



CENTRE RÉGIONAL  
DE SANTÉ ET DE  
SERVICES SOCIAUX  
DE LA BAIE-JAMES



# VRAI NORD

*COLLECTIVEMENT PERFORMANTS POUR DES SOINS ET DES SERVICES  
ADAPTÉS ET À VALEUR AJOUTÉE POUR NOTRE POPULATION*

# RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2017-2018



CENTRE RÉGIONAL  
DE SANTÉ ET DE  
SERVICES SOCIAUX  
DE LA BAIE-JAMES



CERTIFIÉE PAR LE 



# VRAI NORD

*COLLECTIVEMENT PERFORMANTS POUR DES SOINS ET DES SERVICES  
ADAPTÉS ET À VALEUR AJOUTÉE POUR NOTRE POPULATION*

# RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2017-2018



## LE MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE



« Collectivement performant » pour des soins et des services adaptés et à valeur ajoutée pour notre population... Tel est notre souhait afin que le CRSSS de la Baie-James puisse travailler ensemble au bénéfice d'une population en santé.

L'année 2017-2018 fut riche en matière de gouvernance. Pour le conseil d'administration, les profils de compétence des administrateurs et le recrutement de nouveaux membres furent des moments privilégiés pour reconsidérer les rôles des administrateurs. L'année marque également l'adoption du plan d'organisation de l'établissement. Ce fut l'occasion d'écrire, clarifier et appliquer les mandats dévolus à chacune des directions et de mettre en œuvre divers mécanismes de coordination internes. Notre volonté d'avoir une structure simple, intégrée, robuste et imputable s'est même démarquée lors d'un exercice en *kaizen stratégique*, où les principaux acteurs en sécurité civile et mesures d'urgence ont repensé les liens de coordination. De plus, dans le but d'aligner les priorités organisationnelles, deux rendez-vous des gestionnaires ont été tenus. L'idée qui soutenait l'architecture de ces rencontres était d'implanter un mouvement de cascade-escalade des priorités organisationnelles et une approche collaborative. C'est avec l'apport de tous que nous pourrons être collectivement performants!

Parmi nos priorités, le continuum de soins et services aux personnes âgées ressort comme étant un enjeu majeur. Pour soutenir nos actions, nous avons reçu 26 000 \$ pour rénover les centres d'hébergement de soins de longue durée de la région. Nous avons également reçu un montant additionnel de 101 386 \$ pour rehausser les équipes de soutien à domicile (SAD), l'achat de cellulaires et autres appareils mobiles nécessaires pour les intervenants de SAD, l'achat de petits équipements non capitalisables, la coordination des équipes interdisciplinaires et pour de la formation auprès des intervenants sur les outils de cheminement clinique informatisés. La construction prochaine d'un CHSLD est également une occasion de revoir nos processus de travail en milieu de vie. La livraison du nouveau bâtiment est prévue en 2019, ce qui nécessite une bonne planification clinique et logistique. Nous avons revu et planifié la nouvelle offre alimentaire en milieu de vie, reste à assurer sa mise en œuvre finale. Ces efforts convergent vers une meilleure offre de services.

Comme vous pourrez le constater à même les faits saillants de ce rapport, le CRSSS de la Baie-James a accueilli de

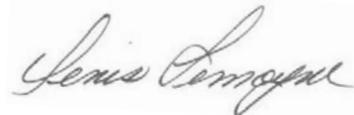
nombreux visiteurs, lesquels nous aident à devenir davantage « collectivement performants ». La venue du ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Gaétan Barrette, a annoncé d'importants travaux de réaménagement et de mise aux normes du bloc opératoire au Centre de santé de Chibougamau. Cette annonce coïncide avec l'arrivée de la gynécologue-obstétricienne en permanence à Chibougamau. Cette présence s'ajoute à l'équipe de médecins en place afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle.

D'autres personnes de renom sont venues nous rendre visite. Pensons à madame Sylvie Dubois, directrice nationale des Soins et Services infirmiers, Docteur Alain Poirier vice-président à la valorisation scientifique et aux communications à l'Institut national de santé publique du Québec et ancien directeur national de santé publique et enfin, le Docteur Philippe Voyer du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec. Chacun à sa façon est venu enrichir nos savoirs, notamment pour de la formation et de la sensibilisation aux bonnes pratiques. Ce fut aussi pour nous une occasion de faire connaître nos particularités nordiques. Nous sommes persuadés qu'ils seront des ambassadeurs de notre établissement.

Enfin, ce rapport d'activités est l'occasion de témoigner notre reconnaissance à tous les employés, médecins, et bénévoles qui y œuvrent. Vos gestes quotidiens sont le meilleur témoin du « Collectivement performant ». Malgré des postes parfois vacants et un taux de roulement de personnel qui en appelle plus d'un à agir en renfort, vous répondez présent! Rappelons-nous que l'atteinte des engagements sont des exigences que la clientèle, nos personnes les plus vulnérables, requièrent. C'est donc ensemble que nous poursuivons des objectifs de qualité et d'accessibilité aux services et que nous souhaitons toujours nous améliorer. Nous vous invitons à regarder les résultats témoignant de la qualité et de la gestion des risques ainsi que des divers indicateurs liés à l'entente de gestion et d'imputabilité. Nous pouvons dire mission accomplie!

*Collectivement performants,*

Le président du conseil d'administration,



Denis Lemoyne

La présidente-directrice générale,



Nathalie Boisvert

## LA DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2017-2018 du CRSSS de la Baie-James :

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

Je déclare que 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 2018.

La présidente-directrice générale,



Nathalie Boisvert

## LE RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers du CRSSS de la Baie-James ont été complétés par la Direction des ressources financières, techniques et informationnelles qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère comme nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du CRSSS de la Baie-James reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers, ce 12 juin 2018. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Dans ces circonstances, le CRSSS de la Baie-James a respecté son obligation légale de maintenir l'équilibre budgétaire entre ses charges et ses revenus pour chacun des fonds (exploitation et immobilisation) et globalement. De plus, notre établissement s'est conformé à celle de ne pas encourir de déficit en fin d'exercice.

Les états financiers ont été audités par la firme *Raymond Chabot Grant Thornton* dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme *Raymond Chabot Grant Thornton* peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

La présidente-directrice générale,



Nathalie Boisvert

Le directeur des ressources financières, techniques et informationnelles,



Jean-Luc Imbeault

LA TABLE DES MATIÈRES

<b>LE MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE</b> ..	I
<b>LA DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES</b> .....	III
<b>LE RAPPORT DE LA DIRECTION</b> .....	IV
<b>LA TABLE DES MATIÈRES</b> .....	V
<b>LA LISTE DES FIGURES</b> .....	VII
<b>LA LISTE DES TABLEAUX</b> .....	VII
<b>LA LISTE DES ACRONYMES</b> .....	VIII
<b>LA PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION, DU TERRITOIRE ET DE LA POPULATION</b> .....	1
<b>L'organisation</b> .....	3
<b>Le territoire</b> .....	8
<b>Le contexte géopolitique</b> .....	9
<b>La population</b> .....	11
Profil sociodémographique .....	11
Profil sociosanitaire .....	12
<b>Notre mission</b> .....	14
<b>La structure au 31 mars 2018</b> .....	17
L'organigramme au 31 mars 2018 .....	17
Composition du conseil d'administration au 31 mars 2018 .....	18
<b>Les comités et conseils consultatifs du conseil d'administration</b> .....	19
Conseil des infirmières et infirmiers (CII) .....	19
Conseil multidisciplinaire (CM) .....	20
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) .....	22
Comité des usagers .....	23
<b>LES FAITS SAILLANTS ET ENJEUX</b> .....	25
<b>Enjeu régional : Vieillesse de la population jamésienne</b> .....	27
<b>Enjeu régional : Recrutement et rétention du personnel</b> .....	28
<b>Plan stratégique ministériel 2015-2020</b> .....	28
Orientation ministérielle 1 : Favoriser de saines habitudes de vie et la prévention des problèmes de santé .....	28
Orientation ministérielle 2 : Offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité au bénéfice des usagers .....	29
Orientation ministérielle 3 : Implanter une culture d'organisation innovante et efficiente dans un contexte de changement .....	30
<b>LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ</b> .....	33
<b>Attentes spécifiques</b> .....	35
<b>Engagements annuels</b> .....	40



<b>LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ ET L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE</b> .....	55
<b>L'agrément</b> .....	57
<b>La sécurité et la qualité des soins et des services</b> .....	57
Les incidents-accidents.....	57
Le comité de gestion des risques et de la qualité .....	63
Le comité de vigilance et de la qualité.....	64
Le comité d'éthique clinique .....	65
<b>Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement</b> .....	65
<b>L'examen des plaintes et la promotion des droits</b> .....	66
<b>L'information et la consultation de la population</b> .....	67
<b>L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie</b> .....	67
<b>LES RESSOURCES HUMAINES</b> .....	69
<b>Les effectifs au CRSSS de la Baie-James</b> .....	71
<b>Les effectifs médicaux</b> .....	72
<b>LES RESSOURCES FINANCIÈRES</b> .....	75
<b>Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme</b> .....	77
<b>L'équilibre budgétaire</b> .....	77
<b>Les contrats de services</b> .....	78
<b>L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant</b> .....	78
<b>Allocations des ressources aux organismes communautaires</b> .....	82
<b>LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS</b> .....	85

## LA LISTE DES FIGURES

FIGURE 1	Carte géographique de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec et tableau des distances.....	8
FIGURE 2	Symbole graphique de la représentation du concept du Vrai Nord relié à la gestion de la performance et de l'amélioration continue au CRSSS de la Baie-James.....	14

## LA LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	Programmes-services offerts à la population et aux personnes aux prises avec des problématiques particulières .....	5
TABLEAU 2	Répartition des événements déclarés selon le type d'événement année 2017-2018 .....	58
TABLEAU 3	Répartition des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) .....	59
TABLEAU 4	Répartition des trois principaux types d'accidents (indices de gravité C et plus) .....	60
TABLEAU 5	Données cumulatives du 1er avril 2017 au 31 mars 2018 du nombre de demandes et des personnes visées par la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. (RLRQ, chapitre P-38.001) ou par l'article 30 du Code civil du Québec .....	66
TABLEAU 6	Soins de fin de vie prodigués au CRSSS de la Baie-James du 10 décembre 2016 au 9 décembre 2017 .....	68
TABLEAU 7	Données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs .....	71
TABLEAU 8	Évolution des effectifs en omnipratique .....	72
TABLEAU 9	Effectifs médicaux spécialisés .....	73
TABLEAU 10	Répartition des charges brutes par programmes.....	77
TABLEAU 11	Nombre et valeur des contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus conclus entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2018 .....	78
TABLEAU 12	L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant.....	79
TABLEAU 13	Organismes communautaires subventionnés pour l'année 2017-2018 et 2016-2017.....	82

## LA LISTE DES ACRONYMES

CEFD	Centre d'enseignement et de formation à distance
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRDS	Centre de répartition des demandes de services
CRSSS	Centre régional de santé et de services sociaux
CS	Centre de santé
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
ETC	Équivalent temps complet
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MOI	Main-d'œuvre indépendante
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS	Réseau local de services
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SARDM	Système automatisé et robotisé de la distribution des médicaments
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance
TED	Troubles envahissants du développement



# LA PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION, DU TERRITOIRE ET DE LA POPULATION



## L'ORGANISATION

Le CRSSS de la Baie-James est issu de la fusion de cinq établissements de santé de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec, et ce, depuis 1996. De plus, en 1999, ce nouvel établissement a aussi intégré la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nord-du-Québec, devenant à l'époque le seul établissement du Québec à comprendre dans sa mission globale des responsabilités d'agence de la santé et des services sociaux (ASSS). Le CRSSS de la Baie-James est l'unique établissement basé dans la région et offrant des services de santé et des services sociaux à la population de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec (région 10).

Le réseau sociosanitaire québécois a connu une refonte majeure au 1<sup>er</sup> avril 2015 avec la loi 10 visant à abolir les agences et à intégrer nombre d'établissements selon des territoires de services. Étant donné que le CRSSS de la Baie-James avait procédé jadis à l'intégration de ces services, il fut exclu de cette loi. Toutefois, suivant une logique d'harmonisation des structures et des mécanismes de coordination, le CRSSS de la Baie-James a profité de cette réforme pour revoir son plan d'organisation. Il va sans dire que ce changement en profondeur visait avant tout la transformation du réseau pour plus d'accessibilité et d'efficience. En ce sens, notre établissement s'inscrit dans cette même volonté d'amélioration : collectivement performants pour des soins et des services adaptés et à valeur ajoutée pour notre population.

Le réseau de services de santé et de services sociaux a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes, d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. Il vise plus particulièrement à :

1° réduire la mortalité due aux maladies et aux traumatismes ainsi que la morbidité, les incapacités physiques et les handicaps;

2° agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion;

3° favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes;

4° favoriser la protection de la santé publique;

5° favoriser l'adaptation ou la réadaptation des personnes, leur intégration ou leur réintégration sociale;

6° diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes;

7° atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions.

On retrouve, au sein de l'établissement, les missions de :

- ASSS (art. 530.45 et 340 à 396);
- Centre local de services communautaires (CLSC) (art. 80);
- Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) (art. 81 et 85);
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (art. 83);
- Centre de réadaptation (CR) externe, pour les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED), pour personnes alcooliques et autres personnes toxicomanes (art. 84 et 86).

Le CRSSS de la Baie-James a un centre de santé dans chacune de ces communautés :

- Chapais                      CS René-Ricard
- Chibougamau              CS de Chibougamau
- Lebel-sur-Quévillon      CS Lebel
- Matagami                  CS Isle-Dieu
- Radisson                    CS de Radisson

Le CRSSS de la Baie-James dessert les localités de Valcanton et Villebois en ce qui concerne le financement des soins, des services et des organismes communautaires. Les volets de prévention et de promotion de la santé et l'offre de service sont assurés par entente de service avec le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (antérieurement connu sous l'appellation Centre de santé et de services sociaux [CSSS] des Aurores-Boréales de La Sarre). Une infirmière de milieu et une travailleuse sociale professionnelle œuvrent dans ces localités depuis de nombreuses années. Finalement, le centre administratif, basé à Chibougamau complète l'organisation du CRSSS de la Baie-James.

La mission des centres jeunesse (CJ) est endossée historiquement par les régions du Saguenay–Lac-Saint-Jean, région 02, pour le secteur est, et celle de l'Abitibi-Témiscamingue, région 08, pour le secteur ouest, et ce, par ententes de service signées avec les centres intégrés de santé et de services sociaux de ces deux régions.

Tel qu'il est établi dans la LSSSS, notre établissement peut signer une entente avec une autre région en ce qui a trait à l'exercice du mandat légal confié à une Direction de santé publique (DSP). Cette entente est signée depuis 1997 avec le CISSS des Laurentides, région 15. C'est le directeur de santé publique de ce CISSS qui est responsable de cette direction, incluant les mandats de l'équipe de notre établissement, et de ses activités pour notre région.

Il est important de mentionner également l'organisation particulière du secteur de la santé au travail dans notre région, assumée par deux directions de santé publique différentes. Ainsi, historiquement, la DSP du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean assure les services pour les villes de Chapais et Chibougamau, tandis que celles de Lebel-sur-Quévillon et Matagami sont couvertes par la DSP du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Toutefois, des travaux sont menés afin de clarifier la responsabilité de ce secteur d'activité, son organisation et sa structure pour la partie ouest de notre région, qui devra inclure les localités de Radisson, de Villebois et de Valcanton.

Depuis 2007, notre établissement fait partie de deux territoires du réseau universitaire intégré de santé (RUIS, soit le RUIS-Laval (Québec) et le RUIS-McGill (Montréal)). Nul doute que ceci favorise la concertation, la complémentarité, l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de santé ayant une désignation universitaire et des universités auxquelles est affilié notre établissement.

- Chapais et Chibougamau par le RUIS-Laval (Québec);
- Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Radisson par le RUIS-McGill (Montréal);
- La population crie est desservie par le RUIS-McGill (Montréal).

Le CRSSS de la Baie-James offre tous les services de première ligne du réseau de la santé, de même que certains services de deuxième ligne. Selon la taille du centre de santé et donc de l'équipe en place, cette offre est modulée. Par exemple, à Chibougamau l'offre de service est la plus étendue et à Radisson, la plus restreinte.

**TABLEAU 1 :**  
**Programmes-services offerts à la population**  
**et aux personnes aux prises avec des problématiques particulières**

<b>Légende</b> <b>S</b> Services offerts sur place <b>D</b> Services offerts sur place grâce à un soutien à distance <b>C</b> Services offerts sur place par des consultants <b>GMF</b> Services offerts en groupe de médecine familiale	Centre de santé René-Ricard <b>Chapais</b>	Centre de santé de Chibougamau <b>Chibougamau</b>	Centre de santé Lebel <b>Lebel-sur-Quévillon</b>	Centre de santé Isle-Dieu <b>Matagami</b>	Centre de santé de Radisson <b>Radisson</b>
<b>Services généraux et activités cliniques et d'aide</b>					
Accueil, évaluation, orientation et référence (intervention en situation de crise)	S	S	S	S	S
Consultations médicales en médecine de famille	S	GMF	S	S	S
Nutrition	S	S	S	S	S
Périnatalité	S	S	S	S	S
Pharmacie	D	S	D	D	D
Réadaptation physique	S	S	S	S	
Services ambulatoires	S	S	S	S	S
Services de consultation psychosociale	S	S	S	S	S
Soutien à domicile (services professionnels, aide à domicile, soutien aux proches aidants et aux familles)	S	S	S	S	S
Soutien diagnostique (biologie médicale, imagerie médicale, cardiologie, pneumologie)	D	S	S	S	D
<b>Santé publique</b>					
Prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux	S	S	S	S	S
Promotion de la santé (intervention communautaire)	S	S	S	S	S
Protection	S	S	S	S	S
<b>Déficience physique, déficience intellectuelle et TED</b>					
Adaptation/réadaptation (DI-TED), réadaptation physique (DP), soutien aux familles, intégration sociale	S	S	S	S	D

<b>Légende</b>	Centre de santé René-Ricard <b>Chapais</b>	Centre de santé de Chibougamau <b>Chibougamau</b>	Centre de santé Lebel <b>Lebel-sur-Quévillon</b>	Centre de santé Isle-Dieu <b>Matagami</b>	Centre de santé de Radisson <b>Radisson</b>
<b>S</b> Services offerts sur place					
<b>D</b> Services offerts sur place grâce à un soutien à distance					
<b>C</b> Services offerts sur place par des consultants					
<b>GMF</b> Services offerts en groupe de médecine familiale					
<b>Dépendances</b>					
Désintoxication, réadaptation externe et réinsertion sociale	S	S	S	S	D
<b>Soutien à l'autonomie des personnes âgées</b>					
Centre de jour	S	S			
Évaluation incapacités fonctionnelles	S	S	S	S	D
Hébergement en milieu de vie (nombre de lits)		24	5	4	
Hébergement temporaire (nombre de lits)		2	2	2	
Ressources intermédiaires et ressources de type familial	S	S	S		
<b>Jeunes en difficulté</b>					
Soutien et suivi aux jeunes et à leur famille, équipe d'intervention jeunesse, intervention de crise et suivi intensif, programme de négligence, réadaptation psychosociale	S	S	S	S	D
<b>Santé mentale</b>					
Évaluation et traitement de 1re ligne des troubles mentaux	S	S	S	S	S
Spécialité médicale : psychiatrie		S			
<b>Santé physique</b>					
Chirurgie		S			
Hémodialyse		D			
Maladies chroniques, lutte au cancer et soins palliatifs	S	S	S	S	S
Médecine interne		S			
Gynécologie-obstétrique		S			
Soins de courte durée (obstétrique et pédiatrie à Chibougamau) (Nombre de lits)		26	4	4	

<b>Légende</b> <b>S</b> Services offerts sur place <b>D</b> Services offerts sur place grâce à un soutien à distance <b>C</b> Services offerts sur place par des consultants <b>GMF</b> Services offerts en groupe de médecine familiale	Centre de santé René-Ricard <b>Chapais</b>	Centre de santé de Chibougamau <b>Chibougamau</b>	Centre de santé Lebel <b>Lebel-sur-Quévillon</b>	Centre de santé Isle-Dieu <b>Matagami</b>	Centre de santé de Radisson <b>Radisson</b>
Soins de fin de vie (nombre de lits)		1			
Soins optima (nombre de lits)		3			
Spécialités médicales : anesthésie, cardiologie, chirurgie générale, gynécologie, néphrologie, ORL, orthopédie, microbiologie, pneumologie et urologie		C			
Spécialités médicales : biochimie médicale, pédiatrie et radiologie		C	C	C	
Urgence (À Radisson, de type CLSC le jour et sur appel la nuit)	S	S	S	S	S

**LE TERRITOIRE**

La région de la Baie-James est localisée dans la portion ouest de la province de Québec, entre les 49° et 55° parallèles de latitude nord. La Baie-James occupe une superficie de 339 698 km<sup>2</sup>, soit 22 % de celle de la province. D’est en ouest, la région s’étend sur 640 km, soit l’équivalent du trajet entre la ville de Québec et Sept-Îles sur la Côte-Nord. À l’ouest, elle est bordée par les rives de la baie James ainsi que la frontière ontarienne et à l’est, par la ligne de partage des eaux des bassins hydrographiques de la baie James et du fleuve Saint-Laurent.

