



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



Collectivement performants pour des soins et des services
adaptés et à valeur ajoutée pour notre population

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2019-2020





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



Collectivement performants pour des soins et des services
adaptés et à valeur ajoutée pour notre population

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2019-2020



LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES EST LE RÉSULTAT D'UN TRAVAIL COLLECTIF ET DE LA COLLABORATION DE L'ENSEMBLE DES DIRECTIONS DE L'ORGANISATION.

RESPONSABLE DES TRAVAUX

Nathalie Boisvert, présidente-directrice générale

COORDINATION DES TRAVAUX

Claudine Jacques, adjointe à la présidente-directrice générale
Qualité, performance, évaluation, éthique, soutien et administration

Julie Pelletier, adjointe à la présidente-directrice générale
Relations médias, communications et affaires juridiques

RECHERCHE ET RÉDACTION

Marie-Andrée Duperré, agente de planification, de programmation et de recherche
Jhon Alexander Montoya, spécialiste en procédés administratifs
Julie Pelletier, adjointe à la présidente-directrice générale,
Relations médias, communications et affaires juridiques

RÉVISION LINGUISTIQUE ET MISE EN PAGE

Claudis Bilodeau, agente administrative

TRAVAUX D'IMPRESSION

Jasmine Gagné, technicienne en communication

CONCEPTION GRAPHIQUE

Lettrage Waldi

Ce document a été produit par la Direction générale
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (CRSSS de la Baie-James)

Adopté par le conseil d'administration en séance non publique
du CRSSS de la Baie-James le 24 août 2020

Dans ce document, le générique est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte. Il désigne autant les hommes que les femmes lorsque le sens le justifie.

Dépôt légal — 2020
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
978-2-924364-57-4 (Imprimé)
978-2-924364-58-1 (En ligne)

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

L'année 2019-2020 s'est terminée avec la déclaration de l'état d'urgence sanitaire au Québec. Les travaux de préparation et d'adaptation de notre plan en situation de pandémie ont été fort utiles et se sont poursuivis au cours des semaines suivant la déclaration de l'état d'urgence.



Encore cette année, la pression exercée sur le personnel en raison de la rareté des ressources a augmenté. Nous faisons valoir nos particularités nordiques auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux et nous avons une très bonne écoute de leur part. Une nouvelle stratégie de recrutement a été déployée en cours d'année et les actions se poursuivent. Nous sommes à évaluer les retombées de ce changement de notre stratégie.

La livraison de l'édifice du CHSLD Boréal, son inauguration en présence des résidants, du personnel et des partenaires et les visites de la population lors des portes ouvertes ont sans nul doute été des moments clés de notre année. Les résidants ont emménagé en mars 2020 et ont pu intégrer des espaces lumineux, chaleureux et beaucoup mieux adaptés pour leur offrir un milieu de vie. Nous aurions préféré pouvoir réaliser cette étape importante en confiant un rôle plus à l'avant-plan aux familles. Le contexte de pandémie nous a amenés à faire les choses différemment et en intégrant les familles autrement, notamment en utilisant des moyens technologiques pour parler à leur proche le jour du déménagement et pouvoir visiter la chambre de façon virtuelle.

Nous remercions de tout cœur le personnel, les médecins et les bénévoles qui offrent jour après jour le meilleur d'eux-mêmes à la population. Leur engagement dans la mission de l'établissement est le gage de la qualité et la sécurité des soins et des services auxquels la population s'attend. Nous les remercions pour tout le bien qu'ils font aux autres, aux collègues, aux usagers et à leur famille.

Le président du conseil d'administration,

A blue ink signature of Denis Lemoyne, written in a cursive style.

Denis Lemoyne

La présidente-directrice générale,

A blue ink signature of Nathalie Boisvert, written in a cursive style.

Nathalie Boisvert



LA DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES

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

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

Un examen sur le caractère plausible et sur la cohérence de l'information présentée dans ce rapport a été fait par la direction de l'audit interne. Un rapport a été produit à cet effet. Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2019-2020 du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James :

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

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

La présidente-directrice générale,

Nathalie Boisvert

LA TABLE DES MATIÈRES

LE MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE.....	I
LA DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES.....	II
LA TABLE DES MATIÈRES	III
LA LISTE DES FIGURES.....	V
LA LISTE DES TABLEAUX	V
LA LISTE DES ACRONYMES	VI
LA PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION, DU TERRITOIRE ET DE LA POPULATION	1
L'organisation	3
Le territoire	7
Le contexte géopolitique	8
La population.....	10
Profil sociodémographique	10
Profil sociosanitaire.....	11
Notre mission	13
La structure au 31 mars 2020.....	16
L'organigramme au 31 mars 2020.....	16
Composition du conseil d'administration 31 mars 2020	17
Liste des comités du conseil d'administration.....	18
Les comités et conseils consultatifs du conseil d'administration	20
Conseil des infirmières et infirmiers (CII)	20
Conseil multidisciplinaire (CM).....	21
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).....	22
Comité des usagers	23
LES FAITS SAILLANTS ET ENJEUX.....	25
Enjeu régional : Vieillissement de la population jamésienne.....	27
Enjeu régional : Développement durable.....	28
Plan stratégique 2019-2023 du ministère de la Santé et des Services sociaux.....	29
Orientation 1 : Améliorer l'accès aux professionnels et aux services	29
Orientation 2 : Favoriser la prévention et les saines habitudes de vie	29
Orientation 3 : Prendre soin du personnel du réseau.....	30
Orientation 4 : Moderniser le réseau et ses approches	30
LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ	33
Attentes spécifiques	35
Engagements annuels	42



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	55
L'agrément	57
La sécurité et la qualité des soins et des services.....	57
Les incidents-accidents.....	57
Le comité de gestion des risques et de la qualité.....	63
Le comité de vigilance et de la qualité	65
Le comité d'éthique clinique	66
Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement.....	66
L'examen des plaintes et la promotion des droits	67
L'information et la consultation de la population.....	68
L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie	69
LES RESSOURCES HUMAINES.....	71
Les effectifs au CRSSS de la Baie-James	73
Les effectifs médicaux	75
LES RESSOURCES FINANCIÈRES.....	77
Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	79
L'équilibre budgétaire	79
Les contrats de service.....	80
L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant.....	80
La divulgation des actes répréhensibles	86
Allocations des ressources aux organismes communautaires	86
LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	89

LA LISTE DES FIGURES

FIGURE 1	Carte géographique de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec et tableau des distances	7
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

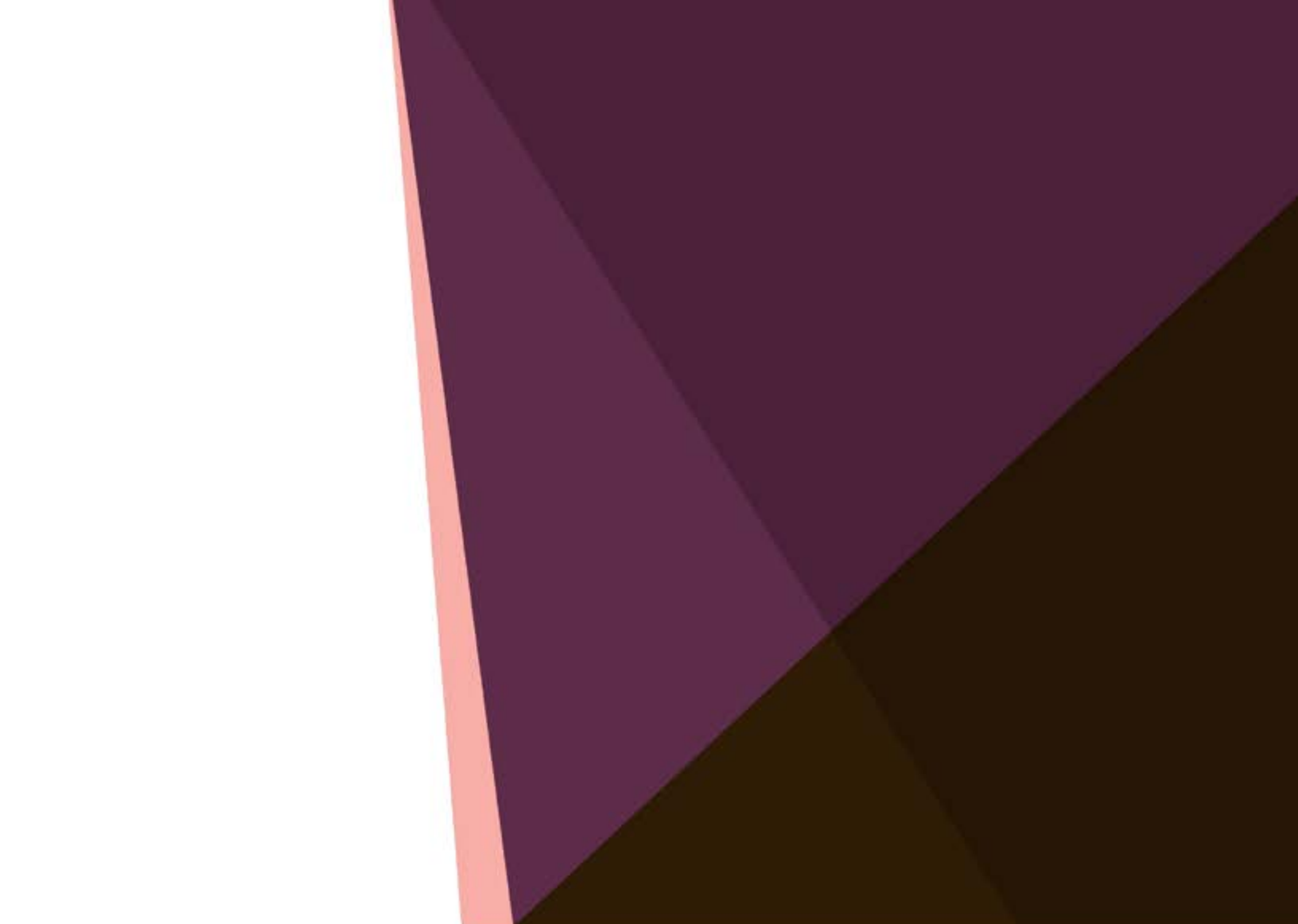
LA LISTE DES TABLEAUX

TABEAU 1	Programmes-services offerts à la population et aux personnes aux prises avec des problématiques particulières.....	5
TABEAU 2	Autres résultats pour certains indicateurs du plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux.....	54
TABEAU 3	Répartition des événements déclarés selon le type d'événement année 2019-2020	59
TABEAU 4	Répartition des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B)	60
TABEAU 5	Répartition des trois principaux types d'accidents (indices de gravité C et plus).....	60
TABEAU 6	Données cumulatives du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020 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.....	67
TABEAU 7	Soins de fin de vie prodigués au CRSSS de la Baie-James du 1 ^{er} avril 2018 au 31 mars 2020.....	69
TABEAU 8	Répartition de l'effectif en 2018-2019 par catégorie de personnel.....	73
TABEAU 9	Données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs 2019-2020.....	74
TABEAU 10	Évolution des effectifs en omnipratique	76
TABEAU 11	Effectifs médicaux spécialisés 2019-2020	76
TABEAU 12	Répartition des charges brutes par programmes.....	79
TABEAU 13	Nombre et valeur des contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus conclus entre le 1 ^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020.....	80
TABEAU 14	L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant.....	81
TABEAU 15	Organismes communautaires subventionnés pour l'année 2019-2020 et 2018-2019	87

LA LISTE DES ACRONYMES

ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CECM	Conseil exécutif du Conseil multidisciplinaire
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
CR	Centre de réadaptation
CRDS	Centre de répartition des demandes de services
CRÉ	Conférence régionale des élus
CRSSS	Centre régional de santé et de services sociaux
CS	Centre de santé
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DACD	Diarrhées associées au Clostridium difficile
DGPRM	Direction générale du personnel réseau et ministériel
DI	Déficiência intellectuelle
DSPu	Direction de la santé publique
DP	Déficiência physique
ETC	Équivalent temps complet
GES	Gaz à effet de serre
GMF	Groupe de médecine de famille
GRSC	Gestion des risques en sécurité civile
IAMEST	Infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IVP	Indice de vétusté physique
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MAH	Mécanisme d'accès à l'hébergement
MBJ	Municipalité de la Baie-James
MOI	Main-d'œuvre indépendante
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NSA	Niveau de soins alternatif
PCA	Plan de continuité des activités
PCFI	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière
PCI	Prévention et contrôle des infections
PGPS	Politique gouvernementale de prévention en santé

PNSC	Plan national de sécurité civile
PNSP	Plan national de la santé publique
POR	Pratiques organisationnelles requises
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PTAAC	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité
RDM	Résorption du déficit de maintien
RI	Ressource intermédiaire
RRSS	Répertoire des ressources en santé et en services sociaux
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAPA	Soutien à l'autonomie de la personne âgée
SARDM	Système automatisé et robotisé de la distribution des médicaments
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SE	Seuil d'état
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SPFV	Soins palliatifs de fin de vie
TED	Troubles envahissants du développement
TSA	Trouble du spectre de l'autisme



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^{er} 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 :

- Réduire la mortalité due aux maladies et aux traumatismes ainsi que la morbidité, les incapacités physiques et les handicaps;
- 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;
- Favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes;
- Favoriser la protection de la santé publique;
- Favoriser l'adaptation ou la réadaptation des personnes, leur intégration ou leur réintégration sociale;
- Diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes;
- 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

Une nouvelle installation a été construite en cours d'année à Chibougamau, le CHSLD Boréal. Les résidents y ont emménagé en mars 2020.

