d'éthique locaux (Vallée-de-l'Or, Abitibi-Ouest, Amos, Rouyn-Noranda/Témiscamingue);
- Des ambassadeurs en éthique;
- Un regroupement régional d'éthique clinique.

Dans la dernière année, nous avons débuté le processus de formation de 23 ambassadeurs en éthique. Il s'agit d'employés motivés et ayant un intérêt marqué pour l'éthique, qui ont été formés afin de soutenir leurs collègues dans les diverses situations éthiques.

Ces ambassadeurs ont plusieurs rôles, notamment faire la promotion de l'éthique, orienter les demandes/questionnements aux bonnes instances et participer aux formations en éthique.

La formation aura été d'une durée de douze mois, à raison de trois heures par mois.

Des activités de promotion et de publication des profils des ambassadeurs sont prévues pour la prochaine année.

En décembre dernier, l'éthicienne Delphine Roigt est venue donner une formation d'une journée complète sur l'analyse lors de consultation éthique. Les ambassadeurs en éthique ainsi que les membres des comités d'éthique ont été invités.

Récemment, lors de la Semaine nationale de l'éthique en santé, nous avons assisté, en visioconférence, à un atelier portant sur les troubles de personnalité limite et leurs choix divergents, pouvant provoquer des malaises éthiques chez les intervenants.

Plusieurs articles ont paru dans le journal interne L'Intercom afin de faire la promotion de l'éthique ainsi qu'une publication dans le journal électronique de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue (ORIIAT).

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

Nous avons également été invités à quelques reprises dans des groupes de travail pour sensibiliser davantage les employés, soit environ 35 personnes.

L'idée de créer un comité de cas complexes est venue suite à une discussion avec l'avocate du contentieux. Afin de maximiser les forces et les connaissances de tout un chacun, nous estimions qu'il était intéressant, notamment pour les usagers et les intervenants, d'avoir accès à un comité composé de membres du volet juridique, clinique et éthique.

Les rencontres sont aux deux semaines. La diffusion et l'élaboration du mandat sont prévues pour la prochaine année.

Pour l'année 2018-2019, nous avons eu neuf rencontres. Suite aux rencontres, des suivis sont effectués auprès des équipes. Le comité des cas complexes émet des suggestions d'orientation.

Activités à venir

- Adoption et promotion du guichet unique en éthique clinique;
- Adoption et promotion du Règlement des ressources en éthique clinique;
- Présentation lors de l'AGA du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII) sur l'éthique;
- Lancement officiel du comité des cas complexes (éthique, juridique, clinique).

L'éthique de la recherche

L'organisation préconise l'avancée des connaissances scientifiques en participant à des projets de recherche. Ne possédant pas de comité d'éthique à la recherche, il a donc conclu officiellement une entente avec le CISSS des Laurentides, dans laquelle le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue délègue la responsabilité de faire l'évaluation scientifique et éthique du projet de recherche.

Nous participons à plusieurs projets multicentriques, soit près de 51 en cours dans notre établissement. Il faut savoir que la majorité des projets s'échelonne sur plusieurs années. C'est la DQÉPÉ qui orchestre l'examen de la convenance.

Pour l'année 2018-2019

NOUVEAUX PROJETS ACCEPTÉS	14
Projet rejeté	1
Lettres d'appui	2
Projets terminés	2

Il est fort agréable de constater que la recherche se porte bien au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. En effet, les directeurs et les employés, malgré les grandes charges de travail, manifestent très souvent leur intérêt à participer, que ce soit en répondant à des questionnaires téléphoniques, électroniques ou autres.

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

Le seul projet rejeté cette année est dû au fait que la technique du sujet de recherche est non pratiquée en région. De convenance avec les chercheurs, afin d'éviter d'avoir un échantillonnage biaisé, nous avons préféré refuser la demande.

Les directions les plus sollicitées sont la DI-TSA et DP, la DSI, la DPJeu et la DSM.

Nous sommes heureux de participer à des recherches multicentriques québécoises et même canadiennes.

Usager-partenaire

En août 2018, le MSSS a déposé son Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux. Suivant les lignes directrices de ce cadre, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a débuté des activités en lien avec cette approche.

En effet, la DQÉPÉ est responsable de la mise en application de cette approche. L'organisation a fait le choix de déployer l'approche usager-partenaire en deux volets :

1. L'utilisateur, partenaire de ses soins au quotidien;
2. L'utilisateur, partenaire de l'établissement.

Le premier volet vise davantage à responsabiliser l'utilisateur dans ses thérapies et ses choix de soins, toujours dans l'optique de reconnaître le savoir expérientiel de l'utilisateur.