La planification et la gestion de ce territoire ainsi que ses ressources nécessitent une approche réseautée en lien avec ses spécificités nordiques. La cohabitation des usagers, la poursuite des attentes des communautés jamésiennes et autochtones ainsi que la concertation de tous les acteurs impliqués notamment au niveau de la santé et des services sociaux en sont des exemples. Les enjeux qui en découlent rejoignent des préoccupations environnementales, sociales et économiques chez les communautés résidentes, mais également au sein de la population québécoise en général.

La carte ci-dessous illustre l’éloignement entre les villes et donne un aperçu des distances.

**Figure 1 : Carte géographique de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec et tableau des distances**



Distance en kilomètres

	Radisson	Matagami	L-S-Q*	Chapais	Chibougamau	Villebois	Val-Paradis	Beaucanton
	625	349/113 <sup>1</sup>	214	44	566	17	16	
	977	563	262	522	569	525	14	
	1152	607	308	525	552	508		
	1235/792 <sup>2</sup>	327	311	311	311	311		
	952	331	331	331	331	331		
	956	939	939	939	939	939		

\* Lebel-sur-Quévillon

<sup>1</sup> kilométrage via la route traditionnelle / kilométrage via R-1005 (route forestière)

<sup>2</sup> kilométrage via la route traditionnelle / kilométrage via la Route du Nord

Source : Société de développement de la Baie-James

## LE CONTEXTE GÉOPOLITIQUE

Depuis 1993, le réseau régional de santé et de services sociaux a dû intégrer de nombreux changements et s'adapter à son environnement. Comme organisation, le CRSSS de la Baie-James poursuit son développement en maintenant ce dynamisme essentiel dans une jeune région où beaucoup reste à réaliser et qui, de plus en plus, a en main les outils et leviers pour le faire.

Juin 2001 a été marqué par le lancement de la *Politique de développement du Nord-du-Québec* : « (...) par laquelle le gouvernement manifeste à la population de cette région sa détermination à appuyer de manière exceptionnelle le développement de cet immense territoire québécois<sup>1</sup>. »

Elle traduit la volonté du gouvernement du Québec de soutenir l'initiative et la vie dans le Nord-du-Québec, en collaboration avec les peuples autochtones, en :

*(...) [misant] sur une approche de développement durable [valorisant] la responsabilisation des populations du territoire (...) [reconnaissant] et [intégrant] dans la gouverne de l'État québécois les spécificités du Nord-du-Québec et de son développement<sup>2</sup>.*

Il est de la responsabilité des communautés du Nord-du-Québec de faire valoir leurs besoins et la politique vise à appuyer et valoriser les initiatives des communautés pour offrir aux résidents la meilleure qualité de vie possible. Dans cet ordre d'idées, le nouveau plan d'organisation du CRSSS de la Baie-James vise à pourvoir l'établissement d'une assise de développement solide en matière de santé et de services sociaux afin de soutenir la population du territoire dans les domaines de la santé et des services sociaux.

Toujours en juin 2001, l'Assemblée nationale adoptait une loi, dite « Loi de la gouverne », qui modifiait la LSSSS, apportant ainsi des ajustements au processus de gestion du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Un amendement important pour la région du Nord-du-Québec avait été apporté à l'article 530.45 qui stipulait, jusqu'alors : « (...) qu'aucune régie régionale [n'était] instituée sur le territoire ». Depuis, cet article se lit comme suit : « (...) l'établissement public visé par la présente partie est réputé agir comme une agence lorsqu'il exerce les diverses attributions et responsabilités que lui confèrent les dispositions particulières édictées par la présente partie. » Le CRSSS de la Baie-James disposait donc alors des responsabilités dévolues à une ASSS.

<sup>1</sup> MINISTÈRE DES RÉGIONS, *Politique de développement du Nord-du-Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2001, p. v.

<sup>2</sup> *Ibid.*

Avec ses mandats et ses défis, le CRSSS de la Baie-James s'est ainsi révélé une organisation précurseur au Québec, de par ses responsabilités mixtes d'établissement comme d'agence, de même que par le nombre de missions qui lui ont été confiées.

Le contexte géopolitique fut marqué le 9 mai 2011, par le lancement du Plan Nord. Cet ambitieux projet, s'étalant sur 25 ans, se veut l'un des plus grands chantiers du développement économique, social et environnemental du Québec. À cet égard, le CRSSS de la Baie-James désire se positionner en amont afin de pouvoir offrir des services accessibles et de qualité. Tel que le stipule le Plan Nord :

*La disponibilité des soins de santé et des services sociaux constitue un enjeu majeur pour le Plan Nord. Les infrastructures en place répondent en général aux besoins des populations établies dans le territoire concerné, sans pour autant offrir les ressources nécessaires pour satisfaire les nouvelles populations qui s'y installeront et leurs besoins particuliers. Tout développement et tout accroissement de la main-d'œuvre nécessiteront la mise en place de soins de santé et de services sociaux supplémentaires pour cette nouvelle clientèle<sup>3</sup>.*

Enfin, une nouvelle réalité nordique vient désormais toucher le territoire et sa gouverne, comme le stipule le gouvernement du Québec, en instaurant le Gouvernement régional d'Eeyou Istchee Baie-James :

*Afin de mettre en œuvre plusieurs des dispositions de l'Entente sur la gouvernance dans le territoire d'Eeyou Istchee Baie-James entre les Cris d'Eeyou Istchee et le gouvernement du Québec, la Loi instituant le Gouvernement régional d'Eeyou Istchee Baie-James et apportant certaines modifications législatives concernant le Gouvernement de la nation crie a été adoptée et sanctionnée en juin 2013.*

*Cette loi prévoit, notamment, l'entrée en fonction du Gouvernement régional d'Eeyou Istchee Baie-James (Gouvernement régional), le 1<sup>er</sup> janvier 2014. Il remplacera dorénavant la Municipalité de Baie-James (MBJ).*

*Il s'agit d'une étape historique dans l'établissement d'un véritable partenariat entre les Jamésiens et les Cris, ce qui bénéficiera à l'ensemble du Québec.*

*Le Gouvernement régional sera régi selon les lois du Québec et exercera les mêmes compétences, fonctions et pouvoirs sur les terres de la catégorie III situées dans le territoire d'Eeyou Istchee Baie-James que ceux qui étaient jusqu'alors attribués à la MBJ. Le Gouvernement régional aura la possibilité de déclarer sa compétence à l'égard des domaines de compétence relevant d'une municipalité régionale de comté (MRC). Il agira également à titre de conférence régionale des élus (CRÉ) à l'égard du territoire et des ressources.<sup>4</sup>*

<sup>3</sup> <http://plannord.gouv.qc.ca/developpement/sss.asp>, consulté le 20 juillet 2011

<sup>4</sup> <http://www.infogouvernementregional.gouv.qc.ca/> Le Gouvernement régional d'Eeyou Istchee Baie-James : un modèle de collaboration entre deux nations, consulté le 22 août 2014.

## LA POPULATION

### **PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE**

D'entrée de jeu, précisons que les proportions régionales, soit les pourcentages et les comparaisons avec le Québec, sont sujettes à de grandes variations en raison des petits nombres, ce qui incite à la prudence dans l'interprétation des données.

Malgré sa dimension exceptionnelle, le territoire n'est que très peu densément peuplé. En effet, les données du dernier recensement de 2011<sup>5</sup> établissent à 14 139 personnes la population jamésienne, soit une baisse de 5 % depuis 2006. Notre population ne représente que 0,2 % de la population québécoise. La région comptait en 2011, 7360 hommes et 6765 femmes.

Les Jamésiens sont regroupés principalement dans les municipalités de Chapais, Chibougamau, Lebel-sur-Quévillon et Matagami. Une cinquième, la Municipalité de Baie-James, incluait jadis, les localités de Radisson, Valcanton et Villebois ainsi que les hameaux de Desmaraisville et Miquelon. La Municipalité de Baie-James a été dissoute en janvier 2014. Les citoyens de ces localités résident maintenant sur le territoire du Gouvernement régional d'Eeyou Istchee Baie-James<sup>6</sup>. La taille des cinq municipalités varie de 1300 à 7500 résidents. Chaque municipalité est éloignée des autres et la région se trouve, elle aussi, éloignée des grands centres urbains.

Par ailleurs, lorsqu'on ajoute la population cri habitant le même territoire, soit 16 350 personnes, le nombre de résidents s'élève à 30 489 personnes. Si les Cris possèdent leur propre réseau de santé et de services sociaux, en pratique, nous dispensons des services aux autochtones, surtout pour certaines communautés du sud, situées à l'intérieur des terres : Mistissini, Oujé-Bougoumou et Waswanipi. Cette population s'élevait à 4 976 personnes en 2006 et à 5 929 en 2011. Fait significatif : ces trois communautés ont enregistré une augmentation de leur population de 13 % entre 2001 et 2006 et de 19 % entre 2006 et 2011. Plus au nord, les habitants du village de Radisson sont dirigés régulièrement vers Chisasibi lors des visites de médecins spécialistes ou pour des examens radiologiques par exemple.

Nous constatons une baisse démographique continue dans la région sociosanitaire nord-québécoise, malgré une économie cyclique : plus de 46 % en 30 ans. Ceci s'explique notamment par la fin des travaux de la Baie-James, la fermeture de la base militaire (station radar) à Chibougamau, la fermeture de la localité de Joutel, la création des communautés autochtones hors de notre territoire, la fermeture des mines et des usines, l'exode de la population devenue inactive (soit en raison du chômage ou encore de la retraite), et les jeunes qui quittent la région pour poursuivre des études supérieures. Toutefois, certains reviennent.

En somme, les caractéristiques des Jamésiens sont assez homogènes. On y retrouve une population majoritairement francophone, plus jeune que la moyenne québécoise (bien qu'elle soit vieillissante), une proportion plus élevée d'hommes que de femmes, des personnes moins scolarisées qu'au Québec, mais active économiquement et déclarant des revenus supérieurs à ceux du Québec. Les familles y sont nombreuses avec, en majorité, des couples ayant plus d'enfants que la moyenne nationale. Les proportions de familles monoparentales et de gens vivant seuls sont inférieures au Québec, malgré une légère augmentation de ces phénomènes.

Même si le bilan régional paraît plutôt favorable par rapport à celui de l'ensemble du Québec, l'analyse des caractéristiques des dernières années démontre une facette probablement un peu moins positive. En effet, le déclin observé au plan démographique — départ de la population, baisse de la natalité, hausse du nombre de décès, projections démographiques à la baisse — semble coïncider avec certains ralentissements sur le plan de l'activité économique, qui ont inévitablement un impact sur la dynamique communautaire et la santé des collectivités. En effet,

<sup>5</sup> Marie-Claude MC NICOLL, *Chiffres clés : évolution de la population du Nord-du-Québec entre 2006 et 2011*, Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2012, p. 2.

<sup>6</sup> Voir le contexte géopolitique à la page précédente

on assiste à une tertiarisation des emplois associée à une féminisation de la main-d'œuvre pour compenser les pertes d'emplois associés au secteur primaire. Les emplois basés sur les ressources naturelles tendent à prendre moins d'ampleur.

Évidemment, la structure de la population n'est pas étrangère à sa présence récente sur le territoire. L'attrait que représentait la région, sur le plan des emplois, a attiré de jeunes familles et une main-d'œuvre généralement en bonne santé. La vie économique dans la région sociosanitaire du Nord-du-Québec gravite, en grande partie, autour de l'exploitation de ses ressources naturelles, minérales et métalliques, forestières et des industries de fabrication et de services qui en émanent. Ainsi, la faible diversité des activités, surtout du secteur primaire, combinée à la prédominance des entreprises de grande taille, contribuent au développement de localités mono-industrielles, les rendant vulnérables aux vicissitudes de l'économie.<sup>7</sup>

### **PROFIL SOCIOSANITAIRE**

On peut apprécier certaines améliorations de la santé de la population jamésienne au cours de la dernière décennie. Cependant, il faut garder en tête qu'un bilan positif de santé peut rapidement s'en trouver affecté puisque la réalité des Jamésiens est marquée par une baisse démographique continue et un vieillissement accéléré de la population. Qui plus est, cette réalité est également assujettie aux variations cycliques d'une économie axée sur l'exploitation des ressources naturelles ainsi qu'aux perspectives d'un développement nordique. Les prévisions demeurent difficiles à établir puisqu'elles peuvent changer rapidement, favorablement ou défavorablement, en fonction du marché économique.

La population jamésienne se démarque quant à :

- L'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé qui se sont prolongées dans la région;
- La situation socioéconomique dans la région semble favorable à l'égard de l'emploi et du revenu et que conséquemment, moins de Jamésiens vivent avec des revenus insuffisants. Cependant, le fait qu'il y ait peu de personnes précaires économiquement ne signifie pas qu'il n'y en ait pas. Les problèmes de santé et les habitudes de vie néfastes sont généralement plus répandus auprès de ce groupe;
- La qualité des liens entretenus, la participation sociale et la diversité de l'aide rendant l'environnement propice, voire protecteur, à la santé et au bien-être d'une majorité de Jamésiens;
- La perception très positive de l'état de santé physique et mentale et le faible niveau de détresse psychologique.

Les éléments de pression, actuels et anticipés, qui influencent le réseau de santé et des services sociaux du Nord-du-Québec :

- La décroissance continue de la population jamésienne, mais qui pourrait rapidement être renversée par une arrivée massive de travailleurs masculins;
- La croissance importante du pourcentage des aînés ainsi que du soutien social nécessaire à leur santé puisque de plus en plus de personnes âgées vivent seules;
- Le fait que malgré certaines améliorations au cours des dernières années, les Jamésiens sont encore nombreux à ne pas avoir adopté de saines habitudes de vie, notamment le tabagisme élevé et la faible consommation de légumes et de fruits;

<sup>7</sup> CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES, Plan régional dans le cadre du développement nordique, CRSSSBJ, janvier 2013.

- Certains comportements défavorables à la santé tels que la consommation excessive d'alcool et de drogues, et ce, autant chez les jeunes que les adultes, pourraient avoir des conséquences pendant de nombreuses années;
- La progression des cancers inquiète : les données de prévalence, d'hospitalisations et de mortalité sont élevées;
- La proportion de personnes affectées par un surplus de poids, facteur de risque important à plusieurs maladies chroniques, montre une tendance à la hausse depuis une dizaine d'années;
- Plus de travailleurs qu'au Québec sont exposés à des risques pouvant affecter leur santé physique et on constate une prévalence élevée de troubles musculosquelettiques liés au travail.

Tout bien considéré, le bilan de l'état de santé et de bien-être des Jamésiens apparaît favorable, mais il s'en trouve tout de même vulnérable. Plusieurs défis se profilent en raison de la décroissance démographique, des conditions socioéconomiques variables, de l'augmentation inquiétante des cancers et surtout, du vieillissement accéléré de la population jamésienne. Certaines tendances rappellent la nécessité de poursuivre, voire d'intensifier les actions qui peuvent faire une différence sur la santé globale.

L'état de santé et de bien-être des Jamésiens démontre une prévalence de maladies chroniques qui ont des conséquences sur l'utilisation des services de santé et des services sociaux. La prise en charge des malades entraîne des coûts, directs et indirects, supportés en partie par le système de santé. L'enjeu majeur sera d'œuvrer pour que les maladies chroniques ne risquent pas de devenir un fardeau économique et social auquel le système de santé et de services sociaux de la région devra faire face. Avec une priorisation d'actions concertées en promotion et en prévention, une réorganisation du système axée sur les principaux facteurs de risques communs aux principales maladies chroniques s'avère une nécessité.

Tous ces défis convergent vers un objectif structurant : inscrire notre organisation de santé dans une dynamique de performance afin de faire face à l'éventuelle augmentation des dépenses associées aux soins de santé et demandes de services.

**NOTRE MISSION,****L'énoncé de la mission**

**Améliorer et maintenir la santé et le bien-être de la population du territoire sociosanitaire du Nord-du-Québec, en offrant une gamme de services sécuritaires la plus complète, notamment des services de surveillance, de protection, de promotion, de prévention, d'évaluation, d'intervention (diagnostic et traitement), de réadaptation, de soutien et d'hébergement, ainsi que l'accompagnement en fin de vie.**

D'un point de vue légal, en plus d'exercer les fonctions propres aux missions des centres qu'il exploite, le CRSSS de la Baie-James exerce les responsabilités d'une agence de santé et de services sociaux et est réputé agir comme une agence (RLRQ, c. S-4.2). Il endosse les responsabilités prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour chacune des missions énoncées aux lettres patentes et au permis d'exploitation de l'établissement :

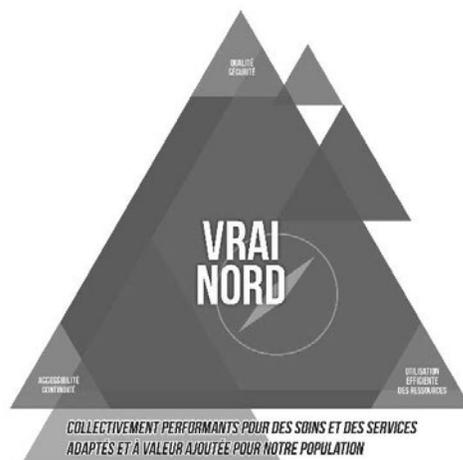
- ✓ Agence (articles : 340 à 396 et 530.45);
- ✓ Centre local de services communautaires (CLSC) (article : 80);
- ✓ Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (articles : 81 et 85);
- ✓ Centre d'hébergement et de soins de longue durée (article : 83)
- ✓ Centre de réadaptation (externe) pour personnes souffrant de déficience de troubles envahissants du développement (TED), de déficience intellectuelle (DI), pour personnes alcooliques et toxicomanes (article : 84).

**La vision stratégique : Le Vrai Nord**

La philosophie de gestion au CRSSS de la Baie-James repose sur le Vrai Nord afin de gérer chacune des missions par le partage d'information et une prise de décision responsable. Comme le révèle la figure ci-dessous, la vision stratégique du Vrai Nord se traduit comme suit : Collectivement performants pour des soins et des services adaptés et à valeur ajoutée pour notre population.

**Figure 2 :**

**Symbole graphique de la représentation du concept du Vrai Nord relié à la gestion de la performance et de l'amélioration continue au CRSSS de la Baie-James.**



Le **Vrai Nord** se veut l'équilibre à atteindre entre trois dimensions spécifiques. Cette vision de performance prend appui sur trois axes stratégiques que nous souhaitons réaliser à l'aide de notre nouveau plan d'organisation.

1. **Qualité-sécurité** : C'est améliorer la santé par une offre globale de services sécuritaires et de qualité, incluant une action sur les déterminants de la santé, afin de réduire les risques, l'incidence et la prévalence des problèmes de santé au sein de la population;
2. **Accessibilité-continuité** : C'est améliorer l'expérience personnelle de soins des individus et de leurs proches, par une intégration appropriée des soins et des services à travers des continuums d'interventions interdisciplinaires, où les personnes participent activement à leur prise en charge;
3. **Utilisation efficiente des ressources** : C'est éliminer les divers gaspillages en impliquant les ressources humaines dans l'optimisation des ressources financières, technologiques et informationnelles consenties afin d'appuyer efficacement la prestation de services.