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 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

Légende S Services offerts sur place D Services offerts sur place grâce à un soutien à distance C Services offerts sur place par des consultants GMF Services offerts en groupe de médecine de famille	Centre de santé René-Ricard Chapais	Centre de santé de Chibougamau Chibougamau	Centre de santé Lebel Lebel-sur-Quévillon	Centre de santé Isle-Dieu Matagami	Centre de santé de Radisson Radisson
Services généraux et activités cliniques et d'aide					
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 et pneumologie)	D	S	S	S	D
Santé publique					
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
Déficience physique, déficience intellectuelle et TED					
Adaptation/réadaptation (DI-TED), réadaptation physique (DP), soutien aux familles et intégration sociale	S	S	S	S	D
Dépendances					
Désintoxication, réadaptation externe et réinsertion sociale	S	S	S	S	D
Perte d'autonomie liée au vieillissement					
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		
Jeunes en difficulté					
Soutien et suivi aux jeunes et à leur famille, équipe d'intervention jeunesse, intervention de crise et suivi intensif, programme de négligence et réadaptation psychosociale	S	S	S	S	D
Santé mentale					
Évaluation et traitement de 1 ^{re} ligne des troubles mentaux	S	S	S	S	S
Spécialité médicale : psychiatrie		C			



Légende S Services offerts sur place D Services offerts sur place grâce à un soutien à distance C Services offerts sur place par des consultants GMF Services offerts en groupe de médecine de famille	Centre de santé René-Ricard Chapais	Centre de santé de Chibougamau Chibougamau	Centre de santé Lebel Lebel-sur-Quévillon	Centre de santé Isle-Dieu Matagami	Centre de santé de Radisson Radisson
Santé physique					
Chirurgie		S			
Hémodialyse		D			
Maladies chroniques, lutte au cancer et soins palliatifs	S	S	S	S	S
Médecine interne		S			
Gynécologie et obstétrique		S			
Soins de courte durée (obstétrique et pédiatrie à Chibougamau) (nombre de lits)		27	4	4	
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, pédiatrie, microbiologie, pneumologie, pédiatrie et urologie		C			
Spécialités médicales : biochimie médicale 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^e et 55^e parallèles de latitude nord. La Baie-James occupe une superficie de 339 698 km², 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 de 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 resautée 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

						Val-Paradis	Beaucanton
					Villebois	17	14
			Chibougamau	566	569	552	
		Chapais	44	522	525	508	
	L-S-Q*	214	262	308	311	294	
Matagami	349/113 ¹	563	607	327	331	314	
Radisson	625	977	1152	1235/792 ²	952	956	939

* Lebel-sur-Quévillon
¹ kilométrage via la route traditionnelle / kilométrage via R-1005 (route forestière)
² 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 québécois¹. »

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 développement².

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.

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

² *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 clientèle³.

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^{er} 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.⁴

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

⁴ <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

Malgré sa dimension exceptionnelle, le territoire n'est que très peu densément peuplé. En effet, les données du dernier recensement de 2016^[1] établissent à 13 825 personnes la population jamésienne, soit une baisse de 2 % depuis 2011. Notre population ne représente que 0,1 % de la population québécoise. La région comptait en 2016, 7 215 hommes et 6 620 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^[2]. La taille des cinq municipalités varie entre 1100 et 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 crie habitant le même territoire, soit 17 141 personnes, le nombre de résidents s'élève à 30 966 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 5 929 personnes en 2011 et à 6 019 en 2016. Fait significatif : En 10 ans (2006-2016), ces trois communautés ont enregistré une augmentation de leur population de 21 %. 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, au rythme de vieillissement plus rapide qu'au Québec, une proportion plus élevée d'hommes que de femmes, mais à partir de 75 ans cette tendance s'inverse, des personnes moins scolarisées qu'au Québec, mais actives économiquement et déclarant des revenus supérieurs à ceux du Québec. Malgré un niveau de revenus plus avantageux dans la région qu'au Québec, des disparités existent entre les hommes et les femmes, les aînés et les autres groupes d'âge et entre les municipalités jamésiennes. La région compte moins de personnes prestataires de l'assistance sociale qu'au Québec et la majorité de ceux qui en reçoivent ont une contrainte les empêchant d'accéder à un emploi.

La taille moyenne des ménages dans la région est comparable à celle du Québec. Cependant, le nombre de couples avec enfants décroît dans la région, la monoparentalité, bien qu'inférieure au Québec, progresse et concerne majoritairement les femmes dans la région. Malgré un rythme lent et irrégulier, l'immigration dans la région a connu une augmentation. Par contre, la région enregistre, depuis plus d'une décennie, des soldes migratoires interrégionaux négatifs.

^[1] Moussa DIOP, « Recensement 2016 : le poids démographique de la Jamésie diminue ». *Chiffres clés*, Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, numéro 11, 2018, p. 1.

^[2] Voir le contexte géopolitique à la page précédente

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 a inévitablement un impact sur la dynamique communautaire et la santé des collectivités. En effet, 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.^[3]

PROFIL SOCIO SANITAIRE

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.

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 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, le faible niveau de détresse psychologique et la part très faible de la population qui se perçoit comme pauvre ou très pauvre;
- Un bilan routier plutôt favorable;
- L'utilisation de la contraception hormonale combinée est un comportement moins répandu chez les Jamésiennes que les Québécoises de 15 à 49 ans sexuellement actives;

^[3] CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES, Plan régional dans le cadre du développement nordique, CRSSBJ, janvier 2013



- Le brossage des dents est une habitude d'hygiène buccodentaire bien ancrée dans la région tout particulièrement chez les femmes et les jeunes;
- Le niveau élevé de détresse psychologique attribuable au travail est moins répandu chez les travailleurs jamésiens que ceux de la province.

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 plus susceptibles d'être confrontés à un risque de perte d'autonomie, 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, la consommation quotidienne de boissons sucrées et la faible consommation de légumes et de fruits;
- Certains comportements défavorables à la santé qui pourraient avoir des conséquences pendant de nombreuses années; tels que la consommation excessive d'alcool et de drogues (cannabis, cocaïne ou crack) chez les jeunes et les adultes;
- La progression des cancers inquiète : les données d'incidence, de prévalence, d'hospitalisations et de mortalité sont élevées;
- L'obésité chez les jeunes et chez les adultes est plus fréquente dans la région qu'au Québec;
- La proportion de personnes affectées par un surplus de poids, facteur de risque important de plusieurs maladies chroniques, montre une tendance à la hausse depuis une dizaine d'années;
- Un taux plus élevé de personnes qu'au Québec qui éprouvent des difficultés à réaliser des activités quotidiennes en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée;
- Parmi la population qui a deux partenaires et plus, la proportion de ceux qui utilisent occasionnellement un condom est plus importante que celle qui en font toujours usage lors de leurs activités sexuelles;
- Plus de travailleurs qu'au Québec qui souffrent de surdité professionnelle, qui sont exposés à des contraintes physiques liées au travail. De même, l'augmentation de la prévalence de troubles musculosquelettiques liés à l'emploi est préoccupante;
- Dans la région, le niveau élevé de détresse psychologique est plus répandu chez les femmes, particulièrement celles âgées de 14 à 24 ans, chez les Jamésiens à faible revenu, ceux vivant dans une famille monoparentale ou encore chez les étudiants et les sans-emploi;
- Tant globalement que selon les sexes, la région présente des proportions plus élevées que le Québec de personnes ayant tenté de se suicider au cours de leur vie.

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 efficace 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 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 favoriser le développement professionnel et personnel des employés de notre réseau. C'est aussi 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

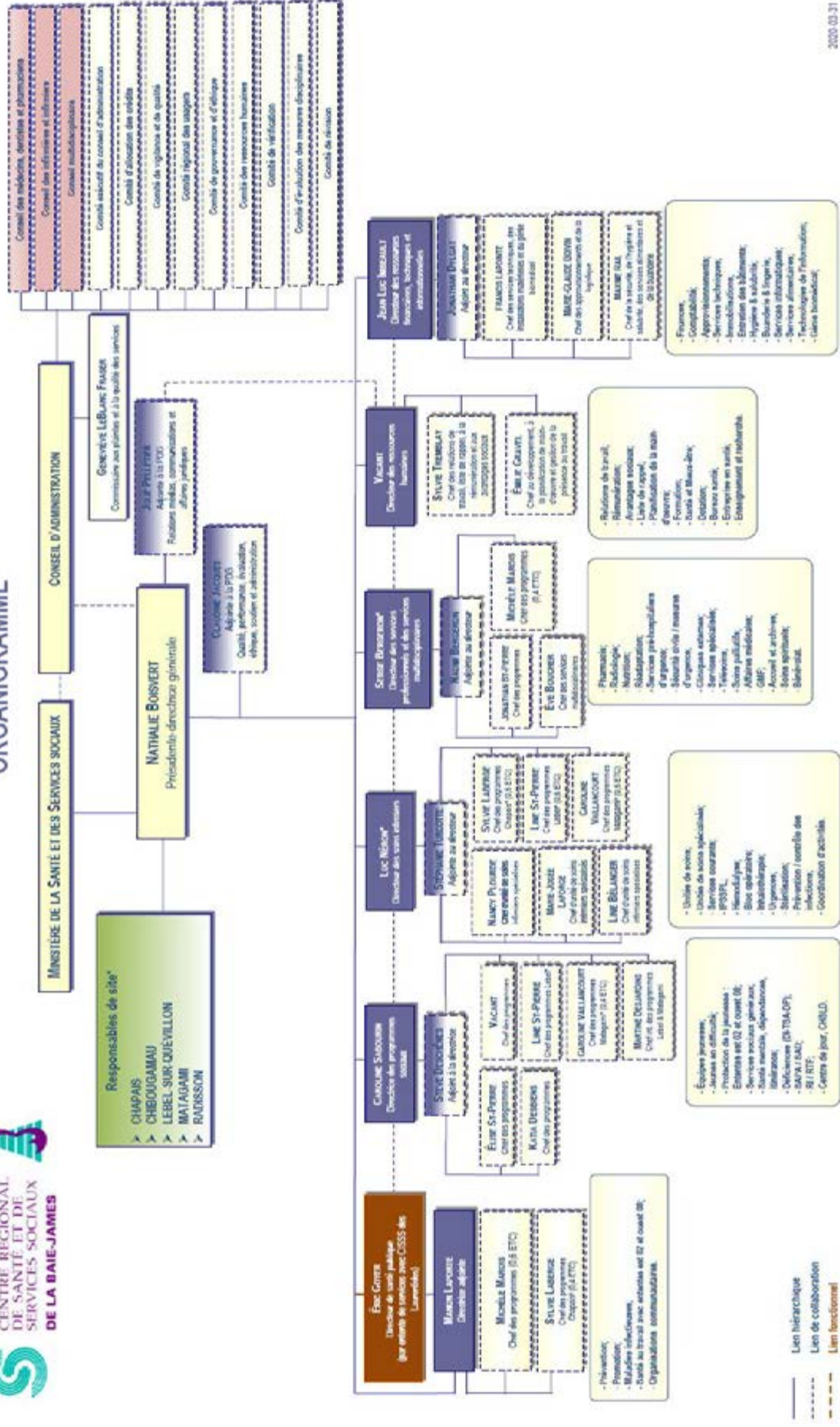
La recherche d'équilibre entre toutes les dimensions de la performance du Vrai Nord doit miser sur un plan d'organisation qui met à l'avant-plan de nouvelles pratiques de gestion. Certains critères de performance de la gestion des organisations ressortent comme étant essentiels à la réussite de la vision 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.