Le deuxième volet est, quant à lui, dédié à la participation de l'utilisateur dans divers comités et consultations faites dans un but d'amélioration continue.

À l'automne, nous avons suivi toutes les étapes de l'implantation de l'approche usager-partenaire par le recrutement d'utilisateurs-partenaires pour le projet de constitution d'un comité d'amélioration continue dans le GMF-U de Rouyn-Noranda. En effet, nous avons assisté et coaché les équipes et les utilisateurs-partenaires dans ce déploiement. Ceci nous a permis de valider les documents du coffre à outils que l'on désire offrir en 2019-2020.

Autres activités

En décembre dernier, nous avons organisé une activité d'appropriation du recueil d'idées inspirantes. Ceci avait pour but d'étayer les types d'activités dans lesquelles la participation des utilisateurs a été une plus-value. L'activité a réuni plus de 15 personnes de divers profils, autant des directeurs, des utilisateurs, des bénévoles que des employés.

De plus, en matière d'utilisateur-partenaire, le conseil multidisciplinaire a invité, à deux reprises, la conseillère cadre en amélioration continue à venir renseigner les professionnels sur l'approche usager-partenaire et sur l'état d'avancement des projets d'implantation de l'approche au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

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

Nous participons également à la communauté de pratique de Dre Marie-Pascale de Pomey. Cette communauté de pratique regroupe des acteurs de partout en province, autant des gestionnaires que des usagers-partenaires.

Bien que notre structure pour le recrutement et la participation des usagers-partenaires en soit à ses débuts, nous constatons une croissance des demandes pour recruter un usager-partenaire sur des comités. Nous sommes en train de construire notre registre de banque de noms.

Nous avons également reçu un mandat spécial en lien avec l'amélioration de l'expérience usager. En effet, nous avons harmonisé les heures de visite en établissement de courte durée. Pour l'occasion, nous avons pu compter sur l'expérience enrichissante d'une usagère-partenaire. La prochaine étape de ce comité est de valoriser la présence d'un proche aidant, et ce, 24 heures sur 24.

À l'hiver, nous avons soumis un projet en lien avec l'approche usager-partenaire au MSSS et nous avons obtenu le financement requis. Notre projet est orienté davantage sur la formation des intervenants en lien avec l'implantation de l'approche usager-partenaire et d'informer les usagers sur cette approche. Une particularité au niveau de la clientèle autochtone est également ciblée pour ce projet d'une durée de deux ans. Nous avons travaillé en collaboration avec le comité des usagers et une usagère-partenaire pour l'élaboration dudit projet.

Récemment, nous avons été interpellés par l'Université de Montréal pour l'apport de notre expertise dans le comité des unités de formation clinique interprofessionnelle (UFCI). C'est-à-dire que l'on désire que nos résidents en médecine d'Amos et de La Sarre soient plus exposés aux usagers en soins de longue durée ou à domicile. Pour s'assurer de la cohérence de la façon de mettre en place ces formations, la présence d'usagers-partenaires devient essentielle à la création de ce modèle.

Finalement, nous avons présenté le concept d'usager-partenaire aux membres et participants présents de l'AGA du comité des usagers de la Vallée-de-l'Or.

À venir

- Mise en place des actions visées par le projet « Former et supporter les intervenants ainsi que les usagers et leurs familles pour l'implantation de l'approche usager-partenaire : c'est loin d'être paternaliste » soutenu par le MSSS (année 2019-2020);
- Participation à un atelier de formation et une table ronde avec des usagers-partenaires dans le cadre de l'AGA du conseil multidisciplinaire (23 mai 2019);
- Participation au sous-comité usager-partenaire;
- Impliquer les comités usagers dans l'approche usager-partenaire;
- Poursuite de notre participation à la communauté de pratique de Dre Marie-Pascale de Pomey;
- Présence au comité des unités de formation clinique interprofessionnel (UFCI) pour l'intégration d'usager-partenaire (décembre 2019);
- Adoption et promotion de la politique sur l'implantation de l'approche usager-partenaire;
- Déploiement du guide d'implantation de l'approche usager-partenaire;

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

- Déploiement du coffre à outils de l'implantation de l'approche usager-partenaire de l'établissement;
- Continuer les travaux pour la valorisation et la mise sur pied des proches aidants présents 24 heures sur 24.