## Les valeurs

### Bienveillance et respect

La bienveillance met en évidence le sentiment de considération et d'humanisme à l'égard des personnes et des organisations avec lesquelles nous transigeons. Elle est une disposition d'esprit amenant à la compréhension et à l'indulgence. Le respect, c'est agir avec déférence, faire preuve de courtoisie, de bienveillance, d'écoute, de discrétion et de professionnalisme. Sur le plan de la gestion, la bienveillance place les valeurs humaines au-dessus de toutes les autres valeurs et au cœur de nos décisions. La bienveillance c'est également prendre le temps d'expliquer les orientations, les décisions et de s'assurer de leur compréhension. C'est mettre en place des mécanismes permettant la rétroaction.

### Collaboration et le partenariat

La collaboration et le partenariat mettent en valeur l'importance du travail d'équipe qui doit guider les actions de l'ensemble du personnel, puisque nous sommes tous interdépendants. Cette valeur encourage les comportements d'entraide et de partage d'information et exprime notre manière d'être entre nous, avec tous nos partenaires communautaires et socioéconomiques et surtout l'usager. Cette valeur reconnaît aussi l'apport essentiel de l'ensemble des intervenants dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Dans son application, cette valeur requiert aussi de la flexibilité à l'égard de notre responsabilité populationnelle.

### Cohérence

La cohérence met en lumière l'importance de rester alignés sur la mission et la vision stratégique de l'établissement dans le respect des orientations nationales. Cette valeur recherche constamment une unité dans les actions et les efforts déployés visant la performance, soit l'atteinte des objectifs sociosanitaires, notre Vrai Nord. Cette valeur s'appuie sur les liens étroits et la compréhension commune qui doivent exister au sein du personnel de tous les secteurs autour des orientations et objectifs poursuivis par l'organisation.

La cohérence s'appuie sur la pérennité des actions et des décisions prises, tout en s'adaptant aux changements. Elle incite à la persévérance, à la transparence et au courage de l'ensemble des intervenants dans la réalisation des choix convenus et partagés.

### Compétence

La compétence valorise la qualité et la sécurité des services que nous offrons aux citoyens et à nos partenaires. La compétence est une valeur où chaque employé s'acquitte de sa tâche avec professionnalisme et met à contribution ses connaissances et ses habiletés dans l'atteinte des résultats visés. Cette valeur encourage la performance et la rigueur au regard des objectifs poursuivis et de l'utilisation optimale des ressources disponibles. La compétence, c'est

aussi favoriser le développement professionnel et personnel des employés de notre réseau. C'est s'améliorer et être animé par la volonté de gérer notre crédibilité.

### **Les principes directeurs**

Pour chaque décision à prendre et geste à poser en fonction du Vrai Nord, nos principes directeurs guident tout autant les administrateurs, les membres du personnel et les médecins, peu importe leur rôle.

- Le maintien des services de proximité à l'égard de notre responsabilité populationnelle;
- Une révision nécessaire de nos processus et une volonté de s'améliorer en continu;
- Un leadership clinique renouvelé et une gouvernance imputable;
- La recherche de l'équilibre de toutes les dimensions de la performance;
- L'obligation de se comparer aux meilleurs.

### **Les bonnes pratiques**

La recherche d'équilibre entre toutes les dimensions de la performance du Vrai Nord doit miser sur un plan d'organisation qui met à l'avant-plan de nouvelles pratiques de gestion. Certains critères de performance de la gestion des organisations ressortent comme étant essentiels à la réussite de la vision du changement souhaitée. Une collaboration renouvelée qui interpelle différemment l'apport des directions, des médecins et des usagers ainsi que la révision de nos processus, est au cœur des comportements de gestion attendus.

- Collaborer à des projets communs et en être imputable ensemble;
- Inclure le patient et ses proches en tant que partenaires de soins;
- Vers une culture d'amélioration continue de la performance : Prendre la pleine conscience des processus cliniques et administratifs pour en assurer leur maîtrise et bien servir.



**COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION  
31 MARS 2018**

**POPULATION :**

M<sup>me</sup> Diane Gaudreault, Chapais  
M. Jean Hayes, Chibougamau

**COMITÉ DES USAGERS :**

Mme Marie-Hélène Duval, Matagami  
M<sup>me</sup> Marjolaine Racicot, Lebel-sur-Quévillon

**CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS :**

D<sup>re</sup> Julie Deschamps, Chibougamau

**CONSEIL DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES :**

Vacant

**CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE :**

M<sup>me</sup> Jeannick Gauthier, Chibougamau

**PERSONNEL NE FAISANT PAS PARTIE DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS, DU CONSEIL DES  
INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS, NI DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE**

M. Éric Poirier-Ouellet, Chibougamau

**DÉSIGNÉS PAR LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX :**

M<sup>me</sup> Manon Forget, Val-Paradis  
M. Denis Lemoyne, Lebel-sur-Quévillon

**COOPTATION :**

M<sup>me</sup> Katrine Dallaire, Radisson  
M<sup>me</sup> Karine Lafrenière, Lebel-sur-Quévillon (Organismes du milieu communautaire)  
M. Jean Bédard, Chibougamau  
M. Michel Patry, Matagami  
M. Éric Simard, Lebel-sur-Quévillon  
Vacant

**PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET SECRÉTAIRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION:**

M<sup>me</sup> Nathalie Boisvert

## LES COMITÉS ET CONSEILS CONSULTATIFS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION<sup>8</sup>

Les comités et conseils relevant du conseil d'administration doivent rendre compte de leurs activités en séance régulière au moins une fois l'an. Au sein de ce rapport annuel, les trois conseils prévus par la loi décrivent leurs mandats et les faits saillants de l'année complétée, soit le conseil des infirmières et infirmiers (CII), le conseil multidisciplinaire (CM) et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Nous y incluons également le comité des usagers.

De plus, suivant la circulaire ministérielle, les comités du conseil d'administration qui ont trait à la qualité et à la sécurité des usagers présentent également leurs activités au sein du rapport annuel de gestion du CRSSS de la Baie-James, soit : le comité de gestion des risques et le comité de vigilance et de la qualité. Les travaux de ces comités sont dans la section portant sur la sécurité et la qualité des soins et des services.

### **CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)**

#### **Mandat :**

La Loi sur les services de santé et des services sociaux prévoit la formation d'un conseil des infirmières et infirmiers (RLRQ, c. S-4.2, articles : 219 à 225). Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) a un mandat régional et est formé de représentants locaux élus. Le conseil est composé de l'ensemble des infirmières et des infirmiers qui exercent leurs fonctions au CRSSS de la Baie-James.

Conformément aux règlements de l'établissement et pour tout centre exploité par ce dernier, le conseil des infirmières et des infirmiers est responsable envers le conseil d'administration :

- D'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans l'établissement;
- De faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à ses membres;
- De faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par ses membres;
- D'assurer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration et de lui faire rapport périodiquement.

Le conseil des infirmières et des infirmiers exerce également les attributions d'une commission infirmière régionale (RLRQ, c. S-4.2, articles : 370.3 et 530.58.1) et est responsable envers le conseil d'administration :

- De donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière;
- De donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers;
- De donner son avis sur les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

De plus, le conseil des infirmières et infirmiers est responsable envers la présidente-directrice générale de donner son avis sur les questions suivantes :

- L'organisation scientifique et technique du centre;
- Les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et infirmiers;

<sup>8</sup> CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES, *Plan d'organisation du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James*, Chibougamau, CRSSS de la Baie-James, 2009, 78 p.

- Toute autre question que la présidente-directrice générale porte à son attention.

Le conseil des infirmières et infirmiers peut adopter tout règlement concernant :

- La régie interne;
- La création de comités et leur fonctionnement;
- La poursuite de ses fins.

Le nouveau comité exécutif a été mis en place lors de l'assemblée générale annuelle qui a eu lieu le 1<sup>er</sup> juin 2017 par visioconférence dans toutes les installations du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James. Il est constitué de cinq (5) membres du conseil des infirmières et infirmiers et de trois (3) membres d'office. Il y a eu six rencontres par visioconférence durant l'année ainsi qu'une approbation courriel de certains documents dû à l'absence de l'atteinte du quorum lors de la réunion.

Le CECII a été consulté pour des ordonnances collectives ou individuelles, des formulaires ainsi que pour une politique. Le comité les a recommandés aux instances concernées et le suivi a été effectué par la Direction des soins infirmiers. Il a également été consulté pour l'approbation de règles de soins infirmiers et de protocoles infirmiers.

D'autres travaux ont porté sur l'élaboration d'un guide sur la rédaction des notes infirmières lors de l'évaluation et du suivi infirmier de la clientèle ayant chuté, d'aide-mémoires sur les instructions pour le test de l'horloge de Watson et le test de fluence verbale ainsi que la diffusion d'un dépliant portant sur l'hypotension orthostatique.

Le CECII, en partenariat avec la Direction des soins infirmiers, bénéficie d'une entente inter établissement avec le Centre d'enseignement et de formation à distance (CEFD) depuis novembre 2013, permettant au personnel infirmier de participer à 18 formations différentes du *Programme de santé du Nord* par visioconférence ou sur le site Internet du CEFD.

En mai 2017, la Semaine de l'infirmière a été soulignée dans chaque installation. Pour souligner celle-ci, chaque infirmière s'est vu remettre un petit cadeau. Comme chaque année, une contribution monétaire a été reçue de l'Ordre régional Saguenay Lac-St-Jean/Nord-du-Québec, ce qui a permis l'achat de ces cadeaux.

Enfin, lors de l'année financière 2017-2018, le CII du CRSSS de la Baie-James a fait partie de l'Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec (ACIIQ) dont l'AGA a eu lieu en septembre 2017 et à laquelle la présidente du CECII a participé.

## **CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE**

### **Mandat et fonctions du comité**

Pour chaque centre exploité par l'établissement, les responsabilités prévues par la LSSSS concernent les articles 226 à 230 :

Sous réserve de ce qui est prévu aux articles 214 et 220, le conseil multidisciplinaire est responsable envers le conseil d'administration (article 227) :

1° de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres dans tout centre exploité par l'établissement;

2° de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par leurs membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tout centre exploité par l'établissement;

3° d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Conformément aux règlements de l'établissement, le conseil multidisciplinaire est, pour chaque centre exploité par l'établissement, responsable envers le directeur général de donner son avis sur les questions suivantes (article 228) :

1° l'organisation scientifique et technique du centre;

2° les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres;

3° toute autre question que le directeur général porte à son attention.

Le comité multidisciplinaire adopte des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration.

Il doit également soumettre, au conseil d'administration, avant le 31 mars de chaque année, un rapport annuel concernant l'exécution de ses fonctions et les avis qui en résultent.

### **Composition du comité**

Les responsabilités du CM sont exercées par un comité exécutif formé de sept (7) membres, dont au moins trois (3) sont titulaires de titres d'emploi différents et, le cas échéant, membres d'ordres professionnels différents, élus par et parmi les membres du CM. Par souci de représentativité de chacune des six installations du CRSSS de la Baie-James, un membre est désigné par et parmi les membres d'au moins trois installations différentes. Un membre qui exerce ses fonctions dans plus d'un centre de santé est réputé pouvoir représenter le centre dans lequel il a travaillé la majorité de ses heures, au cours de l'année précédente. Le président-directeur général et l'adjoint au directeur des services professionnels et des services multidisciplinaires sont d'office membres du CM.

### **Faits saillants**

Au courant de l'année 2017-2018, 4 rencontres de l'exécutif du comité multidisciplinaire (CECM) ont eu lieu.

Plusieurs réalisations sont à l'actif de ce comité :

- La présence d'au moins un représentant du CM au Conseil d'administration ainsi qu'au Comité régional d'éthique clinique;
- La mise à jour des outils pour connaître et dresser un portrait des membres du comité;
- La mise en place d'une structure avec la direction des ressources humaines afin de faire connaître le CM aux nouveaux membres;
- La mise à jour du plan d'action du comité exécutif afin d'établir des mandats à court terme et long terme;
- La mise en place et lancement d'un *SharePoint* afin de favoriser la communication entre les membres du CM.

Enfin, le CECM souhaite être consulté davantage par la direction générale et les directions concernées lorsqu'il y a des enjeux au niveau de la qualité des services et la qualité de la pratique professionnelle. Il désire favoriser la collaboration interprofessionnelle des membres considérant la grande diversité des champs de profession au sein du CM, ainsi que poursuivre des formules et les réflexions permettant d'augmenter la visibilité du CECM au sein du CRSSS de la Baie-James.

**CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)****Mandat :**

Il n'existe qu'un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) pour la région sociosanitaire du Nord-du-Québec. Afin de garantir la représentativité de chaque installation, des représentants de chaque centre de santé composent le comité : le comité exécutif, le comité de pharmacologie, le comité d'examen des titres et le comité d'évaluation de l'acte. L'organisation des soins et services médicaux demeure une prérogative de l'équipe médicale locale; cette mesure confère l'autonomie locale nécessaire à chaque centre de santé.

Comme prévu à la Loi sur les services de santé et services sociaux (RLRQ, c. S-4.2, articles : 417.2 et 530.57), le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens joue également le rôle de Département régional de médecine générale.

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est responsable envers le conseil d'administration de :

- Contrôler et apprécier la pertinence et la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans l'établissement;
- Évaluer et maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans l'établissement;
- Faire des recommandations concernant une demande de nomination ou de renouvellement de nomination par un médecin, un dentiste ou un pharmacien;
- Faire des recommandations au sujet des obligations qui peuvent être rattachées à la jouissance de privilèges accordés à un médecin ou dentiste;
- Élaborer les modalités d'un système de garde;
- Donner son avis sur les aspects professionnels de l'organisation technique et scientifique du centre et les règles d'utilisation des ressources;
- Faire des recommandations au sujet de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques, ainsi qu'au sujet de l'organisation médicale de l'établissement;
- Faire un rapport annuel sur l'exécution de ses fonctions et les avis qui en résultent.

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens donne son avis à la présidente-directrice générale sur les aspects administratifs des questions suivantes :

- Les moyens à mettre en œuvre pour que les services médicaux, dentaires et pharmaceutiques répondent aux besoins de la population à desservir, compte tenu des ressources disponibles;
- Les règles d'utilisation des ressources médicales, dentaires et pharmaceutiques, ainsi que des ressources matérielles utilisées par ses membres;
- L'organisation technique et scientifique du centre;
- La distribution appropriée des soins médicaux, dentaires et services pharmaceutiques, ainsi que de l'organisation médicale du centre;
- Toute autre question que la présidente-directrice générale porte à son attention.

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est composé de tous les médecins, dentistes et pharmaciens œuvrant dans l'établissement.

Au cours de la dernière année, le comité exécutif a tenu un total de 4 réunions. L'exécutif du CMDP est constitué d'un

médecin représentant chaque installation – à l'exception de Chibougamau qui en compte deux – d'un médecin représentant les spécialistes, d'une pharmacienne, du directeur des services professionnels et des services multidisciplinaires et de la présidente-directrice générale.

Le comité exécutif a accepté 1 règlement, 4 ordonnances et 1 formulaire. Parmi les dossiers traités on note le déploiement du service Optilab, les difficultés de recrutement en pharmacie, omnipratique et en médecine spécialisée, les modalités et application de la Loi 130.

Cette année encore, tous les comités ont été actifs et ont soumis leurs rapports régulièrement. Les recommandations émises par les comités sont analysées et acheminées aux personnes concernées, lorsqu'il y a lieu de le faire, pour :

- L'examen des titres : 9 nominations;
- L'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique : études de décès et de thrombolyse;
- La pharmacologie : modification au formulaire des médicaments, 7 révisions ou ajouts d'ordonnances ou protocoles et évolution de l'implantation du bilan comparatif du médicament.

Quant aux différents départements et services, voici un résumé des faits saillants s'y rapportant.

**Le Département de médecine générale** regroupe les médecins omnipraticiens, membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Le département de médecine générale assure les soins aux patients sur 5 points de service différents soit à Lebel-sur-Quévillon, Matagami, Chibougamau, Chapais et Radisson. L'ensemble de ces installations offre un service d'urgence et/ou de clinique externe 24 h/jour en plus d'assurer le suivi de patients en clinique sur rendez-vous ou en GMF. À l'exception du Centre de santé René-Ricard de Chapais et du Centre de santé de Radisson, chacune des installations possède également des lits d'hospitalisation. Le Centre de santé de Chibougamau offre aussi un service d'obstétrique, d'hémodialyse et de soins optima couvrant ainsi les soins de la région Chibougamau-Chapais et une partie du territoire cri. Plusieurs autres services sont aussi offerts à la population : suivi scolaire, clinique d'enseignement des maladies chroniques, programme de réadaptation pulmonaire, épreuve d'effort et bien plus encore.

**En ce qui touche le département de la pharmacie**, beaucoup d'efforts ont et sont encore déployés par les pharmaciens pour le recrutement et la rétention du personnel. L'équipe est toujours en manque d'effectifs et parmi les solutions, l'accueil des stagiaires est une.

**La prestation continue des soins en chirurgie générale** au point de service de Chibougamau a souffert d'une brève découverte. Ce défi, a permis le recrutement de nouveaux collaborateurs et de retrouver des conditions de fonctionnement qui sont susceptibles de nous permettre de maintenir le cap, dont l'arrivée de la gynécologue. La rénovation du bloc opératoire est entreprise. Des journées additionnelles d'endoscopie furent planifiées pendant les rénovations pour restreindre l'attente des usagers.

Les services de **psychiatrie, de médecine interne et d'anesthésie** poursuivent leur travail avec de nouvelles formations ou ententes avec des établissements spécialisés.

## COMITÉ DES USAGERS

### Mandat :

Le comité des usagers est en place pour l'établissement. Son mandat consiste à exercer les devoirs et responsabilités qui lui incombent (RLRQ, c. S-4.2, articles : 209 à 212) soit de :

- Renseigner les usagers sur leurs droits et obligations;
- Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers;
- Évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services dispensés par l'établissement;
- Défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers;
- Accompagner et assister sur demande un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter une plainte;
- Établir ses règles de fonctionnement;
- Soumettre chaque année un rapport d'activité au conseil d'administration;
- Désigner les deux représentants prévus au conseil d'administration, selon les prescriptions déterminées par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Afin de contrer des difficultés au niveau de la logistique des rencontres, les membres du comité ont sollicité et obtenu un soutien administratif plus coordonné de la part du CRSSS de la Baie-James, et ce, tout en préservant l'indépendance d'action et d'intervention qui lui est dévolue. Ainsi, 6 rencontres ont eu lieu.

Le comité compte sur un nouveau membre, portant à cinq le nombre de membres du comité. Deux membres siègent au conseil d'administration du CRSSS de la Baie-James. Le comité est membre de la Fédération des comités des usagers et de résidents du Québec ainsi qu'au Regroupement provincial des comités des usagers.

L'année 2017-2018 a été propice à plusieurs réalisations, dont celles relatives à son rôle d'information et de défense des droits. Ainsi, le comité régional des usagers du CRSSS de la Baie-James a fait la distribution d'articles promotionnels, soit jeux de cartes, bloc-notes et signets. La distribution s'est faite dans toutes les municipalités de la région, les résidences pour personnes âgées et milieux de vie ainsi que certains organismes communautaires. Le comité fut consulté sur la nouvelle politique entourant l'utilisation du tabac au CRSSS de la Baie-James.

Afin de promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers, des trousseaux à colorier furent distribués aux enfants lors de leur triage à l'urgence. De plus, sachant que l'hospitalisation des jeunes usagers est une épreuve marquante et bouleversante, des jouets adaptés à l'âge des enfants furent achetés et remis à leur admission en pédiatrie. Précisons que pour chacun des articles achetés, les coordonnées du comité régional des usagers y sont indiquées. De plus, un dépliant est remis aux parents ou accompagnateur de l'enfant lorsque le jouet est remis à ce dernier. Enfin, un montant fut remis aux auxiliaires bénévoles pour les soutenir dans leurs activités.

Concernant la satisfaction des usagers, le comité met à la disposition des usagers une ligne téléphonique et une adresse postale. Une seule insatisfaction anonyme fut amenée au comité. Les membres ont reçu de l'information satisfaisante à ce sujet.

Enfin, le comité des résidents du milieu de vie de Chibougamau s'est réuni à trois reprises. Les éléments de qualité de vie sont ressortis comme demande particulière, à cet effet, les résidents ont apprécié l'arrivée de chariots permettant de servir des repas plus chauds. Le comité n'a pas accompagné de résidents dans des demandes ou plaintes. Une activité promotionnelle a eu lieu avec un taux de participation supérieur aux attentes.