LA STRUCTURE AU 31 MARS 2020



ORGANIGRAMME



**COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
31 MARS 2020**

POPULATION :

M^{me} Diane Gaudreault, Chapais
M^{me} Chantal Deniger, Matagami

COMITÉ DES USAGERS :

M^{me} Marie-Hélène Duval, Matagami
M^{me} Marjolaine Racicot, Lebel-sur-Quévillon

FONDATION :

M^{me} Renée Gagné, Chibougamau

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS :

D^{re} Julie Deschamps, Chibougamau

CONSEIL DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES :

M^{me} Patricia Landry, Chibougamau

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE :

M^{me} 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 :**

Poste vacant

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

M^{me} Manon Forget, Val-Paradis
M. Denis Lemoyne, Lebel-sur-Quévillon

COOPTATION :

M^{me} Nathalie Ayotte, Lebel-sur-Quévillon (Organismes du milieu communautaire)
M. Jean Bédard, Chibougamau
M^{me} Stéphanie Gaudreault, Chibougamau
M. Gaëtan Gervais, Chapais
M. Michel Patry, Matagami
Un poste était vacant

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

M^{me} Nathalie Boisvert

Au cours de l'année 2019-2020, aucun cas de manquement des membres du conseil n'a été constaté, ni traité. Vous trouverez le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs à la page 90.



**LISTE DES COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
Officiers et membres des comités
au 31 mars 2020**

COMITÉ EXÉCUTIF (OFFICIERS)

M. Denis Lemoyne, président
M^{me} Manon Forget, vice-présidente
M^{me} Nathalie Boisvert, secrétaire et PDG

COMITÉ ADMINISTRATIF

M. Denis Lemoyne, président
M^{me} Manon Forget, vice-présidente
M^{me} Nathalie Boisvert, secrétaire
D^{re} Julie Deschamps
M^{me} Patricia Landry

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

M. Denis Lemoyne, président et président du comité
M^{me} Nathalie Boisvert, secrétaire et PDG
M^{me} Stéphanie Gaudreault
M^{me} Marie-Hélène Duval
M^{me} Jeannick Gauthier

COMITÉ DE VÉRIFICATION

M. Jean Bédard, président du comité
M. Denis Lemoyne, président
M^{me} Manon Forget
M^{me} Marie-Hélène Duval

COMITÉ D'ALLOCATION DES CRÉDITS RÉGIONAUX

M^{me} Diane Gaudreault, présidente du comité
M^{me} Séphany Gaudreault
M^{me} Nathalie Ayotte

COMITÉ DE RÉVISION

M^{me} Manon Forget, présidente du comité
D^r Martin Leclerc
Siège vacant

Membre substitut :
D^{re} Paule Bergeron

COMITÉ RÉGIONAL DES USAGERS

M. Georges Mboko Ya Makano, président du comité (Chibougamau)
M^{me} Marjolaine Racicot, vice-présidente (Lebel-sur-Quévillon)
M^{me} Rita Labonté, secrétaire-trésorière (Chibougamau)
M^{me} Geneviève Gleeton (Chapais)
M^{me} Marie-Hélène Duval (Matagami)

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

M^{me} Nathalie Boisvert, secrétaire et PDG
M. Denis Lemoyne, président et président du comité
M^{me} Marjolaine Racicot
M^{me} Nathalie Ayotte
M. Gaëtan Gervais

COMITÉ RÉGIONAL DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

M. Denis Lemoyne, président
M^{me} Nathalie Boisvert, secrétaire et PDG
M^{me} Geneviève LeBlanc Fraser, commissaire aux plaintes et à la qualité des services
M. Michel Patry
M^{me} Marjolaine Racicot, présidente du comité
M^{me} Chantal Deniger

COMITÉ D'ÉVALUATION DES MESURES DISCIPLINAIRES

M. Denis Lemoyne, président
M^{me} Nathalie Boisvert, secrétaire et PDG
D^{re} Julie Deschamps
M^{me} Stéphanie Gaudreault
M^{me} Renée Gagné

LES COMITÉS ET CONSEILS CONSULTATIFS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION⁵

Les comités et conseils relevant du conseil d'administration doivent rendre compte de leurs activités en séance régulière au moins une fois l'an. Cette année, la situation particulière a fait en sorte que les assemblées générales des différents comités et conseils soient retardées. Leurs rapports annuels seront ainsi déposés plus tard en 2020. Vous trouverez aux pages suivantes le mandat respectif du conseil des infirmières et infirmiers (CII), du conseil multidisciplinaire (CM) et du 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;

⁵ 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.

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) :

- De constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres dans tout centre exploité par l'établissement;
- De faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par leurs membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tout centre exploité par l'établissement;
- 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) :

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

Le conseil multidisciplinaire (CM) 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, au plus tard le 4 juin 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 7 membres. 5 sont élus par et parmi les membres du CM, un est désigné par la présidente-directrice générale (membre désigné) et le dernier est occupé par la présidente-directrice générale.

Par souci de représentativité de chacune des localités du CRSSS de la Baie-James, un membre est désigné par et parmi les membres élus du CM d'au moins trois installations différentes. Le CM doit s'assurer que le CECM soit formé d'au moins 3 personnes titulaires de titres d'emploi différents et, le cas échéant, membres d'ordres professionnels

différents (RLRQ, c. S- 4.2 : article 230). En cas de non-respect de cette condition, le comité exécutif se réunira afin de déterminer une représentation répondant à cette exigence.

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.

La présidente-directrice générale et l'adjoint au directeur des services professionnels et des services multidisciplinaires sont d'office membres du CM.

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.

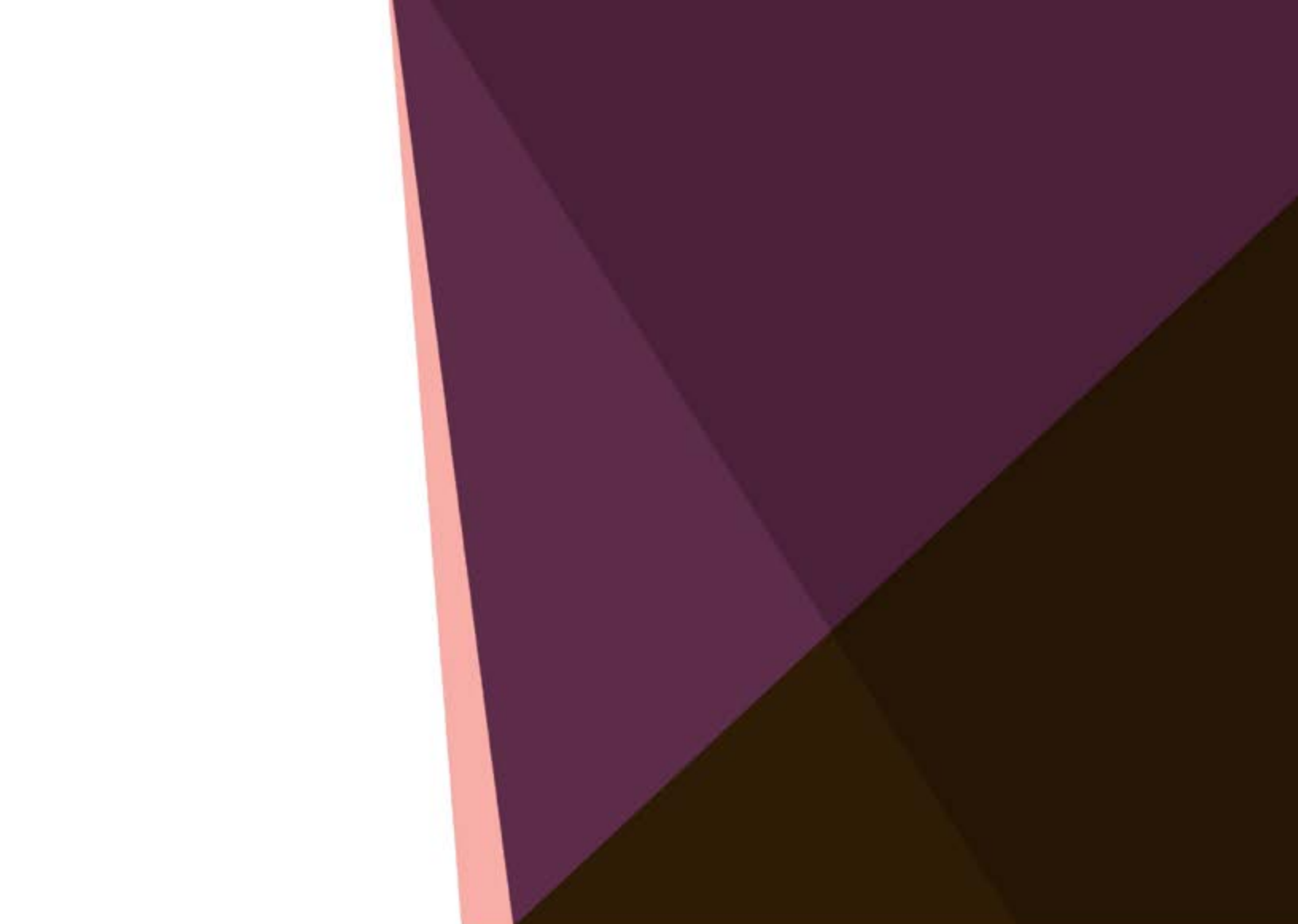
Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est composé de tous les médecins, dentistes et pharmaciens œuvrant dans l'établissement.

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 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.



LES FAITS SAILLANTS ET ENJEUX



ENJEU RÉGIONAL : VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION JAMÉSIENNE

CHSLD Boréal

La construction du nouveau CHSLD de Chibougamau a débuté à l'automne 2018. L'inauguration officielle du CHSLD Boréal a eu lieu en novembre 2019. Les résidents ont emménagé en mars 2020, notamment pour que les équipes de soins soient en mesure de les préserver de la contamination de leur milieu de vie par la COVID-19.

Il est composé de 32 chambres individuelles. Les chambres sont réparties en trois îlots, de 8, 10 et 14 chambres. Chaque îlot compte sa salle à manger, une salle de séjour et une salle pour les soins d'hygiène. Le CHSLD inclut un accueil, un vestiaire avec casiers, quelques bureaux, une salle d'activités et de réadaptation ainsi qu'un centre de jour. Cependant, compte tenu de la situation pandémique et par mesure de précaution, des zones tampons ont été ajoutées dans l'édifice, restreignant à 24 le nombre de places disponibles pour le moment.

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 possibles 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.

Cadre de référence régional - Mécanisme d'accès à l'hébergement en RI-RTF et en CHSLD

Il est tout indiqué de soutenir l'autonomie fonctionnelle et décisionnelle de l'usager le plus longtemps possible afin de lui permettre de demeurer dans son domicile. Or, le recours à une ressource d'hébergement survient parfois de manière soudaine ou lorsque des services intensifs et continus de soins de longue durée sont requis. C'est pourquoi ce processus doit être accompagné d'une intervention rigoureuse permettant à l'usager et ses proches de disposer de toutes les informations nécessaires pour une prise de décision éclairée.

Le ministère de Santé et des Services sociaux a donc produit un cadre de référence provincial visant à harmoniser le fonctionnement des mécanismes d'accès à l'hébergement (MAH) publics régionaux et à les soutenir par des orientations provinciales. Il a donc été institué et sert d'assise dans l'ensemble des régions du Québec. L'élaboration de notre cadre a permis d'en ressortir les grandes lignes pour définir le processus d'évaluation, les critères d'admissibilité, d'orientation, de priorisation et d'admission en hébergement public. Cet écrit permettra aux acteurs concernés par une demande d'hébergement, gestionnaires et intervenants, de s'acquitter des rôles et responsabilités inhérents à cette démarche. Le cadre régional a été adopté le 10 mars 2020.

Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD

Le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD vise à améliorer et maintenir la santé dentaire des résidents dont la perte d'autonomie rend souvent difficile ou impossible la réalisation de soins d'hygiène quotidiens tels que le brossage des dents et le nettoyage des prothèses dentaires.

Son implantation a débuté à l'automne 2019 dans les trois milieux de vie (CHSLD) de notre région, sous la supervision de la Direction de la santé publique et en collaboration avec la Direction des programmes sociaux.

Le programme consistait à mettre en place les outils cliniques, les formulaires normalisés, l'achat d'équipements dentaires portatifs et la formation destinée aux hygiénistes dentaires et aux équipes de soins.

Des services gratuits sont maintenant offerts aux résidents afin de veiller à leur confort et à leur bien-être comme:

- L'évaluation de la bouche à l'admission et sur une base périodique (6 mois) par l'infirmière en collaboration avec l'infirmière auxiliaire au besoin;
- Les soins d'hygiène quotidiens de la bouche par le préposé aux bénéficiaires avec le soutien de l'infirmière auxiliaire au besoin (les produits d'hygiène buccale sont offerts gratuitement par l'établissement) :
 - brossage des dents;
 - nettoyage des prothèses dentaires.
- Les soins préventifs par l'hygiéniste dentaire :
 - détartrage (nettoyage des dents);
 - identification des prothèses dentaires avec le nom du résident;
 - application de vernis fluoré.
- L'examen par un dentiste;
- L'examen d'urgence par un dentiste au besoin;
- L'examen et l'évaluation par un denturologiste au besoin.

ENJEU RÉGIONAL : DÉVELOPPEMENT DURABLE

Fin de notre projet de performance énergétique

Le projet de performance énergétique est terminé. Il reste l'étape de la mesure des effets des mesures implantées. La consommation énergétique devrait chuter de 24 % et la facture d'énergie devrait baisser de 36 %. Ainsi, des économies potentielles annuelles de 274 008 \$ sont prévues. Le plus marquant est l'empreinte environnementale qui devrait considérablement diminuer avec des émissions de gaz à effet de serre (GES) évitées de 79 tonnes de gaz carbonique (CO₂).

Les systèmes ont été repensés et modernisés et certains équipements vétustes remplacés. Dans la chaufferie du Centre de santé de Chibougamau, les énormes chaudières à vapeur à l'huile ont laissé place à des petites chaudières hautement efficaces dont deux sont maintenant électriques. Plusieurs stratégies et systèmes ont été mis en place dont la récupération de chaleur avec des thermopompes installées dans chacun de nos centres de santé qui permettent l'aérothermie. L'optimisation des systèmes de ventilation et une conversion de notre éclairage vers la technologie DEL ont aussi fait partie des interventions réalisées dans le cadre du projet.

Les avantages du projet sont nombreux. Outre le renouvellement des équipements arrivés en fin de vie utile et les performances énergétiques et financières, le CRSSS de la Baie-James peut désormais compter sur des systèmes beaucoup plus simples à gérer. Un système de contrôle moderne permet notamment des interventions à distance, une fonction très pratique avec des bâtiments très éloignés les uns des autres.

PLAN STRATÉGIQUE 2019-2023 DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ORIENTATION 1 : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX PROFESSIONNELS ET AUX SERVICES

Mise en œuvre du protocole de mise sous garde en établissement

Afin d'appuyer les cliniciens et de mieux respecter le cadre législatif, à la suite de la publication des balises ministérielles, le CRSSS de la Baie-James s'est doté de documents de références sur les plans administratifs et cliniques en adoptant un Protocole de mise sous garde en établissement. Ce document et ses annexes tiennent compte des orientations ministérielles ainsi que des normes juridiques et seront révisés sur une base régulière. En 2019-2020, le protocole fut adopté dans les différentes instances de l'établissement et sa première phase de déploiement a débuté auprès du personnel concerné en début d'année. Étant donné la situation d'urgence sanitaire, la formation a été reportée à la prochaine année.

Initialement, il était planifié de déployer la partie du protocole concernant les gardes préventives en 2019-2020. Les outils et orientations ont été présentés à plusieurs des équipes concernées. Les présentations se poursuivront en 2020-2021. La deuxième phase de déploiement, concernant les gardes provisoires et en établissement, suivra au cours de l'année. De plus, le MSSS prévoit aussi le déploiement d'une formation sur la plateforme ENA qui viendra soutenir les professionnels.

ORIENTATION 2 : FAVORISER LA PRÉVENTION ET LES SAINES HABITUDES DE VIE

Projet de jardinage

Depuis quelques années, le jardinage, sous toutes ses formes, prend de plus en plus d'importance. Que ce soit pour des raisons environnementales, l'accessibilité à des fruits et des légumes frais ou pour le plaisir de mettre les mains à la terre. Le contexte de la pandémie aura même fait exploser les ventes de semences et de plants. Certains veulent assurer un approvisionnement et d'autres ont eu plus de temps libre pour jardiner.

Sur notre territoire, de beaux projets existent depuis quelques années. En voici quelques exemples :

À Chapais, un projet de jardinage intergénérationnel a vu le jour l'année dernière. Il s'agit d'une collaboration avec la maison de la famille et la résidence pour aînés. La maison de la famille s'occupe des semis ainsi que de la plantation avec les enfants. Par la suite, des sessions de jardinage sont organisées avec les aînés de la résidence où les bacs à jardinage ont été installés.

À Lebel-sur-Quévillon, un projet de jardinage intergénérationnel a également vu le jour l'année dernière. Sur le terrain de la résidence L'Étoile filante, 3 grands bacs à jardinage surélevés ont été construits. Le savoir des aînés a été mis à contribution afin de créer des liens intergénérationnels avec les enfants de la municipalité. À la fin d'avril, les enfants du CPE, du service de garde et les résidants ont fait les semis et en juin, les tout-petits et les plus grands ont mis les plants en terre. Des échanges enrichissants entre les personnes âgées et les enfants ont eu lieu sur le jardinage à deux époques différentes. Tout au long de l'été, les enfants du camp de jour, les résidants et leur famille ont entretenu le jardin, identifié les végétaux, récolté et dégusté les légumes frais. En août, un grand pique-nique intergénérationnel a eu lieu dans la cour arrière de la résidence avec les enfants du camp de jour. Toutes les activités ont été coordonnées par la diététiste-nutritionniste. Nous sommes très fiers que cette initiative ait reçu le prix Action communautaire dans le cadre du concours de la Semaine québécoise intergénérationnelle d'Intergénérations Québec. Le concours récompense des initiatives qui se sont démarquées pendant l'année. Il est ouvert à tous les organismes à but non lucratif, institutions ou individus ayant mis en œuvre une activité ou un projet favorisant le rapprochement entre les générations.

D'autres projets ont été mis en place comme :

- La vente des plants comestibles à la population afin d'offrir un service inexistant et d'encourager le jardinage résidentiel;
- La création de bacs à jardinage autoservice;
- L'intégration de végétaux comestibles dans les plates-bandes de la municipalité. En 2020, 2 bacs à jardinage autoservice ont été ajoutés et un aménagement d'arbustes fruitiers vivaces est prévu autour d'une gloriette favorisant les rassemblements.

À Matagami, depuis plusieurs années, on trouve des bacs à fines herbes et à légumes en autocueillette, des plates-bandes avec des végétaux comestibles et la plantation d'arbres et d'arbustes fruitiers. Aussi, des paniers de légumes biologiques y sont livrés en collaboration avec la ferme Espo'Art.

Tout autant de projets qui favorisent la prise de conscience relativement à l'agriculture, l'alimentation locale, la nature et l'environnement!

ORIENTATION 3 : PRENDRE SOIN DU PERSONNEL DU RÉSEAU

En juin 2019, une stratégie visant à promouvoir une culture favorisant la disponibilité de la main-d'œuvre au CRSSS de la Baie-James fut déposée au conseil d'administration. Cette stratégie se veut un outil de réflexion commune, une clarification des objectifs à court, moyen et long termes ainsi que les étapes à franchir pour être une organisation proactive et faire face au défi de la disponibilité de la main-d'œuvre. La stratégie comporte six axes, soit :

- Attraction et recrutement;
- Présence au travail;
- Rétention de la main-d'œuvre;
- Organisation du travail;
- Bassins régional et provincial;
- Conventions nationales et locales.

L'élaboration de la stratégie concerne principalement l'axe de l'attraction et du recrutement. Celle-ci est la plus apparente et semble être l'un des facteurs insécurisant de nombreux membres de l'organisation. En effet, dans les différents sondages et discussions avec les employés et gestionnaires, l'enjeu majeur perçu est celui du recrutement.

L'attraction organisationnelle et régionale est particulièrement importante dans les régions éloignées et encore plus dans notre région nordique. Nous devons composer avec des facteurs de migration interrégionale, d'exode des jeunes et de compétition avec les régions limitrophes.

Pour soutenir cet axe, nous avons dédié une ressource au recrutement, nous avons accru notre présence dans les médias sociaux et nous avons, entre autres, misé sur le recrutement international. L'évaluation des retombées de ce changement de notre stratégie est en cours. Dans le contexte de la pandémie, nous avons compté 14 embauches dans les deux dernières semaines de 2019-2020.

ORIENTATION 4 : MODERNISER LE RÉSEAU ET SES APPROCHES

L'adaptation des services aux personnes autochtones et d'expression en langue anglaise au CRSSS de la Baie-James

Au cours de l'année 2019-2020, les travaux ont porté principalement sur la révision du *Programme régional d'accès pour des services de santé et des services sociaux pour les personnes d'expression anglaise*, lequel fut adopté en

conseil d'administration en novembre 2019. Le décret gouvernemental est nécessaire pour en assurer sa diffusion. Conformément à ce programme, les axes de formation des professionnels en langue anglaise et les traductions de documents destinés à la clientèle se sont poursuivis.

Pour l'interprétariat, le service aux patients cris est toujours disponible au CS de Chibougamau. Nous sommes fiers d'avoir pérennisé un service d'agente de liaison. Ce projet maintenant récurrent permet d'avoir une ressource dédiée spécifiquement au CS de Chibougamau. Son rôle est d'intervenir directement auprès de la clientèle autochtone dans les situations où la langue ou l'aspect culturel peuvent nuire à la qualité des services offerts. L'agente de liaison accompagne aussi les intervenants sociaux qui le demandent lors de suivi auprès des clientèles autochtones. Enfin, nous avons un agent de planification à mi-temps qui travaille à faciliter les mécanismes de coordination avec les partenaires de la communauté crie. Nous espérons aussi pouvoir maintenir ce projet; des demandes ont été adressées en ce sens.

L'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et services sociaux

Parmi les pratiques cliniques à implanter de façon transversale, l'approche de partenariat est sans contredit la tendance de l'heure. Agrément Canada intègre cette approche dans toutes ses normes. De plus, le MSSS soutient financièrement l'implantation de cette approche pour laquelle le CRSSS de la Baie-James s'est engagé à en assurer le déploiement d'ici les deux prochaines années. Afin d'actualiser le Bureau de partenariat et faciliter le jumelage des demandeurs et des usagers-partenaires, le comité de direction a entériné en septembre 2019 une procédure et des annexes venant préciser le fonctionnement et les diverses étapes.