Vrai Nord

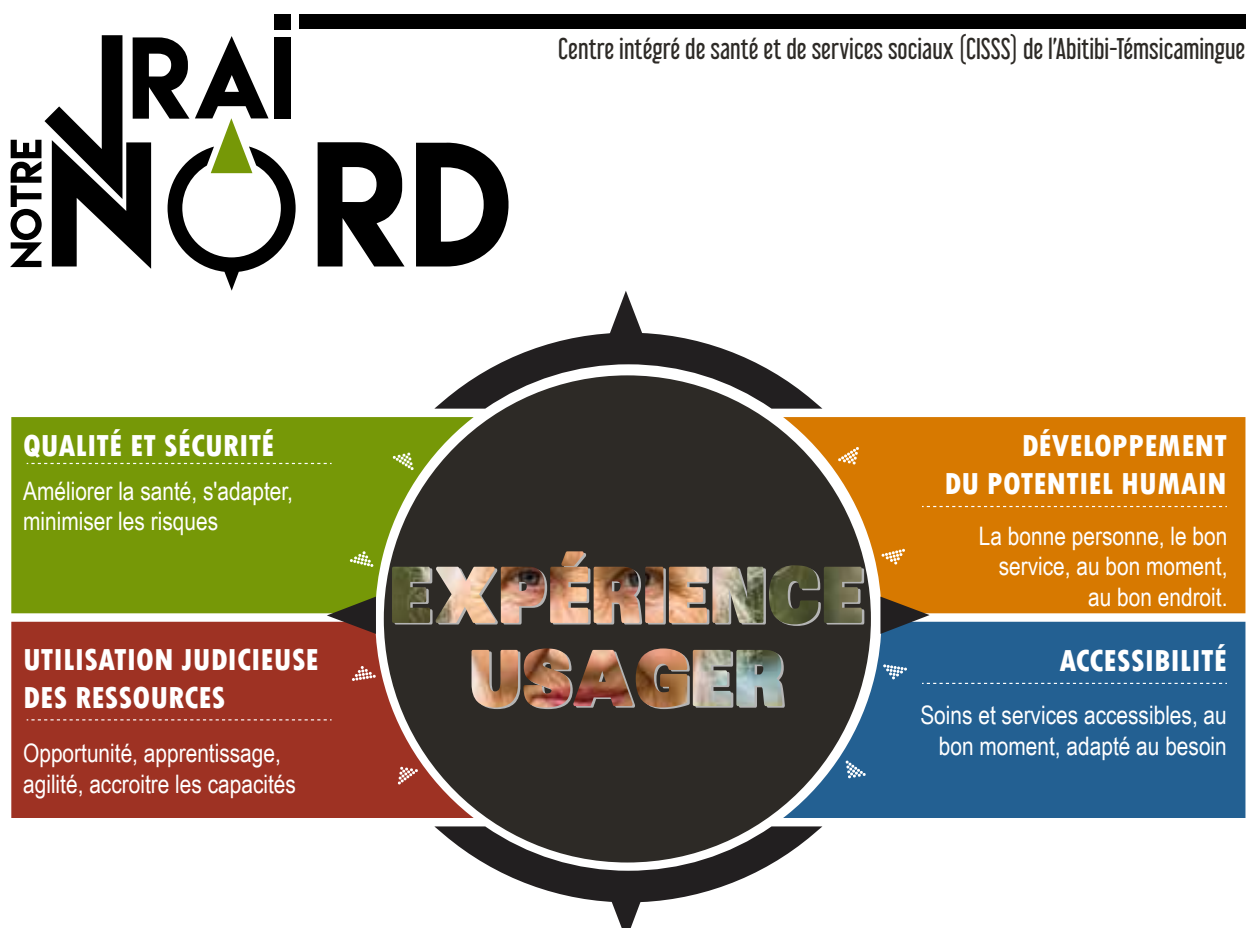
Dans sa stratégie de gestion, le comité de direction du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a procédé à la première étape de l'élaboration de son identité, soit la reconnaissance de cinq piliers constituant le Vrai Nord de l'établissement.

Le Vrai Nord, c'est la représentation des volets sur lesquels l'organisation aligne ses actions et sa gestion en cohérence avec ses valeurs, sa mission et sa vision.

Suite à une activité d'identification, il a été déterminé que le Vrai Nord de l'organisation ait dans son centre, le pilier **Expérience Usager**. Les quatre autres piliers sont la **Qualité et la Sécurité**, le **Développement du potentiel humain**, l'**Accessibilité** et l'**Utilisation judicieuse des ressources**.

Cinq couleurs distinctes permettent dorénavant, d'un seul coup d'œil, d'identifier les piliers.

Les prochaines étapes s'articulent autour de l'appropriation et l'utilisation à bon escient de notre Vrai Nord.