# LES FAITS SAILLANTS ET ENJEUX



**ENJEU RÉGIONAL : VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION JAMÉSIENNE****Cession d'un terrain par la Ville de Chibougamau qui servira à la construction du nouveau centre d'hébergement et de soins de longue durée**

Le 21 novembre 2017, la Ville de Chibougamau officialisait la cession d'un terrain de 1500 mètres carrés, qui servira à la construction du nouveau centre d'hébergement et de soins de longue (CHSLD) durée du CRSSS de la Baie-James.

Le projet vise une construction à ossature de bois. Dans un monde sensibilisé à l'environnement, le bois s'avère un matériau de premier choix. Il sera composé de 32 chambres individuelles. La répartition des chambres se fera en trois îlots, de 8, 10 et 14 chambres. Chaque îlot possédera sa salle à manger, une salle de séjour et une salle pour les soins d'hygiène. Le CHSLD inclut un accueil, un vestiaire avec casier, quelques bureaux, une salle d'activités et de réadaptation ainsi qu'un centre de jour.

Ce projet contribuera grandement à améliorer la qualité des soins et des services offerts aux usagers de la région du Nord-du-Québec et s'inscrit dans la volonté d'offrir les meilleures infrastructures possible en matière de soins de longue durée et d'hébergement à la population.

Il faut mentionner que l'hébergement en milieu de vie institutionnel comme le CHSLD est de plus en plus réservé aux personnes qui présentent des problèmes de santé complexes, des incapacités motrices et sensorielles importantes auxquelles peuvent s'ajouter des problèmes cognitifs majeurs. Le CHSLD devient donc la maison de la personne hébergée, son milieu de vie.

Par ailleurs, l'organisation de nos services de santé jamésiens se transforme de manière à privilégier autant que possible le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. C'est notamment par l'augmentation de l'offre de soins et de services et le partenariat avec d'autres organismes que cela se concrétise. On peut penser pour ce faire aux ressources intermédiaires, aux résidences privées pour aînés, à l'entreprise d'économie sociale, aux cliniques médicales, aux organismes communautaires qui interviennent chacun à leur façon auprès des aînés et aussi de leurs proches et de leur famille.

**Visite du docteur Philippe Voyer du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec**

Le 15 juin 2017, le Dr Philippe Voyer était de passage dans la région Nord-du-Québec, et ce, pour une série de conférences auprès des gestionnaires, du personnel du soutien à domicile, du milieu de vie, des candidates à l'exercice de la profession infirmière ou de l'équipe médicale. Au total, c'est plus de 40 personnes qui ont pu assister à ses présentations où il a su exposer de façon accessible et concrète, l'approche de soins auprès des personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs. Cette conférence a été conçue en partenariat avec le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CÉVQ).

La visite du Dr Voyer s'inscrivait dans le cadre du projet prioritaire de soutien à l'autonomie des personnes âgées où la volonté du ministère est d'augmenter les soins et services à domicile aux aînés atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'autres troubles neurocognitifs majeurs ainsi que le soutien aux proches aidants.

Le Dr Voyer, professeur titulaire à la faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et chercheur à l'Unité de recherche du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et du CHU de Québec, s'est avéré un véritable phare pour nos intervenants afin qu'ils puissent s'investir dans leur travail, de façon adaptée et significative, dans le but de maintenir la meilleure qualité de vie possible à ces personnes en perte d'autonomie.

**ENJEU RÉGIONAL : RECRUTEMENT ET RÉTENTION DU PERSONNEL**

*Partenariat sans précédent entre le Centre d'études collégiales à Chibougamau (CECC) et le CRSSS de la Baie-James*

En février 2018, le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James et le CECC étaient fiers d'annoncer un partenariat en vue de soutenir les étudiants qui s'inscriront en soins infirmiers lors du démarrage de la prochaine cohorte à l'automne 2018. Le diplôme d'études collégiales (DEC) en Soins infirmiers obtenu au CECC garantit au finissant un emploi allant jusqu'à un temps complet au CRSSS de la Baie-James à la fin de sa formation, sous réserve de la réussite du processus d'embauche de l'établissement. De plus, l'établissement de santé s'avère un employeur de choix pour un emploi pendant les études en soins infirmiers. Dès la première année d'études complétée, les étudiants et étudiantes pourront accéder à un emploi d'été ou occasionnel dans divers secteurs d'activités, dont celui de préposé aux bénéficiaires auprès de la clientèle.

Ainsi, des bourses aux étudiants et étudiantes qui choisiront le programme en Soins infirmiers de Chibougamau à l'automne 2018 pourraient totaliser 6 750 \$ sur trois ans. Ce montant est remis pour le soutien à l'achat des fournitures : livres, uniformes, chaussures, stéthoscope, etc., et une partie du montant est offerte en soutien à la persévérance. Les bourses de deuxième et troisième année sont soumises aux conditions du programme de bourses du CRSSS de la Baie-James et un engagement contractuel est prévu entre l'étudiant et l'établissement. Cette mesure vise à renforcer les efforts en recrutement de personnel en soins infirmiers.

**PLAN STRATÉGIQUE MINISTÉRIEL 2015-2020*****ORIENTATION MINISTÉRIELLE 1 : FAVORISER DE SAINES HABITUDES DE VIE ET LA PRÉVENTION DES PROBLÈMES DE SANTÉ*****Le CRSSS de la Baie-James favorise un environnement sans fumée.**

Le 21 novembre 2017, entrent en vigueur les dispositions de la politique de création d'environnements sans fumée dont le but est d'offrir les conditions gagnantes à une meilleure protection de l'ensemble de la population jamésienne contre les méfaits du tabagisme sur la santé. Cette politique confirme dans les faits que le CRSSS de la Baie-James est conscient de l'importance de son rôle de promoteur de la santé.

Dans ces circonstances, en convertissant ses anciens abris pour fumeurs en abris pour les vélos sur ses terrains de ses 5 installations, le CRSSS de la Baie-James souhaite également soutenir le déplacement à vélo des visiteurs, de la clientèle, du personnel et des médecins. Ceci est une mesure significative et concrète, à l'amélioration de la santé et du bien-être.

À la clé, le CRSSS de la Baie-James désire par ces mesures, d'une part mieux protéger les visiteurs, la clientèle, le personnel et les médecins contre la fumée du tabac dans l'environnement et porter un message clair sur les risques pour la santé à l'exposition à certains produits chimiques présents dans la fumée secondaire. D'autre part, promouvoir également la pratique d'activités physiques régulières qui apportent de nombreux bénéfices sur la santé physique et mentale.

**Un premier rendez-vous de santé publique inspirant et mobilisant avec le docteur Alain Poirier**

C'est sous le thème : « Ensemble pour une offre de service améliorée » que s'est déroulé le premier rendez-vous de santé publique le 16 octobre dernier. L'ensemble des ressources en santé publique du CRSSS de la Baie-James étaient réunies et ont pu bénéficier de la présence du Dr Alain Poirier, vice-président à la valorisation scientifique et aux communications, à l'Institut national de santé publique du Québec et ancien directeur national de santé publique. Après avoir mis la table sur le *Programme national de santé publique* et la *Politique nationale de prévention*, il nous a démontré

l'importance de travailler avec les acteurs des communautés et de travailler à partir de leurs préoccupations au lieu de tenter de leur imposer nos programmes et nos services.

Avec l'activité sur le plan d'action et la théorie sur la performance, tout était en place pour l'atelier sur l'amélioration de l'offre de services en santé publique. C'est en unissant nos savoirs et nos expériences qu'il fut possible d'identifier plusieurs pistes d'amélioration.

## ***ORIENTATION MINISTÉRIELLE 2 : OFFRIR DES SERVICES ET DES SOINS ACCESSIBLES, INTÉGRÉS ET DE QUALITÉ AU BÉNÉFICIAIRE DES USAGERS***

### **Annnonce des travaux de rénovation du bloc opératoire par le ministre Gaétan Barrette.**

Le 4 décembre 2017, le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Gaétan Barrette, accompagné du député d'Ungava, a annoncé des travaux majeurs au bloc opératoire du Centre de santé de Chibougamau.

D'entrée de jeu, ces travaux s'inscrivent directement dans la foulée des actions gouvernementales visant à offrir les meilleures infrastructures possible en matière de soins de santé et de service sociaux partout au Québec.

Le projet permettra le réaménagement et la mise aux normes de deux salles d'opération, de la réserve stérile, de la salle de réveil et de la salle d'endoscopie. Des travaux seront également réalisés pour mettre à niveau divers systèmes électromécaniques, notamment les systèmes de ventilation et d'éclairage.

Sur le plan financier, le projet bénéficiera d'un financement global de 4,8 M\$. Les travaux ont débuté en janvier 2018 et la livraison des nouveaux locaux est prévue pour septembre 2018. Par ailleurs, des travaux à hauteur de 400 000 \$ et entièrement financés par le CRSSS de la Baie-James avaient déjà été réalisés en 2016. En plus d'améliorer l'ergonomie des locaux, ces travaux ont permis la mise aux normes de l'unité de retraitement des endoscopes.

### **Visite de la directrice nationale des soins et services infirmiers du ministère de la Santé et des Services sociaux.**

Dans le cadre d'une tournée provinciale les 15 et 16 juin 2017, madame Sylvie Dubois, directrice nationale des soins et services infirmiers (DNSSI), a effectué une visite au CRSSS de la Baie-James. Les objectifs de sa démarche de visite de notre établissements est de connaître nos particularités nordiques et de témoigner du soutien concret à la Direction des soins infirmiers dans sa responsabilité.

Plus particulièrement dans sa tournée des centres de santé de Chapais et de Chibougamau, madame Dubois s'est entretenue avec les membres des équipes de soins sur plusieurs sujets d'actualité, notamment sur les ordonnances collectives, les prescriptions infirmières, la formation initiale, et l'approche adaptée à la personne âgée.

Ce partage de préoccupations a permis à toutes les parties d'être plus sensibilisées aux réalités réciproques, aux enjeux ou aux défis auxquels le réseau sera confronté.

### **La sécurisation culturelle, un moteur de changement social au CRSSS de la Baie-James**

Au cours de l'année 2017-2018, le CRSSS de la Baie-James a soutenu, par des actions concrètes, le développement chez ses intervenants, de la connaissance culturelle autochtone. Toutes nos interventions visent à développer et consolider chez le personnel et les médecins, la connaissance et les attitudes visant à adapter les processus d'accueil, d'accompagnement et d'interaction afin de rendre leurs actions soutenantes pour les autochtones cris de la région.

Concrètement au CRSSS de la Baie-James, le respect des savoirs et des différences des peuples autochtones passe tant par l'information que la formation de ses intervenants. Que ce soit en faisant la promotion des travaux de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics ou par la création d'une formation narrée sur la culture autochtone, notre établissement se veut un acteur significatif dans le processus de sécurisation culturelle jamésien. Nous avons également participé à la formation offerte par le Centre d'amitié Eenou et nous avons favorisé la participation de quelques organismes communautaires de Chibougamau plus en contact avec les autochtones de la région.

### **ORIENTATION MINISTÉRIELLE 3 : IMPLANTER UNE CULTURE D'ORGANISATION INNOVANTE ET EFFICENTE DANS UN CONTEXTE DE CHANGEMENT**

#### **Adoption du plan d'organisation du CRSSS de la Baie-James**

Afin de permettre à la population en général et au personnel du CRSSS de la Baie-James d'avoir une connaissance appropriée de l'organisation et de faciliter ainsi le repérage des unités responsables des programmes ou activités, un nouvel organigramme du CRSSS de la Baie-James entré en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2016. Du coup, l'établissement débutait également les travaux du Plan d'organisation transitoire 2016-2017, afin de clarifier dans les faits, ce partage des responsabilités et des mandats entre les différentes unités administratives de l'établissement.

Au cours des mois suivant l'adoption de la nouvelle structure, plusieurs activités d'information furent déployées dans les milieux de travail, dans le but de faire connaître cette nouvelle vision que représente notre Vrai Nord. Il s'agit d'un système de gestion qui s'aligne sur les dimensions de qualité-sécurité, d'accessibilité-continuité et d'utilisation efficace des ressources.

Afin d'en consolider certains aspects tels le défi de la gestion à distance ou la notion de liens hiérarchiques et fonctionnels, des ajustements furent adressés au projet d'origine. Dans ces circonstances, le conseil d'administration a entériné le 19 septembre 2017, une version finale du plan d'organisation qui tient compte de cette démarche évaluative. On s'est ainsi assuré de consolider avec plus de précision et d'harmonie, les aspects de la continuité des services, de la sécurité et de leur proximité avec la population.

Le plan d'organisation comprend un organigramme qui se veut d'abord efficient et efficace, mais aussi correspondant à ceux des autres établissements du Québec. Il trace l'architecture d'une coordination clinique ainsi que celle de la gestion clinico-administrative, qui se veut fondamentalement transversale.

### **ENJEU RÉGIONAL : LE DÉPLOIEMENT D'UNE GESTION INTÉGRÉE DE LA PERFORMANCE**

#### **Déploiement des stations visuelles dans toutes les installations du CRSSS de la Baie-James**

Au printemps 2017, la présidente-directrice générale procédait à une tournée des 6 installations du CRSSS de la Baie-James. Les stations visuelles ont été mises de l'avant en y étant présentées comme un outil significatif pour l'animation de courtes rencontres d'équipes en vue de soutenir l'amélioration continue et donner le sens à nos actions. Ces stations visuelles se veulent, pour nos employés, nos gestionnaires et nos médecins, les témoins de notre Vrai Nord.

Les stations visuelles servent en quelque sorte d'ordre du jour standardisé pour les communications de l'équipe, de l'organisation, les opportunités d'amélioration, le suivi et l'évolution des indicateurs et les bons coups. La réception a été excellente. La tournée a aussi été l'occasion, pour la présidente-directrice générale, de discuter de certains enjeux avec les membres du personnel et les médecins.

Un audit réalisé à la fin de l'été 2017 nous confirmait que l'implantation allait bon train. En effet, ce sont 26 gestionnaires qui ont été rencontrés et 22 avaient déjà déployé et animé des caucus opérationnels. En tout, ce sont 47 stations visuelles qui étaient fonctionnelles dans les 6 installations, et ce, sur une possibilité estimée de 51 en tout. Dans les faits, cela représente 2 à 3 stations par gestionnaire, dont quelques-unes à distance.

De plus, lors du rendez-vous des gestionnaires, un retour a été fait quant aux opportunités d'améliorations et les aspects positifs observés lors des audits. Parmi les éléments qui offrent des effets positifs dans les équipes, notons la mention des bons coups lors des rencontres, que les stations visuelles sont accessibles aux équipes et que le rythme des rencontres permet de créer une dynamique harmonieuse avec les activités des unités ou des services.





# RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ



**SECTION III : ATTENTES SPÉCIFIQUES**

TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R : RÉALISÉE À 100 % NR : NON RÉALISÉE À 100 % NA : NON APPLICABLE	COMMENTAIRES
<b>SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)</b>			
Bilan des activités réalisées	Un bilan faisant état des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	R	
Comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN)	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et le comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales — Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, Santé et Services sociaux, Québec 2006 ».	R	
<b>SECTION II : SERVICES SOCIAUX (DGSS)</b>			
Implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance et plan de travail	L'établissement devra transmettre au MSSS une liste des installations de son territoire devant implanter le protocole, un plan de travail détaillant les activités prévues ainsi que l'échéancier de l'implantation du protocole. Un gabarit permettant l'identification des installations pertinentes sera fourni. Ces livrables permettront de déterminer la cible associée à l'indicateur « pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance », par établissement et nationalement.	R	



SECTION II : SERVICES SOCIAUX (DGSS) (SUITE)	
Poursuivre la mise en œuvre de toutes les composantes obligatoires des PIN	R
Assurer la mise en œuvre de toutes les composantes obligatoires des PIN avant le 31 mars 2018. Un formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'utilisateurs ayant participé au programme.	R
Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	R
L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	R
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité	R
L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	R
Plan d'action 2017-2022 sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA)	R
À la suite de la publication du Plan d'action et du plan de déploiement ministériel, l'établissement devra compléter et transmettre le bilan de l'implantation des mesures identifiées.	R
ADDENDA – Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	R
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. De plus, il est aussi prévu que des audits aléatoires seront menés par le MSSS dans les établissements.	R

SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)			
État d'avancement de l'implantation du Plan d'action par établissement déposé le 31 mars 2016 et réalisé sur la base des orientations ministérielles 2006	Auto-évaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016. Le plan doit préciser : Action – Objectif – Stratégie/Moyens – Responsable – Résultats/Livrables – Échéancier – Indicateur – Cible atteinte. De plus, les obstacles liés à la non-réalisation du plan devront être notés.	R	
État d'avancement du plan d'action triennal 2016-2019 — Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs	Auto-évaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1 <sup>er</sup> juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS-CIUSSS devra être produit.	R	
État d'avancement sur le plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018	Auto-évaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés 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.	R	
État d'avancement de l'implantation du Plan d'action déposé le 31 mars 2016 par établissement réalisé sur la base des orientations ministérielles 2015	Auto-évaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016 composé à partir des actions et des objectifs, incluant l'état d'avancement des travaux au 31 mars 2018. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	R	
Effectifs dans les équipes de soutien dans la communauté	Fournir les informations requises quant aux effectifs en services dans la communauté : suivi intensif dans le milieu (SIM), soutien d'intensité variable (SIV), <i>Flexible Assertive Community Treatment (FACT)</i> et premier épisode psychothique (PEP). Contrairement au suivi des EGI associés aux SIM et SIV, ce suivi comprend également les services qui ne sont pas homologués.	R	

<b>SECTION IV : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET (DGFIB)</b>		
Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années	L'établissement a pour objectif de finaliser l'inspection technique de son parc immobilier. À la suite de l'inspection des bâtiments, il doit élaborer la liste des correctifs devant être réalisés dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs+ Réseau.	R
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	L'établissement participe à la réalisation du Plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	R
<b>SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGRM)</b>		
Sécurité civile	<p>S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure d'assumer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de veiller à l'élaboration ou à la révision d'un plan de sécurité civile;</li> <li>• du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au sujet de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile;</li> <li>• de raffermir les liens de partenariats en sécurité civile.</li> </ul>	R
Gestion des risques en sécurité civile — Santé et services sociaux	<p>Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en arrimage avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation;</li> <li>• compléter la phase d'établissement du contexte du processus;</li> <li>• compléter la phase d'appréciation des risques du processus.</li> </ul>	R

SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM) (SUITE)		
<p>Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise</p>	<p>La mise sur pied d'un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise doit être réalisée. La composition de celui-ci sera entérinée par le C. A. de l'établissement. Exceptionnellement, une résolution du C. A. de l'établissement confirmant la création du comité régional doit être transmise.</p>	<p>Cette attente a été retirée par le MSSS</p>
<p>Révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise</p>	<p>Les établissements recevront à l'automne 2017 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le C. A. et ensuite transmis.</p>	<p>Cette attente a été retirée par le MSSS</p>
<p>État de situation sur le degré de maturité d'une salle de pilotage stratégique</p>	<p>Un bilan faisant état du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'établissement est demandé. Ce bilan vise à documenter la maturité de la salle de pilotage déployée selon les différentes dimensions abordées, soit la planification, le déploiement, le contrôle/suivi et la réponse-action. Aussi, des questions d'ordre général sont prévues.</p>	<p>R</p>