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

ATTENTES SPÉCIFIQUES

Attentes spécifiques				
N° de l'attente spécifique	Titre de l'attente	Description	État de réalisation	Commentaires
1.1	Implanter, d'ici le 31 mars 2020, le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche dans tous les CHSLD publics et privés conventionnés de la province de Québec (1.1)	Tout d'abord, les CIUSSS et CIUSSS pourront, participer à une rencontre d'information avec l'équipe du MSSS afin de bien comprendre le cadre de référence pour implanter le programme. Les établissements devront, ensuite, faire parvenir un plan de déploiement au MSSS. Le personnel de l'équipe de soins (infirmières, infirmières auxiliaires et PAB) ainsi que les professionnels embauchés (hygiénistes, dentistes et denturologistes) devront suivre une formation en ligne. Selon le financement accordé aux établissements, ceux-ci devront envoyer la liste de tous les professionnels embauchés au fur et à mesure. Une reddition de comptes sera demandée sur les dépenses octroyées : à la formation de l'équipe de soins, aux salaires des hygiénistes, aux déplacements de celles-ci, à l'achat d'équipement portatif, à l'achat de matériel de soins d'hygiène et aux honoraires des dentistes et denturologistes. D'autres indicateurs sont en développement et pourront être demandés en lien avec les activités réalisées par les professionnels dentaires.	Réalisé	
1.2	Assurer la participation des directions de santé publique aux travaux des CAR pour appuyer la concertation d'acteurs régionaux de divers secteurs d'activités autour de priorités et d'actions favorables à la santé (1.2)	Que les PDG s'assurent que les directions de la santé publique (DSPu) et/ou des membres de leur équipe participent activement aux travaux des CAR, notamment comme membre des comités qui s'occupent des enjeux de développement social, ou même à titre de membre de la CAR s'ils en conviennent ainsi. Cette participation vise à ce que les DSPu mettent à profit leur expertise, qu'ils participent à la concertation intersectorielle et qu'ils veillent à la mobilisation des partenaires autour de priorités et d'actions en faveur de la santé de la population et de la qualité de vie. Les PDG s'assurent également que les DSPu effectuent les suivis nécessaires au sein du CIUSSS/CIUSSS au regard de ces travaux et que d'autres directions y contribuent selon les besoins.	Non réalisé	Reddition de compte reportée au 7 août 2020

Attentes spécifiques				
N° de l'attente spécifique	Titre de l'attente	Description	État de réalisation	Commentaires
		Cette attente fait écho à l'action 1 du Plan d'action 2018-2020 du MSSS pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires et au résultat attendu que 100 % des DSPu participent aux travaux des CAR et d'autres instances pertinentes. Il s'agit aussi d'une condition facilitante pour la mise en œuvre du Plan national de la santé publique (PNSP) et de la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS).		
1.3	Présenter un bilan des activités réalisées en matière de lutte contre le tabagisme (1.3)	Un bilan faisant état des activités réalisées dans les milieux de vie est demandé (type d'activités, description des activités, objectifs visés, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre) à l'égard de la lutte contre le tabagisme chez les jeunes. Les activités déployées dans les différentes régions visent à contribuer à l'atteinte d'une des cibles du plan stratégique du ministère, soit la réduction de la proportion de fumeurs chez les 12 ans et plus. Le bilan régional permet de témoigner de la nature des activités déployées, des objectifs, des principaux partenaires engagés. Il sera ainsi possible d'apprécier l'intensité et l'ampleur des activités déployées ainsi que des retombées observées.	Non réalisé	Reddition de compte reportée au 28 août 2020
2.2	Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD (2.2)	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 ainsi que sur les résultats du 2 ^e soin d'hygiène complet par semaine, est demandé aux établissements.	Annulé	Reddition de compte annulée le 23 juin 2020
2.3	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) (2.3)	L'établissement doit compléter et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation.	Non réalisé	Reddition de compte reportée au 1 ^{er} septembre 2020
2.4	Plan d'action TSA (2017-2022) (2.4)	Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	Réalisé	

Attentes spécifiques				
N° de l'attente spécifique	Titre de l'attente	Description	État de réalisation	Commentaires
2.5	Déploiement du programme Agir tôt (2.5)	Un rapport de mise en œuvre est demandé pour le 15 janvier 2020 aux établissements.	Réalisé	
2.6	Offrir des milieux résidentiels adaptés aux besoins des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA (2.6)	Transmission par les établissements des données sur les listes d'attente et les types de milieux de résidence où vivent les usagers qu'ils desservent en DP-DI-TSA	Réalisé	
2.7	Suivi de l'ajout d'effectifs en CHSLD (2.7)	Via un formulaire GESTRED, les établissements visés doivent rendre compte de l'ajout d'effectifs dans les équipes interdisciplinaires en CHSLD.	Réalisé	
4.1	Consolider l'organisation des soins et des services offerts aux personnes atteintes d'Alzheimer (et autres troubles neurocognitifs) et à leurs proches (4.1)	Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS et CIUSSS devra être produit au 31 mars 2020. Le gabarit fourni par le MSSS ayant servi aux redditions de compte des années précédentes devra être utilisé à cette fin.	Non réalisé	Reddition de compte reportée au 14 septembre 2020
4.2	État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan national 2016-2018 – Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC (4.2)	Autoévaluation sur la poursuite du Plan d'action déposé le 31 octobre 2016, composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'état d'avancement des travaux au 31 mars 2020, ainsi que les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action de l'établissement doivent être évalués.	Annulé	Reddition de compte annulée par le MSSS le 30 juin 2020
4.3	Contribuer au déploiement provincial de la télé santé (4.3)	Les établissements devront démontrer leur contribution au déploiement de la télé santé au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du plan d'action en télé santé 2018-2020 et que le répertoire des services cliniques en télé santé soit à jour. Pour ce faire, un gabarit pour chacune des 3 actions sera fourni aux établissements par le MSSS pour complétion et retour en périodes 6 et 13.	Réalisé	

Attentes spécifiques				
N° de l'attente spécifique	Titre de l'attente	Description	État de réalisation	Commentaires
7.1	Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés (7.1)	Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour un bâtiment déficitaire inspecté en 2015 (lot #1) ou en 2016 (lot #2) et au 31 mars 2022 pour un bâtiment déficitaire inspecté en 2017 (lot #3). Si la cible de RDM d'un bâtiment inspecté en 2015 est de 80 % et que le différentiel entre l'IVP et le SE est de 3 %, l'IVP de ce bâtiment doit, au 31 mars 2020, minimalement diminuer de 2,4 % (80 % de 3 %) c'est-à-dire minimalement ramené à 15,6 %. Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du PCFI et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.	Non réalisé	Reddition de compte reportée au 7 août 2020
8.1	Sécurité civile (8.1)	Consolider les mécanismes de base en sécurité civile de façon à ce que l'établissement puisse assumer son rôle dans le déploiement de la mission Santé du Plan national de sécurité civile (PNSC). À cet effet, l'établissement doit: • disposer d'un plan de sécurité civile à jour présentant le système de garde 24/7, les comités internes de sécurité civile et le processus d'alerte et de mobilisation des ressources; • s'assurer que le personnel affecté à la sécurité civile a bénéficié d'une formation de base recommandée par le MSSS; • établir ou raffermir des liens de partenariat en sécurité civile.	Non réalisé	Reddition de compte reportée au 14 septembre 2020

Attentes spécifiques				
N° de l'attente spécifique	Titre de l'attente	Description	État de réalisation	Commentaires
8.2	Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux (8.2)	Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit poursuivre sa démarche de gestion des risques en sécurité civile (GRSC) et traiter au minimum un risque identifié comme prioritaire.	Non réalisé	Reddition de compte reportée au 14 septembre 2020
8.3	Plan de continuité des activités (PCA) – Santé et Services sociaux (8.3)	Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit lancer le projet d'élaboration d'un plan de continuité des activités (PCA) pour une portée d'établissement. Pour ce faire, la haute direction de l'établissement doit approuver une charte de projet présentant, entre autres : • la durée estimée du projet; • le calendrier de réalisation des étapes prévues au Guide pratique pour l'élaboration d'un plan de continuité des activités en établissement; • la structure de gouvernance. Cette dernière doit notamment identifier le porteur de dossier et le comité tactique qui collaborera à l'élaboration du PCA.	Non réalisé	Reddition de compte reportée au 14 septembre 2020
8.4	Révision des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise (8.4)	Les établissements ont reçu au printemps 2018 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 par courriel à l'adresse «ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca» ainsi qu'au Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise, à l'attention de monsieur Iannick Martin «iannick.martin@msss.gouv.qc.ca».	Réalisé	

Attentes spécifiques				
N° de l'attente spécifique	Titre de l'attente	Description	État de réalisation	Commentaires
8.5	Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise (8.5)	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 conseil d'administration de l'établissement résolution du conseil d'administration de l'établissement confirmant la création du comité régional, de même qu'une copie de la réglementation de celui-ci, doivent être transmises par courriel à l'adresse «ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca» ainsi qu'au Secréariat à l'accès aux services en langue anglaise, à l'attention de monsieur Iannick Martin «iannick.martin@msss.gouv.qc.ca».	Réalisé	
9.1	Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et en services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits (9.1)	Comme stipulé au cadre normatif, à la section 1.3 Encadrement législatif et administration, l'établissement doit s'assurer que : «la qualité d'une ressource est basée sur la pertinence de sa présence dans l'application, la validité de la ressource et de ses composantes. L'attente exige un pourcentage de mise à jour de 95 % ou plus». La méthode de calcul définie est le «Nombre de ressources mises à jour à la fin de la période» selon le calendrier établi au cadre normatif sur le «Nombre de ressources totales à la fin de la période». Si la proportion est en deçà de l'objectif prévu, cela indique à l'établissement qu'il lui faut s'assurer d'avoir les ressources humaines suffisantes pour effectuer cette tâche. Les données de l'application sont mises à jour en temps réel et les extractions servant aux rapports sont une représentation à un jour et une heure fixes.	Réalisé	

Attentes spécifiques				
N° de l'attente spécifique	Titre de l'attente	Description	État de réalisation	Commentaires
9.2	Maintien des dispositions de la directive sur la cybersécurité (9.2)	Conformément à la directive sur la cybersécurité, l'établissement devra se conformer à ses dispositions. Ces attentes spécifiques seront incluses dans l'outil permettant de faire la reddition de comptes en sécurité de l'information demandée chaque année dans le bilan de sécurité de l'information. Ainsi, au cours de l'année 2019-2020 les dates de transmission du bilan sont les suivantes: au plus tard le 31 mai 2019 pour l'exercice se terminant le 31 mars 2019 et le 31 mai 2020 pour l'année financière 2019-2020. 1. Maintenir à jour l'inventaire de l'ensemble des actifs informationnels; 2. Procéder à des tests de vulnérabilité; 3. Gérer efficacement les menaces; 4. Mener une analyse des risques de sécurité de l'information; 5. Gérer sainement la sauvegarde et la restauration des données.	Non réalisé	Reportée à une date indéterminée

ENGAGEMENTS ANNUELS

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Cancérologie			
Plan stratégique 19-23			
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	100%	90%	75%
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100%	100%	75%
Commentaires 1.09.33 : Il s'agit de petits nombres en ce qui concerne les patients en attente de chirurgie oncologique dans le délai supérieur à 28 ou 56 jours. Ce type de chirurgie est généralement fait à l'extérieur de la région. Avec le centre de répartition des demandes de services (CRDS), les patients sont redirigés vers le Saguenay-Lac-Saint-Jean qui est notre corridor de services pour le secteur est de la région, et en Abitibi-Témiscamingue pour le secteur ouest de la région, certains usagers choisissent exceptionnellement de recevoir le service dans la région, ce qui permet de constater que les chirurgies oncologiques représentent de très faibles volumes (n<5). Les raisons évoquées sont la non disponibilité de l'usager.			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Santé publique			
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	75%	80%	100%
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	98,8%	97%	99,3%
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	86,6%	90%	90,8%
Plan stratégique 15-20			
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	88	85	115

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Santé publique			
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	87,3%	83,1%	85,2%
1.01.32-EG2 Proportion des élèves de 4e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec	N/D	90%	49,0%
Commentaires			
1.01.13.01 : Les douze écoles de la région ont collaboré aux actions de promotion/prévention selon une offre de services personnalisée. Les gestionnaires et les intervenants ciblés ont été présents aux instances de concertation en plus d'assurer les services. 1.01.27 et 1.01.28 et 1.01.30 : L'atteinte des engagements en vaccination est historiquement toujours atteinte. Ce service est jugé essentiel pour la protection des enfants. En cas d'absence de ressources humaines, le service est priorisé pour lui attribuer des ressources. C'est vraiment le manque de disponibilité des usagers (ou leur état de santé) qui représente le principal frein à l'atteinte de l'engagement pour les vaccins à un an, car nous respectons tous les engagements. 1.01.29 : Les activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans ont connu une augmentation importante depuis l'an dernier, notamment par les efforts de promotion dans les milieux publics tels que les bars et les écoles. La hausse s'observe tant dans les murs que hors les murs. 1.01.32 : La deuxième dose entourant la vaccination des élèves de 4e année, étant prévue au printemps dans les écoles, fut retardée en raison de la pandémie de la COVID-19, d'où un résultat plus faible au 31 mars 2020. La vaccination des élèves a eu lieu en juin 2020 avec un taux très élevé de participation.			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales			
Plan stratégique 15-20			
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100%	100%	N/D
Plan stratégique 15-20	100%	100%	N/D



Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales			
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 <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)			
Plan stratégique 15-20 1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100%	100%	N/D
Plan stratégique 15-20 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	86,4%	80%	81%
Commentaires 1.01.26 : La prévention et le contrôle des infections est soutenu par le Comité stratégique de prévention et de contrôle des infections, lequel possède un plan d'action annuel. Les résultats d'audits de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains sont utilisés pour faire des rappels, ajouter des postes d'hygiène des mains, améliorer les politiques et les procédures et donner de la formation au besoin. Bien que le résultat soit légèrement inférieur à l'an dernier, il dépasse la cible provinciale. Comparativement à l'an dernier, l'intégration des meilleures pratiques de la norme d'Agrément Canada a permis une auto-évaluation et un rappel de cette pratique sécuritaire de base en vue de viser les plus hauts standards de qualité pour l'ensemble des équipes soignantes. Un bulletin interne sur cette pratique a été diffusé à tous.			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Soutien à domicile de longue durée			
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	34 488	36 357	35 523
Plan stratégique 15-20 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	194	230	220
Plan stratégique 15-20 1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	81,4%	90%	57,7%
Commentaires 1.03.05.01 : Les investissements en soutien à domicile permettent d'accroître le nombre d'heures totales de services auprès des usagers peu importe les modes de dispensation de services. L'augmentation fut réelle même si légèrement inférieur à la cible. Le recrutement de nouveaux employés est très difficile. Concernant les investissements de 2019-2020, le Conseil d'administration a accepté l'ajout de deux auxiliaires (ASSS), ainsi qu'une agente administrative et des heures en travail social. 1.03.11 : Le nombre de personnes desservies en SAD longue durée représente les clients actifs au 31 mars et non l'ensemble des personnes totales desservies durant l'année. On note une augmentation en comparaison de l'an dernier, mais dont l'objectif lié à l'engagement est atteint à 96%. 1.03.12 : La baisse observée du pourcentage de personnes n'ayant pas une évaluation et un plan d'intervention à jour s'explique notamment du fait que notre personnel a pratiquement comblé l'ensemble des heures totales de services, rendant difficile le temps accordé aux évaluations et aux plans d'intervention. La fermeture des portes de l'entreprise d'économie sociale en mars 2020 a créé un changement important dans les modes de dispensation de services puisque pendant plusieurs mois l'établissement comblait la demande de services. Une nouvelle entreprise d'économie sociale offre dorénavant le service.			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées			
Plan stratégique 15-20 1.03.07.00-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée	100%	100%	N/D
Plan stratégique 15-20 1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100%	100%	N/D
Plan stratégique 15-20 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100%	100%	N/D
Plan stratégique 15-20 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	0%	100%	N/D
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	57,9%	70%	87,5%
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	94,1%	95%	93,5%

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées			
Commentaires			
1.03.07.00, 1.03.07.01 et 1.03.07.02 ont été retirés par le MSSS.			
1.03.13 : Un seul indicateur est disponible à ce jour. Malgré le manque d'alternatives pour l'hébergement des clientèles en perte d'autonomie dans la région, nous avons réussi à admettre en CHSLD presque uniquement des usagers ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14. Nous avons admis un total de 16 personnes au sein de nos 3 installations, dont 2 personnes ayant respectivement un profil 7 et 8, considérant l'errance et les risques de fugue. Ces personnes requérant une grande surveillance, nous n'avons pas de milieu alternatif à proposer. Le mécanisme d'accès à l'hébergement a été révisé et fut adopté par le conseil d'administration en 2019-2020. Une meilleure compréhension du mécanisme et une adhésion des acteurs favorisent l'atteinte de la cible. Le CRSSS de la Baie-James poursuit ses efforts dans l'intensification des services d'aide à domicile et les autres alternatives en hébergement afin d'offrir une réponse plus adaptée selon le profil de la personne. 1.03.16 : Dans le cadre du calcul de cet indicateur, on ne tient compte que des usagers dont l'épisode de service est actif à une date déterminée. Il s'agit donc d'une « image » à une date précise (à la fin de la période financière) et non pas d'un portrait cumulatif depuis le début de l'année. Pour nos installations, ce sont 29 résidents sur 31, hébergés en date du 31 mars, qui ont une évaluation à jour et un plan; cela correspond à 93,5%. Un état de situation pour la justification des écarts fut transmis le 29 mai 2020.			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Déficiences			
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	100%	100%	75%
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	N/A	90%	50%
Plan stratégique 15-20			
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	N/A	100%	100%



Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Déficiences			
jour ou de soutien à l'intégration au travail			
Commentaires			
1.45.04 : En ce qui concerne les résultats au niveau de la clientèle en déficience physique, nous constatons après l'analyse des quelques demandes d'utilisateurs qu'il y a parfois confusion dans la codification des interventions. Par exemple, l'ajout d'une évaluation d'un autre département peut être considéré comme une nouvelle demande alors que ce n'est pas le premier service et ne devrait pas figurer dans l'indicateur. Par ailleurs, un refus de services ne devrait pas apparaître non plus dans le calcul du délai d'accès alors que les données n'ont pas été corrigées en ce sens.			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Jeunes en difficulté			
Commentaires			
1.06.17 : Le taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence n'est pas applicable dans notre région puisque nous sommes en ententes de services avec nos régions limitrophes pour ce service.			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Dépendances			
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	67,6%	80%	93,1%
Plan stratégique 15-20 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	85,7%	90%	85,7%
Commentaires			
1.07.04 : Les délais de 15 jours ouvrables ont été respectés au-delà de notre engagement en ce qui concerne les services de dépendance en centre de réadaptation. Le fait d'avoir les ressources prévues en place permet une adéquation de l'offre de service aux usagers. Une intervenante en dépendance a été ajoutée au centre de formation professionnelle permettant ainsi un service de proximité.			
1.07.06 : Il reste toujours deux composantes sur quatorze à finaliser pour atteindre 100% d'implantation de l'offre de services. Cela requiert la participation de collaborateurs externes.			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Santé mentale			
Plan stratégique 15-20 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	18	18	18
Commentaires : 1.08.13 : Le service de soutien d'intensité variable est toujours atteint en collaboration avec l'organisme communautaire en santé mentale de la région.			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Soins palliatifs et de fin de vie			
Plan stratégique 15-20 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	51	38	42
Plan stratégique 15-20 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	1	1	1
Plan stratégique 15-20 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	8,6%	0%	18,2%
Commentaires 1.09.05 : On note une baisse du nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie comparativement à l'an dernier, mais ce résultat dépasse notre engagement pour l'année. Nous suivons les besoins de la clientèle et le plan d'action en soins palliatifs et de fin de vie 2015-2020. Avec le contexte de la Covid-19, la diffusion du plan d'action 2020-2024 a été reportée. Nous continuons donc de travailler le plan 2015-2020 pour le moment. 1.09.45 : Le nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie est conforme en lien avec le ratio de la population desservie (1 lit/10 000 habitants). 1.09.46 : Nous affichons une hausse par rapport à l'année précédente, avec un cas de plus d'usagers décédés à domicile et ayant reçu des soins palliatifs à domicile. Nos équipes offrent ce service dans le respect des volontés des usagers en soins palliatifs.			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Santé physique – Services de première ligne			
Plan stratégique 15-20			
1.09.25-PS Nombre total de GMF	1	1	1
Plan stratégique 19-23			
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	87,29%	85%	84,81%
Commentaires 1.09.27-PS : On note une légère baisse du pourcentage de la population inscrite à un médecin de famille qui peut s'expliquer par le départ de médecins de famille non comblé dans des milieux déjà en pénurie où il a été impossible pour les médecins présents sur place de prendre toute la clientèle orpheline. Beaucoup d'efforts furent déployés pour le recrutement et le recrutement international. Il y a eu de la sollicitation de candidats internationaux et des rencontres avec les équipes médicales. De plus, il y a eu une refonte du logo et du matériel promotionnel pour mieux rejoindre les candidats potentiels. Nous avons aussi augmenté notre présence sur les réseaux sociaux et nous multiplions les approches personnalisées avec les candidats, et ce, tout au long de leur cursus scolaire.			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Chirurgie			
Plan stratégique 15-20			
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	0	2
Commentaires 1.09.32 : Deux demandes sont en attente depuis plus d'un an sur un volume de 109 demandes de chirurgies. Il s'agit tout de même du volume de chirurgies traitées le plus élevé depuis les cinq dernières années. Les deux cas qui dépassent les délais d'un an s'expliquent par nos particularités nordiques. En effet, l'éloignement et le nombre de cas requis pour la venue de spécialistes en région fait en sorte qu'il peut y avoir une seule visite de spécialistes par année. Si l'utilisateur n'est pas disponible à ce moment, cela compte comme un premier refus de la part de l'utilisateur et allonge le délais d'attente.			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Santé physique – Services de première ligne			
Plan stratégique 19-23			
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	100%	90%	75%
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100%	100%	75%

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Santé physique – Services de première ligne			
Commentaires DOUBLON			
1.09.33.01 et 1.09.33.02 : Il s'agit de petits nombres en ce qui concerne les patients en attente de chirurgie oncologique dans le délai supérieur à 28 ou 56 jours. Ce type de chirurgie est généralement fait à l'extérieur de la région. Avec le centre de répartition des demandes de services (CRDS), les patients sont redirigés vers le Saguenay-Lac-Saint-Jean qui est notre corridor de services pour le secteur est de la région, certains clients choisissent exceptionnellement de recevoir le service dans la région, ce qui permet de constater que les chirurgies oncologiques représentent de très faibles volumes (<5). Pour le secteur ouest de la région, nos corridors de services sont fonctionnels avec la région de l'Abitibi-Témiscamingue.			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Santé physique – Imagerie médicale			
Plan stratégique 15-20 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	100%	100%	100%
Plan stratégique 15-20 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%
Plan stratégique 15-20 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100%	100%	100%
Plan stratégique 15-20 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%	100%	100%
Plan stratégique 15-20 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%	100%	100%
Plan stratégique 15-20 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%



Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Santé physique – Imagerie médicale			
Commentaires			
1.09.34 : Les services d'imagerie médicale disponibles dans la région respectent l'ensemble des cibles, et ce pour une autre année consécutive. Les spécialistes sur place permettent l'atteinte des résultats.			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Ressources matérielles			
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100%	100%	100%
Commentaires			
2.02.02 : Les travaux requis pour éliminer les zones grises ont été travaillés il y a plusieurs années et nous atteignons la cible annuellement. Toutes les unités, soit trois unités de courte durée et une de soins critiques ont complété les 4 étapes.			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Ressources humaines			
Plan stratégique 15-20			
3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	7,14	7,1	7,83
Plan stratégique 19-23			
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	6,16	5,7	5,96
Plan stratégique 15-20			
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	4,31	4,13	6,34
Commentaires			
3.01; 3.06 et 3.05.02 : Afin d'assurer une présence au travail dans nos services de base et de première ligne, le recours à la main-d'œuvre indépendante a bondi. Il est passé de 4,14 en début d'année pour se rendre progressivement à 6,34. Cette alternative, a permis de diminuer le taux d'heures supplémentaires vers l'engagement escompté. Il témoigne tout de même d'une précarité et d'un enjeu important que sont les ressources humaines. Le ratio d'heures en assurance-salaire est celui qui apparaît le plus en difficulté, il n'a pas été possible de le diminuer. Des analyses ont eu lieu au cours de l'année afin de mieux comprendre le portrait de la main-d'œuvre et les défis occasionnés : âge et expérience des employés, besoin évident de formation et d'encadrement clinique ainsi que du soutien aux gestionnaires.			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Multiprogrammes			
Plan stratégique 15-20 7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	53%	67%	58%
Plan stratégique 15-20 7.02.00-PS Taux d'implantation de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir	45%	100%	47% en P6
Commentaires			
7.01.00-PS : Le pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours s'est amélioré considérablement comparé à l'an dernier même s'il n'atteint pas la cible escomptée. On remarque également un volume plus important de demandes de services annuel passant de 479 à 536 à la même date. En région nordique, les intervenants travaillent dans plusieurs programmes services, de sorte que le non-remplacement d'un seul poste vacant rend difficile la réponse aux besoins dans les délais requis. Le nombre de postes vacants en services de nature psychosociale est un enjeu de ressources humaines important. Pour y remédier, la direction des ressources humaines travaille une stratégie de recrutement et de rétention. 7.02.00-PS : La stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir possède son plan d'action annuel et la structure requise pour cerner le portrait de la clientèle et l'analyse diagnostique. La fiche de suivi du Plan d'action interministériel en itinérance témoignant de l'état d'avancement de l'implantation de l'étape 4 de la stratégie fut acheminée au MSSS au 30 juin 2019 comme requis. Dans le contexte où nous étions déjà en attente des outils, du guide et des formations sur les guides, nous n'étions pas en mesure d'avancer davantage dans l'implantation de la stratégie au 31 mars. Le résultat est celui disponible à la mi-année compte tenu qu'avec le contexte de pandémie, la reddition de compte et les travaux furent reportés à décembre 2020.			