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

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

	La Sarre	Amos	Rouyn-Noranda	Val-d'Or	Total établissements
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	32	45	30	21	128
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	N/D
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	()	()	13	()	19
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du <i>Code civil</i> présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	26
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du <i>Code civil</i> et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	()	()	8	12	26

() : Nombre trop petit pour permettre la publication

Les mises sous garde en établissement ont lieu seulement en installation hospitalière (mission CH)

Examen des plaintes et promotion des droits

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services à 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 2019 et sera disponible sur le site Internet du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue à l'adresse suivante : www.cisss-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 communications externes de l'organisation. D'une part, les outils de communication permettent à la

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

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 Internet : toutes les informations pertinentes et les publications sont disponibles en tout temps au www.cisss-at.gouv.qc.ca;
- L'Intercom : le journal interne de l'établissement (onze parutions cette année) est disponible sur le site Internet 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 Internet 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 Internet 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 du président-directeur général en novembre 2018;
- Lors des rencontres régulières du comité des usagers et du comité des résidents;
- Lors des rencontres régulières des comités consultatifs dans chacune des MRC;
- Lors des rencontres du conseil d'administration;
- Sur le site Internet, 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.

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



6. APPLICATION DE LA POLITIQUE CONCERNANT 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	78
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	65
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	N/D*
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	13
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	N/D*

*Ces données sont maintenant transmises directement à la Commission sur les soins de fin de vie par le médecin traitant. L'établissement n'a plus accès à ces informations avec le nouveau processus de transfert de l'information.

7. RESSOURCES HUMAINES



7. RESSOURCES HUMAINES

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				
		2014-04-06 au 2015-04-04			2018-04-02 au 2019-03-31	
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Totales heures rémunérées	Nombre ETC	Nombre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	537 589	3 214	540 803	297	350
	2015-16	463 202	3 000	466 202	256	309
	2016-17	453 503	3 696	457 199	250	298
	2017-18	437 419	4 224	441 643	242	283
	2018-19	405 105	4 052	409 157	224	262
	Variation	(24,6 %)	26,1 %	(24,3 %)	(24,6 %)	(25,1 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	1 173 795	4 348	1 178 143	651	829
	2015-16	1 195 395	4 700	1 200 095	663	837
	2016-17	1 207 660	4 700	1 212 360	669	846
	2017-18	1 265 919	5 696	1 271 614	702	886
	2018-19	1 319 513	6 021	1 325 534	731	924
	Variation	12,4 %	38,5 %	12,5 %	12,3 %	11,5 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	2 159 684	86 368	2 246 053	1 167	1 579
	2015-16	2 135 213	77 594	2 212 807	1 154	1 553
	2016-17	2 142 795	87 556	2 230 352	1 155	1 575
	2017-18	2 152 071	108 332	2 260 403	1 159	1 561
	2018-19	2 118 591	133 142	2 251 733	1 141	1 525
	Variation	(1,9 %)	54,2 %	0,3 %	(2,2 %)	(3,4 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	3 943 520	85 491	4 029 011	2 169	3 203
	2015-16	3 834 637	76 890	3 911 527	2 110	3 105
	2016-17	3 839 845	86 244	3 926 089	2 114	3 179
	2017-18	3 689 100	104 765	3 793 865	2 030	3 025
	2018-19	3 626 815	126 292	3 753 107	1 997	3 035
	Variation	(8,0 %)	47,7 %	(6,8 %)	(7,9 %)	(5,2 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	906 830	10 897	917 727	464	788
	2015-16	902 880	9 862	912 743	462	806
	2016-17	901 580	9 539	911 119	461	815
	2017-18	886 375	11 413	897 788	453	766
	2018-19	863 962	13 994	877 957	442	794
	Variation	(4,7 %)	28,4%	(4,3 %)	(4,7 %)	0,8 %

7. RESSOURCES HUMAINES

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Totales heures rémunérées	Nombre ETC	Nombre individus
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	17 984	44	18 028	10	69
	2015-16	18 067	73	18 140	10	66
	2016-17	14 542	45	14 587	8	57
	2017-18	18 089	80	18 169	10	54
	2018-19	12 624	234	12 858	7	47
	Variation	29,8 %	427,5 %	(28,7 %)	(29,6 %)	(31,9 %)
Total du personnel	2014-15	8 739 403	190 363	8 929 766	4 758	6 372
	2015-16	8 549 394	172 119	8 721 513	4 655	6 235
	2016-17	8 559 926	191 780	8 751 705	4 659	6 311
	2017-18	8 448 972	234 510	8 683 482	4 597	6 227
	2018-19	8 346 611	283 735	8 630 345	4 542	6 253
	Variation	(4,5 %)	49,0 %	(3,4 %)	(4,5 %)	(1,9 %)

Atteintes des cibles du ministère

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 8 635 569 heures. On observe une diminution par rapport à la cible de 5 224 heures.