ENGAGEMENTS ANNUELS

FICHE DE REDDITION DE COMPTES DE FIN D'ANNÉE DE L'EGI 2017-2018 – INDICATEUR DU PS DU MSSS 2015-2020

AXE D'INTERVENTION : PRÉVENTION DES INFECTIONS			
INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	CIBLE 2020
1.01.29-PS NOMBRE D'ACTIVITÉS DE DÉPISTAGE DES ITSS CHEZ LES JEUNES DE 15 À 24 ANS (ANCIENNETÉ 1.01.24)	85	75	75
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ÉCARTS, ÉVOLUTION DU RÉSULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)			
<p><b>1.01.29</b> L'engagement convenu dans l'EGI 2017-2018 n'a pas été atteint. Par rapport à l'année dernière, nous n'observons qu'une baisse de 10 dépistages effectués par les infirmières. Afin de redresser la situation, l'offre de services a été bonifiée par différentes mesures en cours et à venir dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diversification des stratégies de promotion permettant de mieux faire connaître les services sur Facebook ainsi que dans les salles de bain des bars des différentes localités;</li> <li>• Formation en dépistage d'au moins 2 infirmières par Centre de santé;</li> <li>• Organisation d'activités de sensibilisation dans les bars de Lebel-sur-Quévillon. Les gens étaient invités à passer un test urinaire pour le dépistage de la gonorrhée et de la chlamydia;</li> <li>• Activités de dépistage au Centre d'études collégiales à Chibougamau et au Centre de formation professionnelle de Chibougamau;</li> <li>• Instauration de plages horaires sans rendez-vous à raison d'une soirée par mois à Chibougamau;</li> <li>• Rédaction d'une règle de soins pour baliser le rôle des infirmières en matière de dépistage.</li> </ul> <p>Parmi les facteurs pouvant expliquer la diminution du nombre de dépistages chez les jeunes de 15-24 ans par rapport à l'an dernier, nous notons une diminution démographique de la clientèle ciblée. En effet, au cours des dix dernières années, nous observons une décroissance progressive de 7,2 % des jeunes de 15 à 24 ans sur notre territoire. De plus, plusieurs jeunes quittent la région pour leurs études, mais conservent leur adresse principale sur notre territoire. Les infirmières ont remarqué que certains jeunes se font dépister dans leur « région d'accueil », puisque celles-ci reçoivent les résultats positifs en vue d'effectuer les enquêtes épidémiologiques.</p> <p>Dans la prochaine année, nous mettrons d'autres mesures en place afin de réussir à mieux rejoindre les jeunes de 15-24 ans. Entre autres, une règle de soins pour les infirmières sera en vigueur sous peu et permettra aux infirmières de Matagami de commencer à faire du dépistage. Des ententes ont été prises avec les Centres de formation professionnelle et les Centres de formation générale aux adultes à Lebel-sur-Quévillon ainsi qu'à Matagami où les services pourront être offerts en 2018-2019. De plus, l'entrée en vigueur de la prescription infirmière fera en sorte que les infirmières cliniciennes pourront traiter les cas positifs de gonorrhée et de chlamydia, ce qui améliorera le suivi de la clientèle.</p>			

Légende :

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

AXE D'INTERVENTION : PREMIÈRE LIGNE ET URGENCE			
INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	CIBLE 2020
1.09.25-PS NOMBRE TOTAL DE GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF)	1	1	1
1.09.27-PS POURCENTAGE DE LA POPULATION INSCRITE AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE	87%	86,34 %	85%
7.01.00-PS POURCENTAGE DES PREMIERS SERVICES DE NATURE PSYCHOSOCIALE QUI SONT DISPENSÉS DANS UN DÉLAI DE 30 JOURS (MISSION CLSC)	67%	50,1 %	75%
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ÉCARTS, ÉVOLUTION DU RÉSULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)			
<p><b>1.09.25</b> Nous avons un seul groupe de médecine familiale pour la région, sans autre développement prévu. Ainsi, nous respectons notre engagement annuel.</p> <p><b>1.09.27.</b> L'objectif de population inscrite auprès d'un médecin de famille est presque atteint, avec une baisse de 0,8 % par rapport à l'année dernière. Le résultat peut être considéré comme satisfaisant étant donné le non-recrutement de nouveaux médecins. En effet, nous avons vécu le départ de 5 médecins (15 % des effectifs) non remplacés. Ces départs ont entraîné une augmentation importante du nombre de patients orphelins dans la région. De plus, la faible proportion de médecins de la région (environ 30 %) s'attribuant des patients via le GAMF pourrait également avoir influencé négativement la réattribution des nouveaux orphelins.</p> <p>Des mesures supplémentaires seront déployées par l'établissement pour favoriser le recrutement de médecins de famille. Ces mesures incluront une intensification des efforts pour recruter des candidats étrangers, l'augmentation de la présence de représentants de l'établissement dans les événements de recrutement médical ainsi qu'une augmentation de la publicité des postes disponibles. Des approches systématiques se feront auprès des médecins de la région pour favoriser leur adhésion à la lettre d'entente 321 facilitant l'inscription de la clientèle. Du soutien supplémentaire sera offert aux médecins de la région afin de favoriser l'attribution de patient via le guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF).</p> <p><b>7.01.00</b> Cet indicateur n'est pas atteint. En région éloignée, les intervenants travaillent dans plusieurs programmes services, de sorte que le non-remplacement des postes vacants (malgré les tentatives répétées d'affichage) figure parmi les raisons qui augmentent le temps d'attente d'accès à des premiers services. Notre projet d'organisation du travail en services psychosociaux (gestion des listes d'attente et accueil unifié) a fait l'objet d'une présentation très appréciée au MSSS.</p>			

Légende :

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

AXE D'INTERVENTION : SERVICES SPÉCIALISÉS				
INDICATEUR (CHIRURGIE)	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	CIBLE 2020	
1.09.32.00-PS NOMBRE DE DEMANDES DE CHIRURGIES EN ATTENTE DEPUIS PLUS DE 1 AN – ENSEMBLE DES CHIRURGIES	0	0	0	
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ÉCARTS, ÉVOLUTION DU RÉSULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)				
AUCUN				
AXE D'INTERVENTION : SERVICES SPÉCIALISÉS				
INDICATEUR (IMAGERIE MÉDICALE)	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	CIBLE 2020	
1.09.34.02-PS POURCENTAGE DES DEMANDES EN IMAGERIE MÉDICALE QUI SONT EN ATTENTE DEPUIS MOINS DE TROIS MOIS POUR LES SCOPIES	100 %	85,7 %	100 %	
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 %	
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 %	
1.09.34.05-PS POURCENTAGE DES DEMANDES EN IMAGERIE MÉDICALE QUI SONT EN ATTENTE DEPUIS MOINS DE TROIS MOIS POUR LES ÉCHOGRAPHIES CARDIAQUES	100 %	67,2 %	100 %	
1.09.34.07-PS POURCENTAGE DES DEMANDES EN IMAGERIE MÉDICALE QUI SONT EN ATTENTE DEPUIS MOINS DE TROIS MOIS POUR LES AUTRES ÉCHOGRAPHIES	100 %	80,2 %	100 %	
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 %	100 %	

Légende :

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

COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ÉCARTS, ÉVOLUTION DU RÉSULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)				
<p>L'engagement convenu dans l'EGI 2017-2018 n'est pas atteint pour les délais d'attente en scopies, en échographies cardiaques et autres échographies. Le facteur qui explique ou contraint l'atteinte de l'engagement est l'absence d'une radiologiste itinérante à partir du premier trimestre de l'année financière, et ce, jusqu'à la fin de l'année financière concernée.</p> <p>Nous sommes satisfaits de l'évolution des résultats par rapport à l'année précédente considérant que le nombre de médecins itinérants disponibles pour l'offre de services en imagerie médicale 2017-2018 est inférieur à 2016-2017. La venue de la gynécologue sur place permet de faire les échographies obstétricales, laissant ainsi les radiologistes se concentrer et diminuer les délais dans les autres types d'examen.</p>				
<b>AXE D'INTERVENTION : SERVICES SPÉCIALISÉS</b>				
<b>INDICATEUR</b>	<b>ENGAGEMENT 2017-2018</b>	<b>RÉSULTAT 2017-2018</b>	<b>CIBLE 2020</b>	
<b>1.09.33.01-PS POURCENTAGE DE PATIENTS TRAITÉS PAR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE DANS UN DÉLAI INFÉRIEUR OU ÉGAL À 28 JOURS DE CALENDRIER</b>	100 %	70 %	100 %	
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ÉCARTS, ÉVOLUTION DU RÉSULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)				
<p><b>1.09.33</b> L'engagement convenu de 100 % dans l'EGI 2017-2018 n'est pas atteint en raison de deux facteurs importants. D'une part, les délais sont occasionnés par la non-disponibilité de la clientèle ainsi que leur désir de se faire opérer par le chirurgien (venant d'autres régions) qu'ils ont vu en consultation. Il faut comprendre que les patients traités par chirurgie oncologique sont très peu nombreux dans la région, on en compte 10.</p>				

Légende :

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

AXE D'INTERVENTION : SÉCURITÉ ET PERTINENCE			
INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	CIBLE 2020
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 (DADC)	100 %	100 %	100 %
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 RÉISTANT À LA MÉTHICILLINE	100 %	100 %	100 %
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	100 %	100 %	100 %
1.01.26-PS TAUX DE CONFORMITÉ AUX PRATIQUES EXEMPLAIRES D'HYGIÈNE DES MAINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS	75 %	69,5 %	80%
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ÉCARTS, ÉVOLUTION DU RÉSULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)			
<p><b>1.01.26</b> Un plan d'action afin d'augmenter l'hygiène des mains a été présenté et adopté à la Table régionale en prévention des infections. Des actions sont débutées en collaboration avec la Direction des soins infirmiers et le CECMDP pour améliorer le taux de conformité à l'hygiène des mains. Une surveillance plus fréquente est faite au centre de santé de Chibougama qui est le centre avec le taux de conformité le plus bas pour le moment 1. Des rencontres sont faites avec différentes catégories d'employés.</p> <p>Lors de surcharge de travail et de manque de personnel, les gens ont tendance à omettre l'action de l'hygiène des mains. De plus, le très grand roulement au niveau du personnel rend difficile de faire les suivis pour savoir si ces personnes ont fait la formation sur l'hygiène des mains.</p> <p>Une grande difficulté en lien avec la prévention des infections s'est produite au moment des audits sur un département précis du CS ce qui a fait diminuer le taux de conformité global puisqu'une grande problématique s'est présentée en lien avec le moment 1. En excluant les données du moment 1 de ce département, un taux global de conformité de plus de 72% aurait été atteint. Une rencontre avec le gestionnaire, l'ASI et les chefs d'équipe de ce département a été faite et avec une surveillance plus accrue, la situation semble vouloir s'améliorer. Bien que l'objectif de l'engagement de 75 % n'ait pas été atteint, la cible gouvernementale pour l'année 2017-2018 étant de 70 % a été pratiquement atteinte. Un gros travail devra être fait au cours de l'année afin d'augmenter le taux de conformité à 75 % pour l'année 2018-2019.</p>			

Légende :

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

AXE D'INTERVENTION : PERSONNES ÂGÉES			
INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	CIBLE 2020
1.03.11-PS NOMBRE DE PERSONNES DESSERVIES EN SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE (ADULTES DES PROGRAMMES-SERVICES SAPA, DP ET DI-TSA)	227	215	232
1.03.12-PS POURCENTAGE DES PERSONNES RECEVANT DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE AYANT UNE ÉVALUATION À JOUR ET UN PLAN D'INTERVENTION (ADULTES DES PROGRAMMES-SERVICES SAPA, DP ET DI-TSA)	90,9 %	91,2 %	90%
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ÉCARTS, ÉVOLUTION DU RÉSULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)			
1.03.11-PS : Bien que nous n'atteignons pas la cible de 227 usagers, en comparaison à nos résultats précédents nous avons fait un gain de 18 usagers au cours de la dernière année. Il faut également considérer la mouvance de la clientèle, à savoir les décès, les déménagements à l'extérieur de la région, les demandes d'hébergement, etc. Des mesures sont mises en place pour intensifier le repérage de la clientèle âgée, tant à l'urgence qu'auprès de nos partenaires. Nouvellement cette année, le repérage de la clientèle âgée s'est fait lors de la vaccination antigrippale.			
AXE D'INTERVENTION : PERSONNES ÂGÉES			
INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	CIBLE 2020
1.03.07.01-PS POURCENTAGE DE MILIEUX HOSPITALIERS AYANT IMPLANTÉ LES COMPOSANTES 1, 2 ET 6 DE L'APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE	100 %	100 %	100 %
1.03.07.02-PS POURCENTAGE DE MILIEUX HOSPITALIERS AYANT IMPLANTÉ LES COMPOSANTES 3, 4 ET 5 DE L'APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE	100 %	100 %	100 %
1.03.10-PS POURCENTAGE DE RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES (RSIPA) IMPLANTÉS DE FAÇON OPTIMALE	100 %	100 %	100 %
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ÉCARTS, ÉVOLUTION DU RÉSULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)			
Aucun			

Légende :

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

AXE D'INTERVENTION : PERSONNES VULNÉRABLES			
INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	CIBLE 2020
1.09.05-PS NOMBRE D'USAGERS EN SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE À DOMICILE	38	33	38
1.09.45-PS NOMBRE DE LITS RÉSERVÉS AUX SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE	1	1	1
1.09.46-PS POURCENTAGE DE DÉCÈS À DOMICILE CHEZ LES USAGERS DÉCÉDÉS AYANT REÇU DES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE À DOMICILE	0 %	5,6 %	0 %
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ÉCARTS; ÉVOLUTION DU RÉSULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)			
<p><b>1.09.05 – EN 2017-2018</b> : L'objectif de 38 usagers en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) à domicile n'est pas atteint, mais est en hausse par rapport à 2016-2017.</p> <p>Les contraintes suivantes sont les principaux freins à la prestation des SPFV à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence d'un service de garde (24 h/7) permanent pour les SPFV à domicile et absence de visites médicales à domicile dans certains milieux.</li> <li>- Offre de services en soins palliatifs à domicile méconnue dans la population.</li> </ul> <p>Notons cependant que la demande pour des soins palliatifs à domicile est faible au sein de la population de la région. Les usagers peuvent avoir un entourage familial insuffisant ou inconfortable avec les soins à administrer, ou simplement ils souhaitent être soignés en milieu hospitalier. Les soins palliatifs à domicile sont offerts chaque fois qu'un usager éligible en fait la demande, et ce en dépit des contraintes identifiées.</p> <p>Dans le cadre du plan de développement des SPFV 2015-2020, des travaux sont en cours afin de réviser l'offre de services régionale en SPFV et de faciliter la prestation de SPFV à domicile. Une fois finalisée, l'offre de service sera diffusée à la population. Une définition précise des soins palliatifs a également été produite à l'intention des intervenants et du personnel administratif afin de s'assurer de la qualité de la mesure et d'éliminer autant que possible l'imprécision entourant la désignation « clientèle en soins palliatifs ».</p> <p><b>1.09.45</b> : Le nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie est conforme en lien avec le ratio de la population desservie (1lit/10 000 personnes).</p> <p><b>1.09.46 – POUR 2017-2018</b> : Aucun objectif n'avait été fixé pour le pourcentage de décès à domicile. Nous affichons une hausse par rapport à l'année précédente avec 5,6 % de décès à domicile, et ce malgré les contraintes dépeintes ci-dessus qui s'appliquent au décès comme aux soins palliatifs à domicile. Cette mesure reflète l'engagement de nos centres et de nos équipes à offrir les soins requis dans le respect des volontés des usagers en soins palliatifs.</p>			

Légende :

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

AXE D'INTERVENTION : PERSONNES VULNÉRABLES			
INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	CIBLE 2020
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	100 %	100 %	100 %
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ÉCARTS, ÉVOLUTION DU RÉSULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)			
Aucun			
AXE D'INTERVENTION : PERSONNES VULNÉRABLES			
INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	CIBLE 2020
1.08.13-PS : NOMBRE DE PLACES EN SOUTIEN D'INTENSITÉ VARIABLE RECONNUES PAR LE MINISTÈRE	18	18	18
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ÉCARTS, ÉVOLUTION DU RÉSULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)			
1.08.13 L'engagement convenu dans l'EGI 2017-2018 est atteint. Notre plan de déploiement des services SIV-SIM 2015-2020 encadre bien le service et permet une harmonisation des services et des cibles à atteindre. De plus, la préparation à l'homologation de nos services SIV, notre collaboration avec notre conseillère au CNESM et la mise en place de supervision de groupe sur une base mensuelle nous permettent d'identifier de façon plus juste les clients nécessitant des services SIV, de mieux viser les cibles désignées par le MSSS, en plus de comptabiliser plus justement les données.			

Légende :

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

AXE D'INTERVENTION : PERSONNES VULNÉRABLES				
INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT** 2017-2018	CIBLE 2020	
1.07.06-PS : TAUX D'IMPLANTATION DE L'OFFRE DE SERVICE DE DÉTECTION ET D'INTERVENTION PRÉCOCE EN DÉPENDANCE	86 %	85,7 %	90 %	
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ÉCARTS, ÉVOLUTION DU RÉSULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)				
Aucun				

Légende :

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

AXE D'INTERVENTION : MOBILISATION DU PERSONNEL			
INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	CIBLE 2020
<b>3.01-PS : RATIO D'HEURES D'ASSURANCE SALAIRE</b>	7,64	7,4	7,13
<b>3.05.02-PS : TAUX D'HEURES SUPPLÉMENTAIRES</b>	5,23	5,64	5,13
<b>3.06.00-PS : TAUX DE RECOURS À LA MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE</b>	2,07	2,38	2,8
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ÉCARTS, ÉVOLUTION DU RÉSULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)			
<p><b>3.01</b> La stratégie de présence au travail donne ses fruits avec un ratio d'heures en assurance-salaire qui a diminué. Le Bureau de santé travaille de concert avec les gestionnaires et les médecins de la région pour réduire ce ratio.</p> <p><b>3.05 ET 3.06</b> Par contre, notre enjeu principal se situe au plan des ressources en soins infirmiers et en pharmacie qui requiert de la main-d'œuvre indépendante. La capacité d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre ainsi que la jeunesse de notre personnel (avec les congés de maternité) sont parmi les raisons de postes à remplacer, ce qui a pour effet d'augmenter les deux indicateurs problématiques. Des solutions (ex. : horaire comprimé de 12 heures) et le recours aux médias sociaux permettent des solutions à court terme. Cependant, avec l'aide de bourses, nous souhaitons développer avec le partenaire d'études collégiales une nouvelle cohorte en techniques de soins infirmiers pour favoriser l'embauche en région à moyen et long terme. Des approches sont également faites avec la France pour développer un programme de stage en région. Enfin, nous travaillons à identifier d'autres leviers d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre en région éloignée.</p>			

Légende :

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

SECTEUR D'ACTIVITÉS : SANTÉ PUBLIQUE				
INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	CIBLE 2020	
1.01.13.01-EG2 : POURCENTAGE D'ÉCOLES PUBLIQUES AVEC LESQUELLES LE CISSS/CIUSSS COLLABORE À DES ACTIONS EN PROMOTION ET EN PRÉVENTION DE LA SANTÉ EN CONTEXTE SCOLAIRE	75 %	91,7 %	N/A	
1.01.27-EG2 : PROPORTION DES ENFANTS RECEVANT LEUR 1RE DOSE DE VACCIN CONTRE DCAT-HB-VPI-HIB DANS LES DÉLAIS (ANCIENNEMENT 1.01.14)	97 %	95,4 %	N/A	
1.01.28-EG2 : PROPORTION DES ENFANTS RECEVANT LEUR 1RE DOSE DE VACCIN CONTRE LE MÉNINGOCOQUE DE SÉROGROUPE C DANS LES DÉLAIS (ANCIENNEMENT 1.01.15)	90 %	90,2 %	N/A	
1.01.30-EG2 : PROPORTION DES ENFANTS RECEVANT LEUR 1RE DOSE DE VACCIN COMBINÉ RROVAR CONTRE LA ROUGEOLE, LA RUBÉOLE, LES OREILLONS ET LA VARICELLE DANS LES DÉLAIS	80 %	84,6 %	N/A	
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ÉCARTS, ÉVOLUTION DU RÉSULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)				
1.01.27-EG2, 1.01.28-EG2, 1.0130-EG2 : Les trois indicateurs de vaccination chez les enfants sont atteints pour deux de ceux-ci, un seul ne rencontre pas l'engagement de 97 %, lequel est très élevé. Il faut dire que les petits nombres peuvent jouer en notre défaveur sur les pourcentages. C'est tout de même plus de 95 % des enfants qui sont vaccinés dans les délais requis.				