TABLEAU 2 :

Autres résultats pour certains indicateurs du plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux

Indicateur	Résultat au 31 mars 2020	Commentaires
1.03.05.05 - Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	34 254	Les investissements en soutien à domicile permettent d'accroître le nombre d'heures totales de services auprès des usagers peu importe les modes de dispensation de services. L'augmentation fut réelle même si légèrement inférieur à la cible. Le recrutement de nouveaux employés est très difficile. Concernant les investissements de 2019-2020, le Conseil d'administration a accepté l'ajout de deux auxiliaires (ASSS), ainsi qu'une agente administrative et des heures en travail social.
1.03.05.06 - Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	609	Le nombre de personnes desservies en SAD longue durée représente les clients actifs au 31 mars et non l'ensemble des personnes totales desservies durant l'année. On note une augmentation en comparaison de l'an dernier, mais dont l'objectif lié à l'engagement est atteint à 96%.
1.06.19 - Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins	61,9%	Près du tiers des jeunes ont accès à un premier service dans un délai de 30 jours ou moins. Le manque de ressources en région nordique peut parfois occasionner des délais supérieurs à 30 jours puisque nous pouvons difficilement assurer leur remplacement.
1.08.16-PS Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	82	Au cours de l'année, le nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale ne diminuait pas malgré l'ajout d'une travailleuse sociale 3 jours/semaine dans l'équipe santé mentale. Nous avons donc eu recours à des services achetés pour effectuer des évaluations psychologiques, ce qui nous a permis de diminuer de façon significative la liste d'attente en santé mentale jeunesse depuis le printemps 2020, soit après le 31 mars, portant à 32 la liste d'attente en période 2 (2020-2021).

**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'AGRÈMENT

Partout au Québec, un nouveau processus d'accréditation est en cours pour agréer les établissements en santé et services sociaux dans la culture de sécurité. L'agrément nous aide à améliorer la qualité et la sécurité en mettant en lumière les processus qui fonctionnent bien et ceux auxquels nous devons porter une attention particulière. Le résultat est une réduction des risques et une meilleure qualité des soins et services.

Du 22 au 27 septembre 2019, le CRSSS de la Baie-James recevait les visiteurs venus auditer la sécurité des soins et services selon les critères d'Agrément Canada, pour le cycle 2018-2023. Ce n'est qu'en 2023 que nous aurons notre nouveau statut. Pour le moment, nous demeurons agréés.

Cinq normes transversales ont été regardées par les équipes et ont fait l'objet de plans spécifiques d'amélioration, soit :

- Gouvernance;
- Leadership;
- Gestion des médicaments;
- Prévention des infections;
- Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables.

De plus, la norme santé publique et les programmes-services Jeunesse, santé mentale et dépendances ont également été audités.

Ce sont 1 560 critères qui ont été examinés dans cinq installations (incluant le centre administratif et à l'exception de Radisson). Des partenaires de chacun des milieux, des employés et des usagers ont pris part aux rencontres des visiteurs. Les rapports des séquences 1 et 2 nous montrent un taux de conformité de 92,6% pour les 1560 critères de normes évalués. Sur les 32 pratiques organisationnelles requises (POR), 26 sont entièrement respectées. Toutes les preuves supplémentaires attendues (n=5) pour le 27 février 2020 ont été jugées conformes.

Ces preuves supplémentaires ont été l'occasion pour les équipes d'agir en amélioration continue. Par exemple, des pratiques de mesures d'urgence ont été réalisées et un calendrier a été établi pour poursuivre ces simulations. Du coup, de la formation fut offerte au personnel impliqué. Le comité interdisciplinaire sur les activités pharmaceutiques a révisé son mandat et sa composition. Le bilan comparatif des médicaments fait partie du plan d'action à travailler, pour lequel nous nous sommes engagés. Enfin, diverses procédures en retraitement des dispositifs médicaux ont été mises à jour et rendues disponibles dans les portails électroniques, devenant ainsi la référence officielle de l'établissement.

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, cela 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.

Dans sa culture de sécurité, 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. En



fait, avec l'approbation du Comité de gestion des risques, une nouvelle trajectoire visant la gestion d'événements sentinelles a vu le jour, aussi bien qu'un outil d'analyse de ce genre d'événement. D'autre part, un deuxième outil a aussi été conçu afin de faciliter la divulgation de l'occurrence des événements auprès de l'utilisateur, de sa famille et ses proches.

Des activités de formation personnalisées sont offertes à tous les nouveaux gestionnaires. D'autres personnes responsables des suivis ont également reçu cette formation, par exemple les assistants aux supérieurs immédiats. Le CRSSS de la Baie-James s'est doté d'un plan de formation qui suivra aussi en 2020-2021. C'est un projet qui cherche à faire une mise à niveau de l'ensemble des employés et médecins œuvrant au sein de notre établissement, ainsi qu'au déploiement de l'application SISSS pour la déclaration électronique des incidents/accidents.

Des suivis, incluant la présentation de données statistiques des 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. À cet effet, des tableaux de bords des événements déclarés sont produits à tous les 3-4 mois afin de rétroalimenter nos équipes, et ce, par le biais des stations visuelles et des salles de pilotage.

Pour ce qui est de l'accompagnement, notre équipe de gestion de risques soutient nos gestionnaires à l'analyse des événements de gravité F et plus, ainsi qu'à l'interprétation des résultats issus des tableaux de bord. Le comité de gestion des risques et de la qualité assure également les suivis des mesures de prévention de la récurrence mis en place.

La répartition des événements déclarés selon le type d'événement

En 2019-2020, 1 193 cas ont été répertoriés au CRSSS de la Baie-James via le formulaire AH-223. Le tableau 2 présente les incidents et accidents déclarés selon le type d'événements survenus. Parmi les trois événements les plus fréquents, on dénombre 464 erreurs liées à la médication, 236 chutes, et 106 erreurs liées au dossier, soit respectivement 39 %, 20 % et 9 % de la totalité des événements déclarés. Donc, à eux seuls, ces trois types d'événements sont à l'origine d'environ 68 % des déclarations d'incidents ou d'accidents au cours de cette année financière.

TABLEAU 3 :
Répartition des événements déclarés selon le type d'événements année 2019-2020

Type d'événements déclarés	Nombre	%
Médication	464	38,9%
Chute	236	19,8%
Erreur liée au dossier	106	8,9%
Traitement	105	8,8%
Lié au matériel	43	3,6%
Lié à l'équipement	40	3,4%
Test Dx Imagerie	34	2,8%
Autre	31	2,6%
Test Dx Laboratoire	21	1,8%
Abus/Agression/Harcèlement/Intimidation	17	1,4%
Lié à l'identification	14	1,2%
Bris de confidentialité	11	0,9%
Diète	10	0,8%
Événement en lien avec une activité	9	0,8%
RDM/MMUU	9	0,8%
Événement relié au transport	9	0,8%
Lié au bâtiment	8	0,7%
Blessure d'origine connue	5	0,4%
Fugue/disparition (encadrement intensif)	4	0,3%
Évasion (garde fermée)	3	0,3%
Lié aux mesures de contrôle (isolement et contention)	3	0,3%
Lié aux effets personnels	3	0,3%
Obstruction respiratoire	2	0,2%
Décompte chirurgical inexact – omis	1	0,1%
Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feu, arme blanche, etc.)	1	0,1%
Lié au consentement	1	0,1%
Défaut de port d'équipement/vêtement de protection	1	0,1%
Désorganisation comportementale(avec blessure)	1	0,1%
Intoxication suite à consommation drogue/alcool ou substance dangereuse	1	0,1%
Total	1 193	100,0%

Les événements déclarés selon l'indice de gravité

Incidents

En ce qui a trait aux incidents, en 2019-2020 on en a dénombré 279, soit environ 24 % du total d'événements déclarés. Parmi les incidents, on trouve 173 événements de gravité A et 106 événements de gravité B; ce qui représente respectivement 14,5% et 8,8 % du total des événements déclarés (données non présentées). À l'égard de la nature

des trois principaux types d'incidents, les erreurs liées au dossier (7,7%) occupent le premier rang, suivis par les événements en lien avec la médication (4,0%) et les erreurs liées au matériel (1,8 %).

TABLEAU 4 :
Répartition des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B)

Type d'événements	Indice de gravité				Total	
	A		B			
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Erreur liée au dossier	64	5,4%	28	2,3%	92	7,7%
Médication	18	1,5%	30	2,5%	48	4,0%
Lié au matériel	13	1,1%	9	0,8%	22	1,8%

Note : les proportions sont exprimées par rapport au total des événements déclarés en 2019-2020, soit 1 193 cas.

Accidents

En matière d'accidents, 914 événements ont été déclarés au cours de l'année 2019-2020, soit environ 76 % de l'ensemble des événements déclarés. Parmi les accidents déclarés, on constate que 571 événements étaient de gravité C (47,9 %), 309 de gravité D (25,9 %), 22 de gravité E1 (1,8 %), 6 de gravité E2 (0,5 %) et 6 de gravité F (0,5 %). Fait important à souligner, en 2019-2020 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 a trait à la nature des trois principaux types d'accidents, les erreurs liées à la médication (34, %) occupent le premier rang, suivis par les chutes (19,7 %) et les erreurs liées au traitement (7,5 %).

TABLEAU 5 :
Répartition des trois principaux types d'accidents (indices de gravité C et plus)

Type d'événements	Indice de gravité										Total	
	C		D		E1		E2		F			
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Médication	349	29,3%	60	5,0%	5	0,4%	0	0,0%	2	0,2%	416	34,9%
Chute	63	5,3%	152	12,7%	13	1,1%	4	0,3%	3	0,3%	235	19,7%
Traitement	63	5,3%	21	1,8%	2	0,2%	2	0,2%	1	0,1%	89	7,5%

Note : les proportions sont exprimées par rapport au total des événements déclarés en 2019-2020, soit 1 193 cas

Le processus de divulgation est conçu comme l'action de porter à la connaissance de l'utilisateur 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 1 193 événements déclarés au CRSSS de la Baie-James en 2019-2020, il y en a eu 34 entraînant une divulgation obligatoire, pour lesquels cette démarche a été effectuée à 100 %. Concernant la documentation de la divulgation, le dossier de l'utilisateur a été utilisé dans 94,1 % des cas et le rapport de divulgation dans 5,88 % des cas. Pour ce qui est des personnes à qui les informations ont été divulguées, on constate que la divulgation a été faite dans 47 % des cas à l'utilisateur lui-même et 53 % des cas à un parent ou à un proche de l'utilisateur. 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 spécifique à la prévention des chutes existe depuis plusieurs années mais s'est réuni à 1 reprise au cours de l'année 2019-2020. Le taux de participation fut de 42% en raison de la

précarité des ressources humaines et de leur impossibilité de joindre le comité. Le comité souhaite poursuivre les priorités d'action en matière de prévention des chutes chez les usagers. Ce plan se poursuivra en 2020-2021. Parmi les faits saillants de l'année, l'infirmière de liaison du CS de Chibougamau incite le personnel des unités de soins à prendre connaissance du cadre de référence en prévention des chutes et de ses outils. Jusqu'à maintenant, ce sont environ 25 personnes qui ont été rencontrées en soins de courte durée, au milieu de vie et à l'urgence du CS de Chibougamau.