8. RESSOURCES FINANCIÈRES



8. RESSOURCES FINANCIÈRES

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Tableau : Dépenses par programmes-services

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programme-services						
Santé publique	9 726 546	1,9 %	9 937 418	2,0 %	-210 872	-2,1 %
Services généraux – activités cliniques et d'aide	24 589 334	4,8 %	23 349 555	4,7 %	1 239 779	5,3 \$
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	89 208 982	17,2 %	81 834 162	16,4 %	7 374 820	9,0 %
Déficiences physique	17 121 313	3,3 %	16 814 136	3,4 %	307 177	1,8 %
Déficiences intellectuelle et TSA	28 725 788	5,6 %	28 218 276	5,7 \$	507 512	1,8 %
Jeunes en difficulté	51 860 425	10 %	48 916 678	9,8 %	2 943 747	6,0 %
Dépendance	4 322 422	0,8 %	4 023 651	0,8 %	298 771	7,4 %
Santé mentale	24 649 910	4,8 %	23 841 931	4,8 %	807 979	3,4 %
Santé physique	163 936 717	31,6 %	152 197 293	30,6 \$	11 739 424	7,7 %
Programme soutien						
Administration	34 920 227	6,7 %	36 212 005	7,3 %	-1 291 778	-3,6 %
Soutien aux services	36 863 009	7,1 %	36 638 105	7,4 %	224 904	0,6 %
Gestion des bâtiments et des équipements	32 156 359	6,2 %	35 502 772	7,1 %	-3 346 413	-9,4 %
Total	518 081 132	100 %	497 485 982	100 %	20 595 050	4,1 %

Le lecteur peut consulter les états financiers annuels (AS-471) publiés sur le site Internet du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, pour plus d'information sur les ressources financières.

8. 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 financier et ne doit engager aucun déficit en fin d'exercice.

Pour l'exercice clos le 31 mars 2019, l'établissement a réalisé un déficit de 15 700 955 \$. Par conséquent, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale. Ce déficit se compose d'un déficit de 15 073 796 \$ au fonds d'exploitation et d'un déficit de 627 159 \$ au fonds d'immobilisations.

Pour l'exercice 2019-2020, des mesures de redressements budgétaires de 18 382 916 \$ ont été identifiées afin d'atteindre l'équilibre budgétaire. Ces mesures ont été adoptées par le conseil d'administration lors de l'assemblée ordinaire du 17 mai 2019 et ont été transmises au MSSS pour approbation. Ce plan permet de soumettre au MSSS un budget équilibré pour 2019-2020.

Les contrats de service

Tableau : Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019.

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique ¹	0	0
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ²	16	7 682 221
Total des contrats de service	16	7 682 221

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

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

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



9. 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 2019

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 2018		
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
L'établissement 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, l'établissement a encore encouru un excédent des charges sur les revenus en 2018-2019.			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 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			NR
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 2019

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 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
L'établissement 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, l'établissement a encore encouru un excédent des charges sur les revenus en 2018-2019.			NR
Les résultats des activités accessoires se sont soldés par un déficit de 53 453 \$ pour l'exercice terminé le 31 mars 2019.	2018-2019	C	L'établissement a réalisé des surplus cumulés de 1 166 220 \$ pour les activités accessoires au cours des trois exercices précédents, couvrant ainsi le déficit du présent exercice.			NR
Rapport à la gouvernance						

10. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES



Il n'y a eu aucun acte répréhensible.

11. ORGANISMES COMMUNAUTAIRES



Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue, dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), a subventionné, en 2018-2019, un total de 131 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 14 487 706 \$, soit une augmentation de 916 794 \$ par rapport à 2017-2018. Celle-ci s'explique essentiellement par la hausse de l'enveloppe PSOC de 674 400 \$ et par la hausse récurrente d'indexation versée intégralement aux organismes.

En cours d'année, aucun organisme n'a vu sa reconnaissance retirée. La hausse de l'enveloppe PSOC a permis de reconnaître et financer un (1) nouvel organisme communautaire qui avait été reconnu par le passé sur le territoire.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a également investi un total de 2 019 087 \$ 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 ministère de la Santé et des Services sociaux (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, tel que 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 complétés 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.