Légende :

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

SECTEUR D'ACTIVITÉS : SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE			
INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	CIBLE 2020
1.02.04-EG2 POURCENTAGE DES APPELS AU SERVICE DE CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE EN MATIÈRE DE SERVICES PSYCHOSOCIAUX AUXQUELS ON A RÉPONDU DANS UN DÉLAI DE QUATRE (4) MINUTES OU MOINS	90 %	CIUSSS02 = 90,5 %	N/A
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ÉCARTS, ÉVOLUTION DU RÉSULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)			
1.02.04-EG2 : Le CRSSS de la Baie-James est en entente de services avec la centrale Info-Santé et Info-Social du CIUSSS Saguenay Lac-St-Jean depuis 2005. Les délais de réponse sont de la responsabilité de cette centrale du CIUSSS qui affiche 90,5 %, ce qui est conforme à l'engagement. Le CRSSS de la Baie-James est responsable d'une vigie des résultats.			
SECTEUR D'ACTIVITÉS : SERVICES GÉNÉRAUX – SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA)			
INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	CIBLE 2020
1.03.13-EG2 POURCENTAGE DE PERSONNES NOUVELLEMENT ADMISES EN CHSLD AYANT UN PROFIL ISO-SMAF DE 10 À 14	65 %	60 %	N/A
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ÉCARTS, ÉVOLUTION DU RÉSULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)			
1.03.13-EG2 : Bien que l'engagement ne soit pas atteint, nous constatons une nette amélioration comparativement à l'année 2016-2017 où le résultat était de 46,2 %. Bien que notre région compte 5 places en RI pour la clientèle avec problématiques de santé mentale ainsi que 20 places en RI pour la clientèle âgée en perte d'autonomie, aucune d'elles ne possède les infrastructures permettant d'accueillir des clientèles ayant des atteintes physiques ou de déficits cognitifs de modérés à sévères, ce qui nous oblige à admettre des usagers ayant des profils 9 et parfois les profils 7 ou 8 en CHSLD. De plus, à Matagami, nous n'avons aucune RI considérant que le besoin actuel ne justifie pas le développement de places.			

Légende :

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

SECTEUR D'ACTIVITÉS : SOUTIEN À DOMICILE (SAD)				
INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	CIBLE 2020	
1.03.05.01-EG2 NOMBRE TOTAL D'HEURES DE SERVICE DE SOUTIEN À DOMICILE LONGUE DURÉE RENDUES À DOMICILE PAR LES DIFFÉRENTS MODES DE DISPENSATION DE SERVICES	24 395	30 979	N/A	
1.03.14-EG2 NOMBRE TOTAL D'HEURES DE SERVICE DE SOUTIEN À DOMICILE LONGUE DURÉE RENDU À DOMICILE PAR LES DIFFÉRENTS MODES DE DISPENSATION DE SERVICES AYANT UN PROFIL ISO-SMAF DE 4 À 14	19 726	22 398	N/A	
1.03.15-EG2 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	115	94	N/A	
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ÉCARTS, ÉVOLUTION DU RÉSULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)				
1.03.15-EG2 Le nombre de personnes desservies est calculé pour une journée, il ne représente pas le cumul dans une année. Considérant qu'au bilan de fin d'année, 18 personnes n'avaient pas eu leur évaluation à jour, possiblement que certaines desservies au SAD ayant un profil 4 à 14 s'ajouteraient à notre objectif. Il importe donc de redoubler d'efforts pour systématiser les évaluations plus tôt afin de donner un portrait fidèle de la clientèle desservie.				
SECTEUR D'ACTIVITÉS : DÉFICIENCES				
INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	CIBLE 2020	
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	100 %	100 %	N/A	
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	90 %	N/A AUCUNE CLIENTÈLE	N/A	
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ÉCARTS, ÉVOLUTION DU RÉSULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)				
Aucun				

Légende :

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

SECTEUR D'ACTIVITÉS : DÉPENDANCES				
INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	CIBLE 2020	
1.07.04-EG2 POURCENTAGE DES PERSONNES QUI SONT ÉVALUÉES EN DÉPENDANCE EN CENTRE DE RÉADAPTATION DANS UN DÉLAI DE 15 JOURS OUVRABLES OU MOINS, PARMI LES PERSONNES AYANT ÉTÉ ÉVALUÉES	80 %	83,9 %	N/A	
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ÉCARTS, ÉVOLUTION DU RÉSULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)				
Aucun				
SECTEUR D'ACTIVITÉS : SANTÉ PHYSIQUE - CANCÉROLOGIE				
INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	CIBLE 2020	
1.09.33.02-EG2 POURCENTAGE DE PATIENTS TRAITÉS PAR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE DANS UN DÉLAI INFÉRIEUR OU ÉGAL À 56 JOURS DE CALENDRIER	100 %	90 %	N/A	
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ÉCARTS, ÉVOLUTION DU RÉSULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)				
1.09.33.02 L'engagement de 100 % convenu dans l'EGI 2017-2018 n'est pas atteint. Les mesures qui seront entreprises pour corriger la situation sont hors de notre portée puisque les délais sont occasionnés par la non-disponibilité de la clientèle ainsi que leur désir de se faire opérer par le chirurgien qu'ils ont vu en consultation, lequel provient de l'extérieur de la région et fait des visites occasionnelles.				
SECTEUR D'ACTIVITÉS : RESSOURCES MATÉRIELLES				
INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	CIBLE 2020	
2.02.02-EG2 NIVEAU DE RÉALISATION MOYEN DES ÉTAPES REQUISES POUR L'ÉLIMINATION DES ZONES GRISSES EN HYGIÈNE ET SALUBRITÉ	100 %	100 %	N/A	
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ÉCARTS, ÉVOLUTION DU RÉSULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)				
Aucun				

Légende :

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

SECTEUR D'ACTIVITÉS : RESSOURCES TECHNOLOGIQUES			
INDICATEUR (IMAGERIE MÉDICALE)	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	CIBLE 2020
6.01.01-EG2 PROPORTION DES RESSOURCES À JOUR DANS LE RÉPERTOIRE DES RESSOURCES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (RRSS)	100 %	100 %	N/A
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ÉCARTS, ÉVOLUTION DU RÉSULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)			
Aucun			

Légende :

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



**ARRÊT!**  
*nettoyez-vous les mains*



**60**  
**secondes**  
pour éviter  
bien des  
**soucis !**



**Administrer  
le mauvais  
médicament...**

Ça pourrait vous  
causer plus  
qu'un mal de tête

Pensez-y avant



# LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ ET L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE



## L'AGRÉMENT

Le CRSSS de la Baie-James a obtenu le type d'agrément «agrée» en novembre 2014. Son statut d'établissement agréé s'est maintenu avec le dépôt de preuves supplémentaires au cours des années qui ont suivi. En effet, à la suite du rapport de visite, les critères et les pratiques organisationnelles requises, nécessitaient un dépôt additionnel de preuves auprès d'Agrément Canada. Tous ont été déposés et jugés conformes.

Partout au Québec, un nouveau processus d'accréditation sera en cours pour agréer les établissements en santé et services sociaux dans la culture de sécurité.

L'appel d'offres réalisé par le MSSS prévoit quatre visites dans un cycle de cinq ans avec l'intention de pouvoir comparer les résultats entre les établissements, et ce, par trajectoires de services. Les rapports des établissements seront disponibles par programme et par installation, alors que les rapports provinciaux le seront par programme.

Au final, le MSSS a retenu les services d'Agrément Canada pour la prochaine démarche, laquelle était prévue pour un nouveau cycle de visite en octobre 2018. Le programme est en cours d'adaptation pour répondre aux besoins du Québec, faisant en sorte que les sondages et les auto-évaluations n'ont pas été réalisés comme prévu au cours de l'année 2017-2018. Le nouveau programme prévoit les aménagements suivants :

- Normes intégrées dans des manuels d'évaluation par programme-service et programme-soutien;
- Sondages : gouvernance, mobilisation du personnel et des médecins, culture de sécurité, partenariat et expérience des usagers;
- Auto-évaluations en 3 ou 4 temps sur 5 ans;
- Plan d'amélioration par programme-service, gouvernance, leadership, prévention des infections, gestion des médicaments et retraitement des dispositifs médicaux réutilisables.

Le prochain cycle de visite débutera à l'automne 2018. Nous ferons le nécessaire pour suivre cette nouvelle démarche.

## LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

### *LES INCIDENTS-ACCIDENTS*

Considérant que le ministre a la responsabilité de constituer et de maintenir à jour le Registre national sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de services de santé et de services sociaux, et ce, à partir du contenu des registres locaux visés à l'article 183.2 de la LSSSS, indique toute l'importance des informations de base. L'établissement a donc l'obligation légale d'alimenter et de maintenir à jour le registre local des incidents et accidents, d'en garantir une déclaration complète et continue et d'en assurer un suivi étroit auprès des installations.

La déclaration et le suivi des incidents et accidents sont des approches rétrospectives concernant la sécurité et la qualité des soins et services offerts à notre clientèle. Ce processus nous permet d'apprendre de nos erreurs et de travailler dans une approche d'amélioration continue de la qualité. Les activités en lien avec l'agrément permettent également de cibler nos points forts et nos possibilités d'amélioration. En ce sens, l'établissement favorise la mise en œuvre du plan d'action ministériel publié en octobre 2014, en réponse aux recommandations du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins (GVSS), et intensifie le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication.

Le CRSSS de la Baie-James fait le suivi en continu de la déclaration et de la divulgation des incidents et accidents. Des outils ont été développés pour appuyer les gestionnaires dans l'analyse de ceux-ci. Une formation personnalisée est offerte à tous les nouveaux gestionnaires. D'autres personnes responsables des suivis ont également reçu cette formation, par exemple les assistants au supérieur immédiat.

Des suivis, incluant la présentation des statistiques en incidents et accidents, sont effectués de façon continue auprès des différentes instances de l'établissement dont le comité de prévention des chutes, la table régionale de prévention des infections, le comité interdisciplinaire sur les activités pharmaceutiques, le comité de gestion des risques et de la qualité, le comité de vigilance et de qualité, le comité de direction et le conseil d'administration.

La conseillère de la qualité et de la gestion des risques est toujours disponible pour offrir un accompagnement personnalisé aux équipes. Le comité de gestion des risques et de la qualité assure également les suivis des mesures de prévention de la récurrence mises en place.

### La répartition des événements déclarés selon le type d'événement

Le tableau 2, ci-dessous, présente les incidents et accidents déclarés au cours de l'année 2017-2018 au CRSSS de la Baie-James, et ce, selon le type d'événement survenu. Parmi les trois événements les plus fréquents, on compte 459 erreurs liées à la médication, 192 chutes, et 123 erreurs liées au dossier, soit respectivement 37 %, 16 % et 10 % de la totalité des événements survenus. Donc, à eux seuls, ces trois types d'événements sont à l'origine d'environ 63 % des déclarations d'incidents ou d'accidents.

**TABLEAU 2 :**  
**Répartition des événements déclarés selon le type d'événement année 2017-2018**

Type événement	Total	%
Médication	459	37,3 %
Chute	192	15,6 %
Erreur liée au dossier	123	10,0 %
Traitement	113	9,2 %
Diète	68	5,5 %
Test diagnostique laboratoire	61	5,0 %
Lié à l'équipement	48	3,9 %
Autre	30	2,4 %
Lié au matériel	24	1,9 %
Bris de confidentialité	20	1,6 %
Événement relié au transport	17	1,4 %
Abus/Agression/Harcèlement/Intimidation	11	0,9 %
Test diagnostique imagerie	10	0,8 %
Lié au consentement	9	0,7 %
Lié au bâtiment	8	0,6 %
Fugue/disparition (encadrement intensif)	6	0,5 %
Lié aux effets personnels	5	0,4 %
Automutilation	4	0,3 %
Blessure d'origine connue	4	0,3 %
Événement en lien avec une activité	4	0,3 %
Blessure d'origine inconnue	3	0,2 %
Lié à l'identification	3	0,2 %
Obstruction respiratoire	2	0,2 %

Type événement	Total	%
Décompte chirurgical inexact - omis	2	0,2 %
Plaie de pression	1	0,1 %
Tentative de suicide/suicide	1	0,1 %
Intoxication suite à consommation drogue/alcool ou substance dangereuse	1	0,1 %
Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions)	1	0,1 %
Accès non autorisé (lieux, équipements, etc.)	1	0,1 %
<b>Total</b>	<b>1231</b>	<b>100,0 %</b>

### Les événements déclarés selon l'indice de gravité

#### Incidents

En ce qui trait aux incidents, en 2017-2018 on en a dénombré 229, dont 114 événements de gravité A et 115 événements de gravité B; ce qui représente 18,6 % de l'ensemble des événements déclarés (données non-présentées). À l'égard de la nature des trois principaux types d'incidents, les erreurs liées à la médication (3,7 %) occupent le premier rang, suivis par les événements en lien avec la diète (3,5 %) et les erreurs liées au dossier (3,2 %).

**TABLEAU 3 :**  
**Répartition des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B)**

Type événement	Indice de gravité				Total	
	A		B		Nombre	%
	Nombre	%	Nombre	%		
<b>Médication</b>	21	1,7 %	25	2,0 %	46	3,7 %
<b>Diète</b>	8	0,6 %	35	2,8 %	43	3,5 %
<b>Erreur liée au dossier</b>	13	1,1 %	26	2,1 %	39	3,2 %

Note : le pourcentage est exprimé par rapport au total des événements déclarés, soit 1231 cas.

#### Accidents

En matière d'accidents, 1002 événements ont été déclarés au cours de l'année 2017-2018, Parmi les accidents déclarés, on constate que 682 événements étaient de gravité C (51,6 %), 274 de gravité D (20,7 %), 19 de gravité E1 (91,4 %), 22 de gravité E2 (1,7 %) et 5 de gravité F (0,4 %). Les accidents représentent 81,4 % de l'ensemble des événements déclarés (données non-présentées). Fait important à souligner, en 2017-2018 au CRSSS de la Baie-James, aucun accident pouvant être à l'origine de conséquences graves et permanentes n'a été déclaré, soit ceux dont l'indice de gravité est G et plus. En ce qui trait à la nature des trois principaux types d'accidents, les erreurs liées à la médication (31,37 %) occupent le premier rang, suivis par les chutes (14,5 %) et les erreurs liées au traitement (7,4 %).

**TABEAU 4 :**  
**Répartition des trois principaux types d'accidents (indices de gravité C et plus)**

Type événement	Indice de gravité										Total	
	C		D		E1		E2		F			
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
<b>Médication</b>	317	24,0 %	88	6,7 %		0,0 %	6	0,5 %	2	0,2 %	413	31,3 %
<b>Chute</b>	34	2,6 %	134	10,1 %	12	0,9 %	9	0,7 %	3	0,2 %	192	14,5 %
<b>Traitement</b>	77	5,8 %	19	1,4 %	1	0,1 %	1	0,1 %		0,0 %	98	7,4 %

Note : le pourcentage est exprimé par rapport au total des événements déclarés, soit 1231 cas.

Le processus de divulgation est conçu comme l'action de porter à la connaissance de l'usager ou de ses proches toute l'information pertinente et relative à la suite d'un accident subi par cet usager, y compris les conséquences qui pourraient en découler. On a constaté que parmi les 1 231 événements déclarés au CRSSS de la Baie-James en 2017-2018, il y en a eu 46 d'entre eux entraînant une divulgation obligatoire, pour lesquels cette démarche a été effectuée à 100 %. Concernant la documentation de la divulgation, le dossier de l'usager a été utilisé dans 94 % des cas et le rapport de divulgation dans 4 % des cas. Pour ce qui est des personnes à qui les informations ont été divulguées, on constate que la divulgation a été faite dans 57 % des cas à l'usager lui-même, 36 % des cas à un parent ou à un proche de l'usager et dans 2 % des cas au représentant légal de l'usager. Dans certains cas, la divulgation a été faite auprès de plus d'une personne.

Voici un aperçu des plans d'action qui ont été adoptés afin de prévenir les incidents et accidents et qui sont portés par divers comités présentés.

**La prévention des chutes.** Un comité interdisciplinaire s'est réuni à 3 reprises au cours de l'année 2017-2018. Le comité a révisé plusieurs documents de soins afin d'ajouter la mesure de la tension orthostatique (TO) chez les usagers ciblés. Le programme PIED a été aussi engendré des actions en prévention. Un formulaire d'auto-évaluation pour les clientèles ciblées a été implanté et l'on note une augmentation significative des participants en cours d'année. Au total, on dénombre 14 participants au programme PIED. Afin d'assurer la pérennité du programme de prévention des chutes en soins de courte durée, le personnel en soins infirmiers a reçu de la formation et a adopté l'utilisation de l'outil « Pomme ». Un formulaire d'audit de dossiers a été mis en œuvre. Par le biais de ce formulaire, on cherche à valider que les usagers ont bien reçu les informations du programme de prévention des chutes et sont en mesure de l'utiliser.

**Les activités pharmaceutiques.** Une campagne sur la prévention des erreurs de médicaments a débuté en janvier 2017 et se déroule sur une période de 18 mois. La campagne inclut une vidéo et des questionnaires dans l'intranet de l'établissement ainsi que des affiches aux endroits stratégiques. Une évaluation de cette campagne sera réalisée en 2018-2019.

**Surveillance, prévention et contrôle des infections.** Considérant les taux d'infections nosocomiales dans les installations hospitalières, un indicateur ministériel mesure la proportion des installations dont l'incidence est inférieure au seuil établi par des comités d'experts, et ce, pour chacun des 3 types d'infections surveillés au CRSSS de la Baie-James :

- Diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD);
- Bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM);
- Bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse.

La surveillance est l'outil essentiel pour suivre la situation épidémiologique. Elle permet de dégager des tendances temporelles de niveaux local, régional et provincial. Les rapports provenant des données extraites des programmes obligatoires de surveillance sont produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). À la lecture des

résultats, constat est fait que le CRSSS de la Baie-James rencontre à 100 % les cibles (inférieur au seuil pour chacun des types d'infections en 2017-2018).

Ainsi, pour l'année concernée, des audits d'hygiène des mains ont eu lieu dans quatre centres de santé du CRSSS de la Baie-James. Les horaires ainsi que le temps alloué pour l'observation des indications de la pratique d'hygiène des mains ont été organisés de manière stratégique en fonction des unités de soins visitées, du nombre d'employés qui y travaillent ainsi que de l'achalandage. L'indication fait référence à un moment clé où il est nécessaire de pratiquer l'hygiène des mains. Une grande difficulté en lien avec la prévention des infections s'est produite au moment des audits sur un département précis de l'un des centres visités, ce qui a fait diminuer le taux de conformité global puisqu'une grande problématique s'est présentée en lien avec le moment 1 (avant de toucher au patient ou à son environnement). En excluant les données du moment 1 de ce département, un taux global de conformité de plus de 72 % aurait été atteint. Une rencontre avec le gestionnaire, l'assistant au supérieur immédiat (ASI) et les chefs d'équipe de ce département a été faite et avec une surveillance plus accrue, la situation semble vouloir s'améliorer. Bien que l'objectif de l'engagement de 75 % n'ait pas été atteint, la cible gouvernementale pour l'année 2017-2018 étant de 70 % a été atteinte. Un plan d'action annuel a été présenté et adopté à la Table régionale en prévention des infections afin d'augmenter l'hygiène des mains. Des actions sont débutées en collaboration avec la Direction des soins infirmiers et le CECMDP afin d'améliorer le taux de conformité en la matière. Une surveillance plus fréquente est faite dans l'un des centres de santé, lequel étant le centre avec le taux de conformité le plus bas pour le moment 1. Des rencontres sont faites avec différentes catégories d'employé.

Enfin, la Table régionale de prévention des infections a tenu 4 rencontres au cours de l'année 2017-2018 suivant ainsi les balises ministérielles.

**L'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers.** Le cadre de référence, ainsi que les formations en place au CRSSS de la Baie-James ont pour but de favoriser les mesures préventives et alternatives aux mesures de contrôle, et ce, afin d'assurer le bien-être et la sécurité des usagers.

Les registres mensuels permettent de faire la distinction entre deux types de mesure, soit une mesure de contrôle (tout moyen mécanique, mesure pour confiner une personne ou substance chimique administrée dans le but de limiter la liberté de mouvement d'une personne ou de limiter sa capacité d'action) ou une mesure de positionnement, où l'intention thérapeutique est plutôt d'assurer un meilleur positionnement ou alignement du corps et ainsi éviter possiblement les blessures.

Les mesures ont été utilisées comme mesures de contrôle dans 67,3 % des cas et comme mesures de positionnement dans 32,7 % des cas, pour un total de 55 utilisations chez 35 usagers.

On note augmentation du nombre d'usagers chez qui des mesures de contrôle ou de positionnement ont été utilisées comparativement à l'an passé, et ce, malgré une cible visant la réduction de ces mesures. On note également une augmentation du nombre de mesures utilisées, ce qui démontre que plusieurs mesures de contrôle ou de positionnement sont fréquemment utilisées de façon simultanée chez un même usager.

Il est envisagé de poursuivre la formation quant à l'utilisation des mesures de contrôle afin que le cadre de référence puisse être mieux connu et appliqué.