Subventions accordées

NOM ORGANISME	Subventions accordées Programme PSOC		Ententes de services et projets ponctuels	
	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018
Accès logis				
Résidences Témiscaming	0	0	12 788	12 588
Table concertation personnes âgées du Témiscamingue	0	0	20 926	20 597
Total Accès logis	0	0	33 714	33 185
Agressions à caractère sexuel (CALACS)				
CALAC L'Étoile du Nord	276 020	266 752		938
CALACS Témiscamingue	33 074	24 000	1 005	
CALACS-ABITIBI (Centre aide/lutte agression caractère sexuel)	147 101	139 863		
CAPACS A-O (Centre aide/lutte agression caractère sexuel)	146 535	139 306	1 500	
Point d'appui	276 755	267 475		805
Total Agressions à caractère sexuel (CALACS)	879 485	837 396	2 505	1 743
Autres ressources jeunesse				
Association des grands frères et grandes sœurs de l'Abitibi-Ouest	32 859	24 157	1 123	
Association des grands frères et grandes sœurs de Rouyn-Noranda	32 820	24 124	190	
Espace Abitibi-Est	152 027	144 712	68 500	1 100
L'Interlocal de jeunes MRC Rouyn-Noranda	33 079	24 000		570
Mobilisation Espoir Jeunesse	24 384	24 000	1 000	
Projet Jeunesse St-Michel	44 069	35 590		
Total Autres ressources jeunesse	319 238	276 583	70 623	1 670
Autres ressources femmes				
Au sein des femmes	23 870	15 000	320	500
Total Autres ressources femmes	23 870	15 000	320	500
Centre d'action bénévole				
Centre bénévolat de Rouyn-Noranda	137 219	130 137	1 360	
Centre bénévolat de Val-d'Or	104 782	99 153	1 000	
Centre bénévolat du Lac Témiscamingue	57 842	49 618		
Centre d'action bénévole L'amicale	65 409	59 458	1 500	
Total Centre d'action bénévole	365 252	338 366	3 860	
Centres de femmes				
Centre de femmes L'Érige	202 168	194 063	1 000	938
Centre Entre-femmes	202 360	194 252	700	760
Comité de la condition féminine au Témiscamingue	202 301	194 194		

Subventions accordées

NOM ORGANISME	Subventions accordées Programme PSOC		Ententes de services et projets ponctuels	
	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018
Femmes Ressources	33 079	24 000	1 075	1 500
Total Centres de femmes	639 908	606 509	2 775	3 198
Concertation régionale				
CROC-AT	96 700	90 256		
Corporation de développement communautaire d'Amos			21 321	20 986
Corporation de développement communautaire du Témiscamingue			21 322	20 986
Regroupement des organismes communautaires Abiti- bi-Ouest			21 651	21 310
Regroupement des organismes communautaires Rouyn-Noranda			21 743	21 401
Regroupement des organismes communautaires Vallée- de-l'Or			21 322	20 986
Total Concertation régionale	96 700	90 256	107 359	105 669
Dépendances et hébergement d'urgence				
Accueil d'Amos	223 340	216 816		
Centre Gérard-Brissou (Groupe IMAGE)	122 262	117 536		
Maison du compagnon de La Sarre	208 467	200 263	360	
Maison du Soleil Levant de Rouyn-Noranda	214 257	206 480		
Manoir du chemin pour la sobriété	47 206	38 210		
Piaule de Val-d'Or	360 588	349 988		
Unité Domrémy de Val-d'Or	104 005	97 446		
Total Dépendance et hébergement d'urgence	1 280 125	1 226 739	360	
Total Dépendances et hébergement d'urgence				
Famille				
Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or			1 541	
Maison de la famille d'Amos			24 522	21 470
Maison des familles d'Abitibi-Ouest			25 654	22 555
Maison de la famille de Malartic			8 564	5 734
Maison de la famille de Rouyn-Noranda			44 414	41 020
Maison de la famille de Senneterre			7 271	4 462
Maison de la famille de Val-d'Or			28 534	25 390
Pour tous les Bouts de chou			10 760	7 896
Regroupement entraide sociale Témiscamingue			14 089	13 867
Total Famille			165 349	142 394

Subventions accordées

NOM ORGANISME	Subventions accordées Programme PSOC		Ententes de services et projets ponctuels	
	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018
Hommes en difficultés				
Centre Gérard-Brisson (Groupe IMAGE)	92 624	89 044		
S.A.T.A.S. (Service aide traitement apprentissage social)	159 519	152 086	24 134	23 754
Total Hommes en difficultés	252 143	241 130	24 134	23 754
Justice alternative				
Liaison Justice	588 590	579 321		
Total Justice alternative	588 590	579 321		
Maintien à domicile				
Association des aidants naturels de Val-d'Or	18 800			
Centre d'action bénévole L'amicale	6 166	59 458	5 975	
Centre des bénévoles Uni-Joie	14 120	8 967		
Comité « Main dans la main » de La Corne	3 000	3 016		
Comité de bénévoles « Papillons dorés »	5 681	5 592		
Comité de bénévoles « Santé et joie »	7 774	7 509		
Comité de bénévoles Landrienne	4 000	4 026		
Comité de bénévoles « Les Glaneurs »	3 826	3 766		
Comité des bénévoles des Coteaux	21 022	20 691		
Corp. alliance des générations	13 338	13 128		
Corp. dével. communautaire Universeau	52 552	42 343	3 000	
Coup de pouce communautaire Malartic	24 962	19 648	8 348	
Groupe actions bénévoles Abitibi-Ouest	52 996	47 240		
Groupe d'entraide aux aînés	65 703	59 747	360	
Groupe service entraide secteur est du Témiscamingue	2 800	2 819		
Indépendance 65 +	23 452	17 270		
Parrainage civique de l'Abitibi-Témiscamingue	21 782	12 239	5 000	
Popote roulante d'Amos	15 544	10 378		
Popote roulante de Val-d'Or	16 000	17 037		
Regroup. proches aidants d'Abitibi-Ouest	32 966	24 267	360	
Regroup. proches aidants de Rouyn-Noranda	41 596	33 067		
Société Alzheimer Rouyn-Noranda/Témiscamingue	61 957	40 908	35 738	
Société Alzheimer Val-d'Or	37 175	35 589		
Table concertation pers. âgées du Témiscamingue	73 255	67 180	1 000	

Subventions accordées

NOM ORGANISME	Subventions accordées Programme PSOC		Ententes de services et projets ponctuels	
	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018
Total Maintien à domicile	620 467	497 427	59 781	
Maison des jeunes				
Campus Jeunesse	53 535	44 572		
Jeunesse Action Val-d'Or	111 159	104 487		
Liaison 12-18	94 062	85 327		635
Maison des jeunes « Le Kao » (de Barraute)	57 491	56 586	500	500
Maison des jeunes de La Sarre	95 480	86 752	1 300	
Maison des jeunes du Témiscamingue	98 543	89 836		1 100
Maison des jeunes F.R.A.D.	65 084	65 084		
Refuge jeunesse Malartic	101 268	94 752		
Soupape Maison des jeunes	102 217	92 351		
Total Maison des jeunes	778 839	720 747	1 800	2 235
Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence				
Alternative pour Elles	817 619	799 822		
Maison d'hébergement Équinoxe	625 923	611 145		850
Maison d'hébergement Le Nid	721 761	705 473		
Maison d'hébergement Mikana	697 903	681 991		
Total Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence	2 863 206	2 798 431		850
Orientation et identités sexuelles				
Coalition d'aide aux lesb. Gais et bisexuel A-T	-	-		
Total Orientation et identités sexuelles	-	-		
Personnes démunies				
Accueil d'Amos	20 111	19 524		
Association Place au soleil	47 043	38 044	13 906	
Centre bénévolat de Val-d'Or	24 941	23 607		
Centre Bernard-Hamel	74 054	67 967		
Corp. dével. communautaire Universeau	7 801	6 679		
Fraternité St-Michel	35 231	26 576		
Maison St-André A-O	58 236	50 016		
Regroupement entraide sociale Témiscamingue	69 024	63 016		
Total Personnes démunies	336 441	295 429	13 906	

Subventions accordées

NOM ORGANISME	Subventions accordées Programme PSOC		Ententes de services et projets ponctuels	
	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018
Personnes handicapées				
Actia	80 458	71 649	345	
Aile brisée	81 061	72 255	6 800	
Arche Abitibi-Témiscamingue	406 892	395 563		
Assoc. parents enfants handicapés Témiscamingue	155 506	148 136		
Assoc. pers. hand. Témiscamingue	47 106	38 106		
Assoc. pers. hand. visuelles de l'Abitibi-Témiscamingue			2 326	2 289
Assoc. pour intégration sociale de Rouyn-Noranda	168 074	157 986		850
Assoc. Qc enf. problèmes auditifs (AQEPA)	24 520	24 134		
Centre de jour Les Intrépides	192 674	184 719		
Centre intégration physique L'Envol	85 542	76 764	1 000	
Centre La Mésange	50 857	41 877		
Club A.C.V. de Rouyn-Noranda	11 000	11 000		
Club amitié des handicapés de l'Abitibi-Ouest	166 444	158 902		
Club handicapés de Val-d'Or	141 131	133 987		
Corp. répit-dépannage Chrysalide	152 253	142 245	820	
Indépendance 65 +	9 544	7 028		
Parrainage civique de l'Abitibi-Témiscamingue	16 370	12 054		939
Personnes hand. Amos région (PHAR)	83 214	74 418		
Pilier (ass. traumatisés crâniens)	59 567	51 375	250	785
Ressource pour pers. hand. A.-T. Nord-du-Québec	32 785	24 090	529 932	523 387
Société autisme de l'Abitibi-Témiscamingue	163 255	155 763	255	
Vie autonome Abitibi-Témiscamingue	101 549	95 029		
Total Personnes handicapées	2 229 802	2 077 080	541 728	528 250
Santé mentale				
Accueil d'Amos	122 092	118 526	28 308	27 862
Association PANDA Abitibi-Ouest	24 020	15 000		
Bouée d'espoir	92 792	84 052		
Entretoise du Témiscamingue	139 345	132 229		
Le Repère 649	172 122	164 490	29 534	29 069
Groupe en toute amitié de Senneterre	47 084	38 085		
Groupe Soleil Malartic	158 600	151 181	98 439	96 889
Maison du Soleil levant de Rouyn-Noranda	25 241	24 325		
Maison Les 4 Saisons Témiscamingue	162 550	152 489		