**Plaies de pression.** En 2012, un programme régional de soins de plaies a été développé et mis en place dans l'ensemble des centres de santé du CRSSS de la Baie-James afin de travailler activement à la diminution de l'apparition des plaies de pression. L'objectif de ce programme est d'assurer, d'encadrer et d'uniformiser la pratique dans les soins de plaies. Des formations ont été données de façon ponctuelle et se poursuivent en continu. À l'intérieur de celles-ci on y mentionne les interventions pour prévenir la détérioration de la peau, minimiser la pression et la friction ainsi que les interventions préventives associées. Aux fins de suivi, un registre a été mis en place en 2015, lequel permet une meilleure identification des plaies, à savoir si elles sont nouvelles ou déjà connues et s'il y a une détérioration ou

amélioration de la peau. Cette façon de faire permet de mieux évaluer l'efficacité des traitements et des interventions préventives.

Le nombre de plaies de pression se vérifie en milieu de vie et en courte durée dans les trois installations qui offrent ces services.

Pour les milieux de vie, le nombre de plaies de pressions (nouvelles ou existantes) est de 11, soit le même nombre que l'an dernier. De ces 11 plaies, 7 proviennent du CRSSS de la Baie-James, deux du domicile et les deux autres d'un autre établissement. Toutes les plaies de pression en provenance du CRSSS (7) au milieu de vie ont été détectées à un stade I ou moins, soit des lésions des tissus profonds suspectés (LPTS). De l'ensemble des 11 plaies, on note qu'il y a eu une amélioration pour 5 plaies, les 6 autres sont demeurées inchangées. Toutes ont fait l'objet d'interventions préventives.

En courte durée, 11 plaies de pression ont été comptabilisées comparativement à 21 l'an dernier. De ces totaux, 7 sont des nouvelles plaies alors que 4 étaient des plaies existantes. Elles ont toutes été détectées à un stade III ou moins, démontrant une détérioration de la rapidité de prise en charge et de détection par rapport à l'année précédente. Enfin, 100 % des plaies en courte durée ont fait l'objet d'interventions préventives.

**Les recommandations formulées par diverses instances externes.** Les coroners formulent annuellement plusieurs recommandations. Les recommandations sont des mesures préventives qui visent à protéger la vie humaine en évitant des décès. Elles sont issues de l'analyse des causes et des circonstances des décès par le coroner lors de son investigation ou de son enquête publique. Le coroner en chef peut transmettre les recommandations des coroners aux organismes concernés. En ce qui a trait au CRSSS de la Baie-James, aucune recommandation visant l'organisation (ou toutes autres pouvant être reliées aux établissements du réseau de la santé et de services sociaux du Québec de notre région) n'a fait l'objet d'un tel suivi de la part du coroner en chef.

**Le rapport de visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie des ressources intermédiaires et des ressources de type familial** fut rendu public après la visite du MSSS en juillet 2016, et ce, dans une optique d'amélioration continue. Voici les conclusions regroupées dans les trois thèmes suivants :

1. Les pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles;
2. Les activités de la vie quotidienne;
3. Les lieux adaptés.

En date du 19 juillet 2017, il ressort qu'au regard des ressources intermédiaires en soutien à l'autonomie des personnes âgées, le CRSSS de la Baie-James devait poursuivre son plan d'amélioration entourant sept recommandations en lien avec le premier thème, soit les pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles. On ne retrouvait aucune recommandation pour les activités de la vie quotidienne et aucune sur l'adaptation des lieux.

Les pratiques touchent surtout des moyens pour informer et documenter les processus actuellement en place (ex : promotion des droits des usagers, application des mesures de contrôle et d'isolement, le suivi professionnel dans toutes les étapes du placement, liens de partenariat, etc.).

Enfin, l'évaluation de la ressource intermédiaire en santé mentale montre que les thèmes 2 et 3 sont atteints, seules les pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles font l'objet d'un plan d'amélioration du CRSSS de la Baie-James. Les mêmes outils ou procédures qu'en ressources intermédiaires pour aînés en perte d'autonomie sont attendus pour 2018.

**Le rapport de visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHLSD** touche trois milieux dans notre région. Les visites ont eu lieu en juillet 2015 et en date du 28 juillet 2017, les plans d'améliorations par milieux de vie étaient tous débutés et en cours. Le degré de réalisation était respectivement de 75 % au Centre de santé Isle-Dieu et de 83 %

pour les centres de santé de Lebel et de Chibougamau. Ainsi, il reste quelques pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles à compléter (1/5) pour tous les milieux de vie. Enfin, selon le milieu de vie, il reste à adapter quelques activités de la vie quotidienne pour répondre aux attentes ministérielles.

## **LE COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ**

### **Mandat et fonctions du comité**

Conformément à l'article 183.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le comité de gestion des risques et de la qualité a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

1. Identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
2. S'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;
3. Assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents pour fins d'analyse des causes des incidents et accidents et recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

### **Formation du comité et compétences requises**

Le nombre de personnes prévues au règlement est de 9 et se décline comme suit :

- L'adjoint à la PDG — Qualité, performance, évaluation, éthique, soutien et administration qui est la personne désignée par le président-directeur général;
- Le gestionnaire de risques;
- Un membre désigné par le comité des usagers de l'établissement;
- Un médecin désigné par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
- Un pharmacien de l'établissement;
- Un membre désigné par le conseil des infirmières et infirmiers;
- Un gestionnaire responsable d'une unité de retraitement des dispositifs médicaux;
- Un membre désigné par le conseil multidisciplinaire;
- Le conseiller en soins infirmiers — prévention des infections.

Au terme de l'année présentée, un siège, dédié à un membre du comité des usagers, demeure vacant. Les membres se sont rencontrés à trois reprises.

### **Faits saillants**

Conformément à son mandat, le comité se veut la porte d'entrée de toutes informations pertinentes en regard de gestion des risques et de qualité. C'est ainsi que différents suivis y sont effectués notamment au niveau des statistiques issues des rapports incidents-accidents, ceux inhérents au Plan de sécurité des usagers et les informations sur les processus de suivi de la qualité au sein de l'établissement (Plans d'amélioration sur la qualité des soins et des services en ressources intermédiaires et ressources de type familial [RI-RTF], recommandations du coroner et du Protecteur du

citoyen, démarche d'agrément, etc.) y sont abordés. Il est à noter qu'aucune recommandation particulière ne fut adressée à l'établissement en provenance soit du coroner ou du Protecteur du citoyen.

De même, les travaux des comités suivants : comité de prévention des chutes, comité interdisciplinaire sur les activités pharmaceutiques, Table régionale en prévention des infections y sont rapportés faisant en sorte que le comité est à même de constater la vitalité des différents intervenants en regard de la gestion des risques et de la qualité. Parmi les nouveautés entourant la sécurité des usagers, le comité fut sensibilisé sur :

- Promotion de la semaine sur la sécurité des patients;
- Gestion des risques en sécurité incendie — Résidences pour personnes âgées;
- Loi sur la divulgation des actes répréhensibles;
- Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics.

Enfin, le comité a adressé certaines recommandations à l'interne :

- Inclure les risques associés à la sécurité des nouveau-nés dans la procédure sur l'identification des usagers (septembre 2017);
- Recommandations à la Direction des ressources humaines quant certaines formations à rendre obligatoires dès l'accueil de nouveaux employés (décembre 2017).

## **LE COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ**

### **Mandat et fonctions du comité**

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment en ce qui concerne la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services dispensés et le respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. À cette fin, le comité de vigilance et de la qualité doit notamment :

1. Recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes. Le comité de vigilance et de la qualité est également responsable de coordonner l'ensemble des activités des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer les responsabilités prévues au présent paragraphe et d'assurer le suivi de leurs recommandations;
2. Établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations prévues au paragraphe suivant;
3. Faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
4. Assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application par ce dernier, des recommandations qu'il a faites en application du paragraphe précédent;
5. Favoriser la collaboration et la concertation des intervenants concernés par le premier paragraphe de la présente énumération;
6. Veiller à ce que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
7. Exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié en vertu du premier alinéa.

## Formation du comité et compétences requises

Conformément au règlement régissant ce comité, celui-ci doit être composé de 5 membres. De ceux-ci, deux sont obligatoirement dédiés à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et à la présidente-directrice générale. Aucun siège n'est vacant, les membres du comité ont siégé lors de 3 rencontres, avec un taux de participation de 100 %.

## Faits saillants

Comme requis par son mandat, les membres du comité ont procédé à l'analyse des différents documents devant lui être soumis : analyse et suivi des conclusions et recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité et du médecin examinateur, présentation des statistiques incidents et accidents, rapports du mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés, suivis quant au processus d'Agrément ainsi que des travaux du comité de gestion des risques et de la qualité. Les membres du comité ont recommandé au conseil d'administration l'adoption du rapport annuel de la commissaire aux plaintes et à la qualité, celui-ci étant en tout point conforme au tableau de bord présenté à chacune des rencontres. Enfin, aucune recommandation particulière n'a été faite par le comité de vigilance et de qualité quant à des attentes particulières.

## **LE COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE**

Une formation, sous forme de diapositives avec narration, sur les outils en éthique disponibles (outil Intégrité et le cadre conceptuel) au CRSSS de la Baie-James a été révisée et rendue accessible dans l'intranet de l'organisation. Une deuxième formation narrée s'est ajoutée avec le déploiement de l'outil décisionnel « Je-Tu-Ils<sup>9</sup> » visant à faciliter la prise de décision éthique au quotidien auprès des divers intervenants cliniques. Un plan de communication fut mis en œuvre pour faire connaître ce nouvel outil. Au cours de l'année 2017-2018, le comité a reçu et finalisé 2 demandes d'avis en éthique clinique. Finalement, il a aussi rédigé 4 capsules en éthique pour parution dans *L'Échangeur-10*, le journal de l'établissement. Le comité d'éthique clinique a tenu 5 rencontres au cours de l'année 2016-2017.

## **LES PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION MAINTENUE PAR UN ÉTABLISSEMENT**

Au cours de l'année 2017-2018, dix formulaires de garde préventive pour une personne qui présente une atteinte de son état mental (RLRQ C.P-38.001) ont été acheminés au Directeur des services professionnels pour neuf personnes différentes, et ce, majoritairement entre les mois de mai et septembre 2017 (pour 9 demandes sur 10). Fait intéressant à souligner, la très vaste majorité des personnes pour qui une garde préventive sous la RLRQ C.P-38001 a été déployée provenait d'une autre région sociosanitaire que la nôtre, soit celle de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James (9 demandes sur 10). Finalement, dans un cas sur dix, la garde préventive a été appliquée à une personne mineure.

Un protocole d'entente entre le CRSSS de la Baie-James et la Centrale Info-santé et Info-social (811) du Saguenay Lac-Saint-Jean lie les deux régions et assure la couverture des Services d'Aide en Situation de Crise, 24 heures par jour, 7 jours sur 7. La Sûreté du Québec est également signataire de cette entente.

Afin d'assurer l'efficacité des mécanismes de liaison entre les parties, un comité d'arrimage de la loi P-38 a été formé pour chacun des secteurs couverts par notre territoire : le secteur est (Chibougamau, Chapais) et le secteur ouest (Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Radisson). Sur chaque comité, on retrouve des représentants régionaux (Centrale Info-santé et Info-social du Saguenay Lac-Saint-Jean, CRSSS de la Baie-James) et locaux (Sûreté du Québec, services pré hospitaliers, chef de service psychosocial et, pour le secteur est, l'organisme communautaire La Corporation le Zéphir). Au cours de l'année 2017-2018, le comité a tenu 2 rencontres, une pour chaque secteur de notre région.

<sup>9</sup> Bouliane S., Firket P. (2013). « Teaching moment. Aborder l'éthique en supervision clinique : une approche en 3 temps », in *Canadian Family Physician* : Montréal, volume 59, no 7, p. 795-797

**TABLEAU 5 :**

**Données cumulatives du 1<sup>er</sup> avril 2017 au 31 mars 2018 du nombre de demandes et des personnes visées par la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. (RLRQ, chapitre P-38.001) ou par l'article 30 du Code civil du Québec.**

Éléments	Centre de santé de Chibougamau	Total du CRSSS de la Baie-James
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	10	10
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	9	9
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	0	0
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	0	0
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	0	0
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présenté au tribunal par l'établissement	0	0
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécuté (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	0	0
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	0	0
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1 <sup>er</sup> avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de gardes auxquels il a été soumis).	0	0

### **L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS**

Le Rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration des services du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James se retrouve sur le site Internet de l'établissement au [www.crssbaiejames.gouv.qc.ca](http://www.crssbaiejames.gouv.qc.ca) suivant le dépôt à l'Assemblée nationale par le ministre.

Toutes les recommandations adressées à l'établissement ont été mises en œuvre, soit 21 mesures correctives pour 21 motifs de plainte retenus, soit 10 à portée individuelle et 11 à portée systémique.

Les recommandations ont touché les aspects suivants, en ordre d'importance :

- les droits particuliers (communication/promotion)
- les aspects financiers (ajustement financier)
- les relations interpersonnelles
- l'accessibilité
- les soins et services dispensés
- l'organisation du milieu et ressources

## L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

Le CRSSS de la Baie-James informe la population sur son établissement principalement par le site Internet de l'organisation. On y retrouve des nouveautés en continu, comme les communiqués de presse, les divers rapports et autres publications produites par le CRSSS de la Baie-James, ainsi que les campagnes sociétales.

Par ailleurs, il met à la disposition de son personnel et de la population d'autres moyens de communication interactive dont les réseaux sociaux (page *Facebook*). Il détient également une adresse courriel générique pour répondre aux questions s'adressant aux communications.

Concernant les publications produites, notons le bulletin d'information *L'Échangeur-10*. Ce dernier s'adresse principalement au personnel et aux médecins, mais est également diffusé aux partenaires. Il fait l'objet de quatre parutions annuellement. Un deuxième bulletin, *L'Écritôt*, publié après chaque séance ordinaire du conseil d'administration, fait état des principales décisions rendues et des points d'information aux membres. Toutes ces parutions sont disponibles sur le site Internet.

Parmi les autres moyens, des écrans dynamiques sont installés dans les salles d'attente, le but étant d'informer les usagers de leurs droits et de l'offre de services.

Afin de mettre à contribution la population, les séances du conseil d'administration couvrent toutes les localités de la région. Deux périodes de questions du public sont prévues à l'ordre du jour permettant de recueillir leurs questionnements.

D'autre part, la présidente-directrice générale entreprend annuellement une tournée des localités lui permettant à la fois de rejoindre le personnel et la population. En 2017-2018, la tournée a porté principalement sur le déploiement des stations visuelles dans les équipes. Les conseils de ville de chacune des communautés sont toujours rencontrés afin de saisir les enjeux locaux et de voir aux opportunités de collaboration souhaitées.

Quant à la satisfaction de la clientèle, des formulaires de sondages sont offerts dans les départements et remis aux usagers. Les commentaires positifs et négatifs reçus sont transmis aux équipes concernées soit pour souligner les bons coups ou pour s'améliorer en continu.

## L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

Les données des deux rapports produits en 2017 sont présentées dans le tableau ci-dessous. Nous remarquons que chacune des périodes présente une augmentation du nombre d'usagers en soins palliatifs lorsque comparée à la même période de l'année précédente. Il s'agit d'une augmentation de 9 % pour la période du 10 décembre 2016 au 9 juin 2017 et une augmentation de 30 % pour la période du 10 juin au 9 décembre 2017. Les soins palliatifs sont offerts dans différents milieux, ils sont majoritairement dispensés en courte durée dans un centre hospitalier ou par les services de soutien à domicile. Quelques usagers les reçoivent aussi en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Il est à noter que ces soins ne sont pas offerts à notre clientèle en maison de soins palliatifs puisque la région n'en compte aucune.

**TABLEAU 6 :**  
**Soins de fin de vie prodigués au CRSSS de la Baie-James**  
**du 10 décembre 2016 au 9 décembre 2017**

Activité	Information demandée	CRSSS de la Baie-James				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
<b>Soins palliatifs</b>	Nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs du 10 décembre 2016 au 9 juin 2017	33	5	22	0	<b>60</b>
	Nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs du 10 juin 2017 au 9 décembre 2017	22	7	23	0	<b>52</b>
<b>Sédation palliative continue</b>	Nombre de sédations palliatives continues administrées	0				<b>0</b>
<b>Aide médicale à mourir</b>	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	0				<b>0</b>
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	0				<b>0</b>
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	0				<b>0</b>

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi 2, aucune sédation palliative continue ni aide médicale à mourir n'ont été administrées. Nous avons répondu aux besoins d'information des usagers ou des proches à propos de l'aide médicale à mourir, mais aucune demande dans le but d'obtenir ce soin n'a été déposée. Néanmoins, les procédures et outils cliniques nécessaires ont été déployés afin de s'assurer que la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir soit disponible pour notre clientèle dans le respect de ses volontés.



# RESSOURCES HUMAINES



**LES EFFECTIFS AU CRSSS DE LA BAIE-JAMES**

Conformément à la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État (RLRQ 2014, chapitre 17), le rapport annuel doit indiquer le nombre d'heures rémunérées par catégorie d'emploi.

Le CRSSS de la Baie-James compte un total de 1 027 751 heures travaillées, soit une réduction de 1,6% par rapport aux heures totales travaillées en 2014-2015 (1 044 960). La cible visée est de 1%. Malgré les investissements reçus du MSSS en soins de longue durée et en soutien à domicile on peut voir une diminution des heures travaillées chez le personnel infirmier. On rencontre plusieurs postes vacants particulièrement cette année.

**TABLEAU 7 :  
Données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs**

11042686 - CRSSS de la Baie-James		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04			2017-04-02 au 2018-03-31	
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	66 966	14	66 980	37	41
	2015-16	63 898	64	63 962	35	42
	2016-17	63 591	271	63 862	35	40
	2017-18	60 316	31	60 347	33	38
	<b>Variation</b>	<b>(9,9 %)</b>	<b>121,1 %</b>	<b>(9,9 %)</b>	<b>(10,1 %)</b>	<b>(7,3 %)</b>
2 - Personnel professionnel	2014-15	155 895	1 101	156 996	86	101
	2015-16	164 245	1 222	165 467	90	107
	2016-17	164 874	1 514	166 388	90	115
	2017-18	158 223	1 142	159 364	87	110
	<b>Variation</b>	<b>1,5 %</b>	<b>3,7 %</b>	<b>1,5 %</b>	<b>1,4 %</b>	<b>8,9 %</b>
3 - Personnel infirmier	2014-15	300 101	16 992	317 093	162	209
	2015-16	308 408	14 915	323 323	166	220
	2016-17	317 426	14 848	332 274	170	222
	2017-18	295 196	14 441	309 636	158	208
	<b>Variation</b>	<b>(1,6 %)</b>	<b>(15,0 %)</b>	<b>(2,4 %)</b>	<b>(2,2 %)</b>	<b>(0,5 %)</b>
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	392 962	6 159	399 122	219	315
	2015-16	389 563	5 398	394 961	216	299
	2016-17	385 053	8 297	393 350	214	311
	2017-18	386 587	8 676	395 263	215	311
	<b>Variation</b>	<b>(1,6 %)</b>	<b>40,9 %</b>	<b>(1,0 %)</b>	<b>(1,8 %)</b>	<b>(1,3 %)</b>
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	101 556	979	102 535	53	84
	2015-16	97 734	1 385	99 120	50	79
	2016-17	97 885	1 703	99 589	50	83
	2017-18	101 422	1 408	102 830	52	91
	<b>Variation</b>	<b>(0,1 %)</b>	<b>43,8 %</b>	<b>0,3 %</b>	<b>(0,8 %)</b>	<b>8,3 %</b>
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	2 232	2	2 234	1	8
	2015-16	3 644	8	3 652	2	13
	2016-17	124	0	124	0	3
	2017-18	310	0	310	0	1
	<b>Variation</b>	<b>(86,1 %)</b>	<b>(100,0 %)</b>	<b>(86,1 %)</b>	<b>(86,8 %)</b>	<b>(87,5 %)</b>

11042686 - CRSSS de la Baie-James		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04			2017-04-02 au 2018-03-31	
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
Total du personnel	2014-15	1 019 712	25 248	1 044 960	557	710
	2015-16	1 027 492	22 993	1 050 485	560	719
	2016-17	1 028 954	26 633	1 055 587	560	726
	2017-18	1 002 054	25 697	1 027 751	545	712
	Variation	(1,7 %)	1,8 %	(1,6 %)	(2,1 %)	0,3 %

Source : MSSS-DGPRM – 2018-05-02

### LES EFFECTIFS MÉDICAUX

L'année a été ponctuée de 4 départs d'omnipraticiens dans la région soit 3 à Chibougamau et 1 à Chapais. Aucun nouveau candidat n'a démontré de l'intérêt afin de pourvoir les postes vacants. En spécialité, D<sup>re</sup> Sabrina Maltais, gynécologue-obstétricienne, a débuté sa pratique à temps plein au Centre de santé de Chibougamau en novembre dernier. Elle offre des services de consultations, de chirurgies, de colposcopie et participe à l'offre de services en imagerie médicale en exécutant des échographies gynécologiques et obstétricales. Cette nouvelle spécialité s'ajoute à la médecine interne, la psychiatrie, la chirurgie et l'anesthésie déjà offerte sur place à temps plein. Afin de compléter l'offre de service en spécialité, le CRSSS de la Baie-James offre un programme structuré de médecins spécialistes qui contribue à offrir une solution gagnante d'abord à nos citoyens, et également aussi aux équipes soignantes permanentes sur place. Ce programme prévoit que les médecins spécialistes, provenant d'hôpitaux ou de cabinets urbains, se rendent à intervalles réguliers en Jamésie. Ces services de spécialistes itinérants améliorent l'accès des usagers aux soins spécialisés et apportent un soutien significatif aux équipes de soins en place dans les centres de santé.