Subventions accordées

NOM ORGANISME	Subventions accordées Programme PSOC		Ententes de services et projets ponctuels	
	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018
Pont de Rouyn-Noranda	227 239	218 828	21 833	21 489
Portail (Le)	97 672	88 959	780	
Prévention du suicide d'Abitibi-Ouest - Centre	76 571	67 737		
Prévention du suicide d'Amos - Centre	90 118	81 366		893
Prévention du suicide de l'Abitibi-Témis. - Ligne interv. tél.	293 705	284 158		900
Prévention du suicide de Malartic - Centre	47 196	38 205	280	695
Prévention du suicide de Rouyn-Noranda - Centre	124 840	117 953		
Prévention du suicide de Senneterre - Centre	47 184	38 183	1 500	
Prévention du suicide de Val-d'Or - Comité	100 780	92 087	360	
Prévention du suicide du Témiscamingue - Comité	61 898	52 980	360	
RAIDAT	179 675	171 924		891
Rescousse (La)	92 853	84 117	1 328	1 050
Résidence héberg. La Chaumière	167 342	157 266		
Résilient (le)	97 935	89 227		900
TCROCASMAT			29 342	28 880
Trait Union de La Sarre	253 498	244 085	53 342	53 040
Total Santé mentale	2 902 462	2 707 952	265 953	262 558
Santé physique				
Albatros 08	18 000	16 000		
Amis de l'Envol	6 832	6 724		
Arc-en-soi La Sarre	12 554	7 435	360	
Association de la fibromyalgie de l'Abitibi-Témiscamingue	37 832	29 234	360	
Association diabète de Rouyn-Noranda	7 500	7 732		
Diabète Val-d'Or	12 496	4 789		
Lueur du phare	2 252	3 016		
Ressource pour pers. hand. A.-T. Nord-du-Québec			135 918	133 777
Société sclérose en plaques Abitibi-Témiscamingue	40 822	32 276	310	
Total Santé physique	138 288	107 206	136 948	133 777
Santé publique				
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est				
Conseil territorial de la jeunesse Abitibi-Est				
Interlocal jeunes de Rouyn-Noranda				
Maison des jeunes de La Sarre				

Subventions accordées

NOM ORGANISME	Subventions accordées Programme PSOC		Ententes de services et projets ponctuels	
	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018
Mobilisation espoir jeunesse				
ORDET	101 630	92 938		
Total Santé publique	101 630	92 938		
Travail de rue				
Arrimage jeunesse			105 395	103 735
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est			105 769	104 103
Carrefour jeunesse emploi du Témiscamingue			97 466	95 931
Groupe IO			57 471	46 566
Mouvement Relève d'Amos			57 957	57 044
Total Travail de rue			424 058	417 379
VIH/Sida				
Centre des ROSÉS de l'Abitibi-Témiscamingue	71 260	62 402	1 130	1 050
Total VIH/Sida	71 260	62 402	1 130	1 050
Total général	14 487 706	13 570 912	1 856 303	1 929 102

ANNEXE



**CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
DES ADMINISTRATEURS
DE CONSEIL D'ADMINISTRATION**

DU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TEMISCAMINGUE

28 JANVIER 2016

Québec 

Adopté par le conseil d'administration le 28 janvier 2016

Édition produite par :

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
3, 9^e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9
www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca

Téléphone : 819 764-3264

Télécopieur : 819 797-1947

Rédaction

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mise en page

Nathalie Bernier, conseillère cadre – Volet soutien administratif
Bureau du président-directeur général

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.

Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	1
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	2
Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE	5
Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS	9
Section 4 — APPLICATION	11
Annexe I – Engagement et affirmation du membre	17
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance	18
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre	19
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général	20
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts.....	21
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts.....	22
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen.....	23

PRÉAMBULE

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

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des 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 lobbyisme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

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.

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

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

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

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

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

15. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est 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.

ANNEXES

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 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 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 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  