Les visites de spécialistes peuvent couvrir de nombreux domaines, dont la pédiatrie, la radiologie, la néphrologie, la microbiologie ou l'oto-rhino-laryngologie. Au total, ce sont plus de 20 spécialités qui sont ainsi offertes selon l'installation grâce à 63 médecins spécialistes associés.

**TABLEAU 8 :**  
**Évolution des effectifs en omnipratique**

Centre de santé	En place au 31 mars 2018	En place au 31 mars 2017	En place au 31 mars 2016	En place au 31 mars 2015	En place au 31 mars 2014	En place au 31 mars 2013
CS René-Ricard	3	4	4	4	4	4
CS de Chibougamau	17	20	16	18	20	19
CS Lebel	5	5	6	6	5	5
CS Isle-Dieu	5	5	4	4	5	5
CS de Radisson	2	2	1	1	1	1

**TABLEAU 9 :**  
**Effectifs médicaux spécialisés**

<b>Spécialité</b>	<b>Prévus au plan d'effectifs</b>	<b>En place au 31 mars 2018</b>
Anesthésiologie	1	Équipe itinérante*
Chirurgie générale	1	Équipe itinérante*
Médecine interne	1	1
Psychiatrie	1	1
Radiologie diagnostique	1	Équipe itinérante
Obstétrique-gynécologie	1	1
Santé communautaire	2	2





# RESSOURCES FINANCIÈRES



**UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME**

Le tableau 10 présente la répartition des dépenses du CRSSS de la Baie-James, en fonction des programmes-services et des programmes-soutien du fonds d'exploitation.

**TABLEAU 10 :  
Répartition des charges brutes par programmes**

PROGRAMMES	Exercice courant		Exercice précédent	
	Dépenses	%	Dépenses	%
<b>Programmes-services</b>				
Santé publique	2 614 808 \$	3,84 %	2 220 473 \$	3,43 %
Services généraux — activités cliniques et d'aide	5 663 652 \$	8,33 %	3 529 626 \$	5,45 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	6 917 139 \$	10,17 %	6 354 978 \$	9,82 %
Déficiência physique	775 451 \$	1,14 %	521 576 \$	0,81 %
Déficiência intellectuelle et TSA	668 742 \$	0,98 %	516 638 \$	0,80 %
Jeunes en difficulté	2 331 584 \$	3,43 %	1 412 902 \$	2,18 %
Dépendances	467 790 \$	0,69 %	536 810 \$	0,83 %
Santé mentale	2 426 879 \$	3,57 %	1 878 655 \$	2,90 %
Santé physique	29 179 758 \$	42,90 %	31 103 214 \$	48,06 %
<b>Programmes-soutien</b>				
Administration	7 331 884 \$	10,78 %	7 252 380 \$	11,21 %
Soutien aux services	5 221 966 \$	7,68 %	5 174 089 \$	7,99 %
Gestion des bâtiments et des équipements	4 411 041 \$	6,49 %	4 222 250 \$	6,52 %
<b>TOTAL</b>	<b>68 010 694 \$</b>		<b>64 723 591 \$</b>	

Source : Extrait AS-471, pages 700-00 à 700-07

Le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471 publié sur le site Internet du CRSSS de la Baie-James pour plus d'information sur les ressources financières.

**L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE**

L'établissement s'est engagé à respecter son obligation légale de maintenir l'équilibre budgétaire entre ses charges et ses revenus. Nous nous sommes conformés à ne pas encourir de déficit en fin d'exercice. L'établissement enregistre un surplus de 490 361 \$ au fond d'exploitation et 25 144 \$ au fond d'immobilisations.

## LES CONTRATS DE SERVICES

Afin de se conformer à la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État, le CRSSS de la Baie-James doit rendre des comptes sur les contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 31 mars 2018 au rapport annuel de gestion.

**TABLEAU 11 :  
Nombre et valeur des contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus  
conclus entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 31 mars 2018**

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique	5	291 790 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique	13	1 551 260 \$
<b>TOTAL DES CONTRATS DE SERVICE</b>	<b>18</b>	<b>1 843 050 \$</b>

Les contrats avec une personne physique correspondent majoritairement à la main-d'œuvre indépendante en pharmacie afin de combler les besoins de personnel. Les autres contrats octroyés le sont auprès de contractants autres qu'une personne physique, principalement pour la main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers. Les autres contrats correspondent aux besoins en services de transport, construction, approvisionnement, location d'espace et services-conseils.

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

Étant donné que le CRSSS de la Baie-James est tenu de fournir un rapport financier annuel (AS-471), nous nous permettons, à la page suivante, de reproduire le tableau portant sur l'état du suivi des réserves qui a été émis par l'auditeur indépendant.

TABLEAU 12 :

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

Nom de l'établissement : C.R.S.S.S. Baie-James Code : 1104-2686 Page / Idn. : 140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2018

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		
				R 5	PR 6	NR 7
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</b>						
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</b>						
Lors des tests sur les unités de mesure, nous avons constaté plusieurs centres d'activités pour lesquels les rapports périodiques n'ont pas été approuvés par le gestionnaire du centre. Lorsque les unités de mesure sont enregistrées directement dans un système et que le rapport périodique est produit automatiquement, aucune approbation ni validation n'est effectuée. Les centres touchés par cette problématique : 6056, 6060, 6240, 6531, 6680, 6791, 6831, 6839, 6870, 6890, 7101, 7111, 7112, 7090, 7161, 7162, 7391, 7392, 7395, 7401, 7402, 7403, 7405, 7553, 7606, 7645, 7646, 7650, 7690.	2017-18	R				X
Non conformité sur l'unité de mesure 6565	2016-17	R		X		
<b>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</b>						
Lors des tests sur les unités de mesure, nous avons constaté plusieurs centres d'activités pour lesquels les rapports périodiques n'ont pas été	2017-18	R				X



Nom de l'établissement  
C.R.S.S.S. Baie-James

Code  
1104-2686

Page / Idn.  
140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2018

<p>approuvés par le gestionnaire du centre. Lorsque les unités de mesure sont enregistrées directement dans un système et que le rapport périodique est produit automatiquement, aucune approbation ni validation n'est effectuée.</p> <p>Les centres touchés par cette problématique : 6056, 6060, 6240, 6531, 6680, 6791, 6831, 6839, 6870, 6890, 7101, 7111, 7112, 7090, 7161, 7162, 7391, 7392, 7395, 7401, 7402, 7403, 7405, 7553, 7606, 7645, 7646, 7650, 7690.</p>						
<p>Lors de notre audit, nous avons constaté qu'il y a un agent de gestion financière qui peut déclencher, produire et approuver les écritures de journal. Les écritures de journal qui sont produites par cet agent de gestion financière ne sont approuvées par personne. Malgré que des tentatives ont été effectuées pour corriger la situation, la problématique persiste. Cette situation pourrait engendrer des erreurs. Nous suggérons donc de mettre sur pied un système d'approbation qui permet que chaque personne soit approuvée.</p>	2017-18	R				X
<p>Non conformité sur l'unité de mesure 6565</p>	2016-17	R		X		
<b>Rapport à la gouvernance</b>						
<p>Lors des tests sur les unités de mesure, nous avons constaté plusieurs centres d'activités pour lesquels les rapports périodiques n'ont pas été approuvés par le gestionnaire du centre. Lorsque les unités de mesure sont enregistrées directement dans un système et que le rapport périodique est produit automatiquement, aucune approbation ni validation n'est effectuée.</p>	2017-18	R				X

Nom de l'établissement  
C.R.S.S.S. Baie-James

Code  
1104-2686

Page / Idn.  
140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2018

<p>Les centres touchés par cette problématique : 6056, 6060, 6240, 6531, 6680, 6791, 6831, 6839, 6870, 6890, 7101, 7111, 7112, 7090, 7161, 7162, 7391, 7392, 7395, 7401, 7402, 7403, 7405, 7553, 7606, 7645, 7646, 7650, 7690</p>						
<p>Lors de notre audit, nous avons constaté qu'il y a un agent de gestion financière qui peut déclencher, produire et approuver les écritures de journal. Les écritures de journal qui sont produites par cet agent de gestion financière ne sont approuvées par personne. Malgré que des tentatives ont été effectuées pour corriger la situation, la problématique persiste. Cette situation pourrait engendrer des erreurs. Nous suggérons donc de mettre sur pied un système d'approbation qui permet que chaque personne soit approuvée.</p>	2017-18	R				X

## Allocations des ressources aux organismes communautaires

Le CRSSS de la Baie-James subventionne des organismes communautaires selon cinq modes de financement, soit trois dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) et deux autres à partir des fonds programmes.

Pour ces cinq modes de financement, un montant de 4 628 835 \$ a été alloué pour l'année 2017-2018 aux 36 organismes communautaires desservant les Jamésiens. Comparativement à l'an passé, un nouvel organisme s'est ajouté en promotion de l'allaitement maternel. De ce nombre, 29 organismes communautaires ont reçu un montant de 3 951 082 \$ issu du programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), représentant ainsi une somme équivalente à 85 % du financement total dédié aux organismes communautaires. Seuls, les organismes suprarégionaux et le Centre de développement communautaire de Matagami sont financés en ententes pour des services spécifiques et complémentaires au sein du PSOC. Les autres organismes financés au PSOC le sont en mission globale et aucun en projet ponctuel.

Le tableau 10 détaille les subventions accordées à chacun de ces organismes, et ce, sur une base comparative avec l'exercice précédent. Il englobe d'une part les montants reçus dans les trois modes de financement du PSOC et d'autre part ceux des ententes de services ou projets ponctuels des fonds programmes.

**TABLEAU 13 :**  
**Organismes communautaires subventionnés**  
**pour l'année 2017-2018 et 2016-2017**

Catégorie	Organisme	PSOC		Programme		Total
		2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018
Aide et entraide bénévole						
	Les Parcelles de tendresse	16 127	16 015	-	-	16 127
	Les Rayons de soleil du Nord	13 758	13 662	-	-	13 758
	NaturELLEment Sain		-	16 700	-	16 700
Aide, entraide et dépannage						
	Carrefour communautaire Chibougamau	89 870	86 251	31 000	21 004	120 870
	Centre développ. communautaire Matagami	16 504	16 389	-	3 000	16 504
	Comité prévention du suicide de Lebel	84 505	83 918	-	-	84 505
	Réseau hommes Québec Baie-James	204 889	203 465	7 884	44 644	212 773
	Ligne Jaune		-	15 000	15 000	15 000
	Association À fleur d'espoir	111 300	110 526	2 078	5 090	113 378
	Pavillon de la rose	63 957	56 561	-	-	63 957
Milieu de vie et soutien dans la communauté						
	Maison des jeunes Sac-Ados de Chibougamau	146 862	139 411	35 135	-	181 997
	Club social des jeunes de Chapais	106 104	62 909	-	-	106 104
	Maison des jeunes de Lebel-sur-Quévillon	137 617	130 230	81 382	82 945	218 999
	Maison des jeunes de Matagami	87 242	76 705	-	10 551	87 242
	Centre jeunesse l'Astral de Radisson	74 055	66 589	-	-	74 055
	Maison des jeunes décentralisée de VVB	75 376	68 422	-	10 551	75 376
	Partenaires à part égale	131 776	120 929	18 397	18 270	150 173
	Association des personnes handicapées de Chibougamau	146 025	138 561	49 508	49 164	195 533
	Centre de femmes les Elles du Nord	198 076	196 699	26 845	26 058	224 921
	Îlot d'espoir	189 274	187 958	37 134	16 022	226 408

Catégorie	Organisme	PSOC		Programme		Total
		2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018
	Regroupement de femmes Valcanton (CCFC)	181 570	180 308	16 178	12 994	197 748
	Femmes d'action Femmes de résultats	181 570	180 308	10 132	9 994	191 702
	Centre de femmes les Essenti"elles"	185 973	184 680	-	-	185 973
	Centre de femmes Uni-Vers-Elles	185 973	184 680	27 993	15 494	213 966
	Mirador des marmots		-	52 472	48 091	52 472
	Animation Pace-Âge		-	48 924	35 680	48 924
	Le Petit train Chapais		-	36 954	34 756	36 954
	Centre Unissons la Famille		-	21 368	24 250	21 368
Hébergement						
	Maison d'hébergement l'Aquarelle	682 092	677 351	12 395	12 309	694 487
	Corporation Le Zéphir Chibougamau-Chapais inc.	403 988	391 249	117 946	121 004	521 934
Regroupement						
	TROC du Nord-du-Québec	130 450	129 543	-	-	130 450
Supra régional						
	Tel-Aide Saguenay-Lac-St-Jean		-	6 500	6 500	6 500
	Société Alzheimer Sagamie	22 008	21 855	-	-	22 008
	Centre de prévention du suicide 02	40 715	40 432	5 000	5 000	45 715
	Besoin d'aide 24/7	5 000	5 000	-	-	5 000
	Équijustice Lac-Saint-Jean	38 426	38 159	828	739	39 254
	<b>Totaux</b>	<b>3 951 082</b>	<b>3 808 765</b>	<b>677 753</b>	<b>629 110</b>	<b>4 628 835</b>

Le CRSSS de la Baie-James confirme son respect des règles et normes édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux, et de son cadre de référence adopté en mai 2016. Toutes les mesures ont été prises pour s'assurer que les organismes communautaires complètent le processus de demande de subvention annuelle ainsi que la reddition de compte : le rapport financier, le rapport d'activités de l'organisme concerné et autres documents pertinents. L'analyse de conformité et les suivis de gestion furent appliqués de façon responsable selon les conventions de soutien financier 2015-2018.





# CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS



*Code d'éthique*  
ET DE DÉONTOLOGIE

DU  
CONSEIL D'ADMINISTRATION

DU  
CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX  
DE LA BAIE-JAMES

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION  
LE 7 DÉCEMBRE 1999

En révision

## DÉCLARATION DE PRINCIPES

Attendu que les administrateurs doivent voir à identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de sa région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région et d'élaborer des orientations à cet égard;

Attendu que l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité et de la crédibilité et de la confidentialité;

Les administrateurs du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James s'engagent à respecter les principes suivants dans le processus de décisions auquel elles et ils seront appelés à participer :

- Priorisation des intérêts de la population à desservir;
- Distribution équitable des ressources de la région.

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacun des articles du présent Code d'éthique et de déontologie applicables à chacun des membres du conseil d'administration du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

### 1. DEVOIRS ET OBLIGATIONS

- 1.1 Le membre s'engage à agir avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne de bonne foi, raisonnable, avec honnêteté et loyauté.
- 1.2 Le membre s'engage à agir de façon courtoise et à maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
- 1.3 Le membre s'engage à aborder ses décisions en fonction de leurs implications sur la qualité et l'accessibilité des services; il tient donc compte de l'ensemble des conséquences que peut avoir son administration sur le service à donner au public et sur le bon usage des fonds publics.
- 1.4 Le membre s'engage à assister aux assemblées du conseil d'administration.
- 1.5 Le membre s'engage, dans le processus décisionnel, à prendre connaissance de tous les éléments de la question, à demander des informations complémentaires et des éclaircissements au besoin; il se prononce alors de la manière la plus objective possible.
- 1.6 Le membre s'engage à agir avec respect et dignité dans la manifestation publique de ses opinions.
- 1.7 Le membre s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus dans l'exercice de sa fonction; à ce chapitre, il devra s'abstenir de toute fuite ou confidence lorsque le conseil aura décidé de les maintenir à huis clos.
- 1.8 Le membre s'engage à s'acquitter de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.
- 1.9 Le membre s'engage à éviter toute partisanerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

## 2. RÈGLES RELATIVES AUX CONFLITS D'INTÉRÊTS

- 2.1 Le membre doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.
- 2.2 Le membre doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions sauf les situations acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration.
- 2.3 Le membre ne doit pas rechercher, pour lui ou son entourage, des avantages personnels dans l'exercice de ses fonctions.
- 2.4 Le membre reconnaît que le fait d'être un administrateur du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit.
- 2.5 Le membre reconnaît que le fait d'être un administrateur du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une assemblée du conseil dûment convoquée ou qu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil.
- 2.6 Le membre doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et conséquemment s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne.

## 3. DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

- 3.1 Le membre s'engage à respecter les dispositions de l'article 154 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux dans les situations où il a un intérêt pécuniaire dans une entreprise, à savoir :

### Article 154

Tout membre d'un conseil d'administration, autre qu'un directeur général\* qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Le fait pour un membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article, ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale.

- 3.2 Le membre doit déposer devant le conseil une déclaration d'intérêts écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

\*La loi prévoit des dispositions applicables au directeur général.

## 4. RÈGLES RELATIVES AUX ASSEMBLÉES

- 4.1 Le membre s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.
- 4.2 Le membre doit respecter les droits et privilèges des autres administrateurs.
- 4.3 Le membre doit respecter l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.
- 4.4 Le membre, dans le cadre d'une assemblée, évite d'afficher sa position par des signes extérieurs; il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.
- 4.5 Le membre a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal; par cette inscription, le membre annonce qu'il se réserve la possibilité d'intervenir publiquement sur une décision prise.
- 4.6 Le membre évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James et de toutes les personnes qui y œuvrent.

## 5. INTERDICTION DES PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION

- 5.1 Le membre ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.
- 5.2 Le membre ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.
- 5.3 Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.
- 5.4 Le membre qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

## 6. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT

- 6.1 Le membre doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit qui n'est pas d'ordre public et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.
- 6.2 Le membre du conseil d'administration doit témoigner du respect envers le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James et son conseil d'administration.

## 7. MÉCANISME D'APPLICATION DU CODE

- 7.1 Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie, en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.
- 7.2 Le président ou le vice-président en saisit le Comité d'éthique et de déontologie qui doit alors se réunir, au plus tard, dans les trente jours suivants.  
  
Tout membre du comité peut aussi, de sa propre initiative, saisir le Comité d'éthique de toute situation de comportement irrégulier d'un administrateur.
- 7.3 Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation; il est entendu que la confidentialité doit être compatible avec l'équité procédurale.
- 7.4 Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, cette personne a le droit d'être entendue, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'elle juge pertinent.
- 7.5 Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de mesure à prendre. Ce rapport est confidentiel.
- 7.6 Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision, mais il peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.
- 7.7 Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, différentes mesures peuvent être prises (le rappel à l'ordre, le blâme, la réprimande, la suspension, le recours en déchéance de charge, etc.). L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

8. ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

- 8.1 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.
- 8.2 Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues à la confidentialité.

9. PUBLICITÉ DU CODE

- 9.1 Le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande.

---

Veillez prendre note que la version ici présentée est celle en vigueur au 31 mars 2018. Toutefois, le code a fait l'objet d'une révision majeure soumise pour adoption auprès des membres du conseil d'administration en juin 2018.

Le Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration en vigueur, est déposé, comme le prévoit la Loi sur le ministère exécutif (art. 3.0.4), sur le site Internet de l'organisation :

[http://www.crsssbaiejames.gouv.qc.ca/1461/Code\\_d'ethique.crsssbaiejames](http://www.crsssbaiejames.gouv.qc.ca/1461/Code_d'ethique.crsssbaiejames)

Au cours de l'année 2017-2018, aucun cas de manquement des membres du conseil n'a été constaté, ni traité.





**CENTRE RÉGIONAL  
DE SANTÉ ET DE  
SERVICES SOCIAUX  
DE LA BAIE-JAMES**