Les activités pharmaceutiques. Une pharmacienne passe en revue tous les rapports d'erreurs en lien avec les médicaments puis fait des recommandations au comité de gestion des risques et de la qualité. Une présentation bisannuelle du nombre d'événements déclarés en lien avec la médication est faite à l'équipe de la pharmacie. Des recommandations et suivis sont également réalisés lors de ces présentations.

De plus, le comité interdisciplinaire sur les activités pharmaceutiques a révisé son mandat et sa composition afin d'optimiser l'utilisation des ressources, avec le comité de pharmacologie du CMDP. Les étapes permettant l'adoption de la nouvelle charte du comité sont les suivantes :

1. Recommandation au Comité de pharmacologie du 6 novembre 2019;
2. Recommandation au Comité de coordination clinique du 12 novembre 2019;
3. Recommandation au Comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du 6 décembre 2019;
4. Approbation au Comité de direction du 18 décembre 2019.

Le comité interdisciplinaire verra à la réalisation d'un plan d'action notamment sur l'implantation du bilan comparatif des médicaments ainsi que les éléments d'amélioration continue identifiés dans la démarche d'agrément.

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, étant inférieur au seuil pour chacun des types d'infections en 2019-2020.

En ce qui concerne l'hygiène des mains, les audits ont eu lieu de la mi-novembre 2019 à la mi-février 2020. Afin d'assurer un comparatif réaliste avec les audits précédents, les horaires ainsi que le temps alloué pour les observations ont été planifiés en fonction des départements en observation, du nombre d'employés qui y travaillent ainsi que de l'achalandage. La situation de pandémie mondiale a fait en sorte que les audits planifiés au mois de mars, soit avant la fin de la période financière, n'ont pu être réalisés. En contrepartie, cette situation a permis de mettre l'emphase sur l'importance d'une bonne hygiène des mains et sur la réalisation des formations disponibles pour continuer d'être à jour.

Les observations ont été menées sur les trois quarts de travail au Centre de santé René-Ricard, au Centre de santé de Chibougamau, au Centre de santé Lebel et au Centre de santé Isle-Dieu. Pour l'ensemble des quatre installations du CRSSS de la Baie-James auditées, dix catégories de professionnels ont pu être observées, ce qui représente plus



d'une centaine de personnes. Tout au long des audits, des rétroactions ont été faites au personnel audité. Le taux de conformité global à l'hygiène des mains est à 82,8 %, alors que l'an dernier il se situait à 86,4%.

Au cours de l'année 2019-2020, le comité stratégique de prévention et contrôle des infections a tenu 4 rencontres, suivant ainsi les balises ministérielles.

Plusieurs travaux de construction ont demandé la surveillance et les recommandations de la PCI dû à l'impact potentiel qu'il pourrait y avoir sur les usagers. Le plus important étant le projet d'efficacité énergétique.

L'arrivée de la COVID a nécessité beaucoup de mobilisation de la part de la PCI dont la création d'une équipe de prévention des infections. Plusieurs travaux autant de construction (création de zone tiède, de clinique de dépistage, d'unité COVID) que la production de différents outils pour les équipes ont eu un impact sur le travail de l'équipe PCI. Beaucoup de soutien aux équipes a dû être fait. La création des midis-PCI a permis, malgré les mesures de distanciation sociale, de joindre une grande quantité de personnes œuvrant dans différents milieux pour leur fournir de la formation et de l'information. Bien que la COVID ait apportée beaucoup de travail, de mobilisation et d'inquiétude, la situation a permis de remettre l'emphasis sur l'importance de la prévention des infections au quotidien. Ce fut un bon moment pour mettre d'avant, pour tout le personnel, les principes de base en PCI, notamment l'hygiène des mains et l'étiquette respiratoire.

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. Parmi les mesures alternatives, mentionnons la distraction, la musique, une promenade, etc. Dans 51% des cas où une mesure de contrôle a été envisagée, une mesure alternative de remplacement a été utilisée.

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 déclarées ont été utilisées comme mesures de contrôle dans 100% des cas et jamais comme mesures de positionnement (0% des cas déclarés), pour un total de 45 utilisations (épisodes de soins) chez 21 usagers différents comparé à 27 usagers l'an dernier. Les types de mesures les plus fréquemment utilisées sont les demie-portes (23), les contentions aux poignets et/ou chevilles (13) et les portes barrées (8) sur un total de 59 mesures, sachant qu'un usager peut avoir plus d'une mesure à la fois.

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 3 installations qui offrent ces services.

Pour les milieux de vie, le nombre de plaies de pressions (nouvelles ou existantes) est de 12 comparé à 14 en 2018-2019. De ces 12 plaies, 7 proviennent du CRSSS de la Baie-James et 5 du domicile. La majorité des plaies de pression (8) ont été détectées à un stade I ou moins et 4 sont de stade II. De l'ensemble des 12 plaies, on note qu'il y a eu une amélioration pour 11 plaies et 1 s'est détériorée. Les trois quarts des plaies (9/12) ont fait l'objet d'interventions préventives et d'un plan thérapeutique infirmier.

En courte durée, 12 plaies de pression ont été répertoriées (7 nouvelles et 5 existantes) en comparaison à 13 en 2018-2019 (11 nouvelles et 2 existantes), une augmentation d'une plaie déclarée.

Les plaies en courte durée ont été détectées en majorité à un stade I ou II avec 4 cas respectivement. Les patients provenaient en majorité de l'établissement (6), suivi d'un autre établissement (3) ou du domicile (3). Enfin, 83% des plaies en courte durée ont fait l'objet d'interventions préventives et cinq durent avoir un plan thérapeutique infirmier à déterminer ou à ajuster.

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, deux recommandations (pour un décès) visant notre organisation ont fait l'objet d'un suivi de la part du coroner en chef. Ainsi, une évaluation de la qualité des soins a été demandée à la Direction des soins infirmiers ainsi qu'à la Direction des services médicaux et des services professionnels. Le comité d'évaluation de l'acte médical étudiera le cas spécifique, dans l'évaluation annuelle de 2019, des cas de mortalité survenus en centres de santé. La Direction de soins infirmiers a fait un rappel personnalisé auprès de chacune des infirmières et infirmières auxiliaires des unités de soins sur la déclaration des incidents-accidents, sur les mesures de dépistage de risques de chutes, sur l'évaluation de la condition physique et mentale et sur leur obligation d'évaluation lors de changements significatifs dans l'état de santé de l'usager ou de l'accueil d'un usager. De plus, le rôle de supervision du personnel sera rappelé lorsque l'infirmière se voit confier le rôle de superviseur par les assistantes au superviseur immédiat. Enfin, le mécanisme de déclaration et de gestion des incidents-accidents fait l'objet de formation auprès de l'ensemble du personnel et ce conformément aussi aux normes d'Agrément Canada.

Au cours de 2019-2020, aucune visite ministérielle n'a eu lieu pour l'évaluation de la qualité du milieu de vie des ressources intermédiaires et des ressources de type familial.

En ce qui concerne l'évaluation du milieu de vie en CHSLD, aucune visite ministérielle n'a eu lieu en 2019-2020 pour notre établissement.

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 était vacant. Le comité des usagers a désigné un représentant. Les membres se sont rencontrés à 3 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 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 a entériné les activités suivantes :

Afin d'améliorer la qualité des déclarations et des analyses :

- Les activités de formation en matière de déclaration des I/A via le formulaire AH-223, aussi bien que d'analyse des événements soient offertes au besoin et en continu;
- Lorsque les événements déclarés sont de gravité F et plus, le responsable de la gestion de risques rencontre le gestionnaire afin de mieux élucider l'événement;
- Bonification des outils aux gestionnaires.

D'autres actions visant la gestion des risques :

- Des rappels au personnel d'encadrement pour la complétion et l'acheminement opportun des formulaires AH-223;
- Des sujets liés à la gestion de risques ont fait les manchettes du feuillet « Parlons Qualité-Sécurité », notamment toutes les Pratiques organisationnelles requises (POR);

- Un tableau de bord des incidents/accidents déclarés a été élaboré et la mise à jour sera effectuée selon les rencontres du comité de gestion des risques et de la qualité. Des travaux pour en effectuer le déploiement sont en cours, et ce selon un plan de diffusion;
- La révision du processus de commande et livraison des formulaires AH-223;
- L'implantation des méthodes efficaces comme la saisie électronique dans d'autres départements (saisir les opportunités);
- Continuer avec les mentions Bon Coup dans le cas des événements de gravité B;
- Encourager, entre autres, les bonnes pratiques en matière d'administration de la médication, dont les 5 bons, l'utilisation adéquate de la FADM, le transfert de l'information (via oral et écrit), les audits à l'interne (dossier clinique).

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, 2 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.

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

Le comité d'éthique clinique a comme objectifs spécifiques de susciter des pistes de réflexion, émettre des opinions sur les orientations, les développements, les politiques et le fonctionnement des activités à caractère médical, clinique et clinico-administratif en regard de l'éthique. À ce sujet, le comité travaille un plan d'amélioration 2018-2020. Une révision du cadre conceptuel en matière d'éthique fut adoptée en conseil d'administration afin d'y inclure la mise à jour des valeurs organisationnelles, certaines modalités en éthique organisationnelle (ex: intégrité des contrats, déclaration des actes répréhensibles, etc.) et davantage de repères en éthique clinique dont l'éthique relationnelle.

Par ailleurs, le comité se doit de conseiller et offrir un soutien auprès de l'administration, des médecins, des professionnels de la santé et des services sociaux, des usagers, des familles et des personnes désignées, afin que les décisions de soins respectent les valeurs, les intérêts, la volonté des usagers et de leurs proches. Au cours de l'année, le comité a finalisé 3 avis éthiques. Ces avis ont été transmis aux demandeurs et diffusés aux gestionnaires.

Enfin, le comité souhaite sensibiliser le personnel de l'établissement et le grand public à la compréhension des enjeux éthiques, à travers l'information et la formation. À ce sujet, le comité rédige des capsules éthiques dans le bulletin interne *L'Échangeur-10*. Cette année, nous avons mis l'accent sur la diffusion du nouveau cadre de référence en éthique.

Le comité s'est réuni à 4 reprises.

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

Au cours de l'année 2019-2020, un total de 10 usagers ont été mis en garde préventive dans notre établissement. La moitié de ces usagers représentaient un danger pour eux-mêmes en raison d'idéations suicidaires ou de tentative de suicide. L'autre moitié des usagers ont été mis sous garde puisqu'ils représentaient une menace à leur intégrité et à celle d'autrui. Dans 9 cas sur 10, ses droits ont été expliqués à la personne mise sous garde. Les explications n'ont pas été données dans une seule situation en raison de l'état de l'usager qui ne le disposait pas à comprendre la situation dans laquelle il se trouvait.

TABLEAU 6 :

Données cumulatives du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020 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	Mission CH	Total Établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	10	10
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	0
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	0	0
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	0
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	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 suivant le dépôt à l'Assemblée nationale par le ministre.

Toutes les recommandations adressées à l'établissement ont été mises en œuvre, soit 16 mesures correctives pour 13 motifs de plainte retenus, soit 6 à portée individuelle et 10 à portée systémique. Parmi les mesures correctives identifiées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services au cours de l'exercice 2019-2020, on dénombre les suivantes, savoir :

- Procéder à l'annulation de la facture correspondant aux frais d'hébergement en soins de courte durée au bénéfice d'une plaignante ayant reçu de l'information erronée et contradictoire du personnel de l'admission;
- Obtenir le remboursement des frais de déplacement ainsi que ceux pour l'accompagnateur, pour les usagers ainsi accompagnés, ayant droit audit remboursement sur présentation des pièces justificatives requises;
- Assouplir les critères d'application de la Politique de déplacement des usagers afin d'en faciliter le remboursement pour les usagers devant consulter en audiologie et en ophtalmologie à l'extérieur de la région;
- Clarifier les informations à donner aux usagers par le personnel de l'admission concernant la tarification applicable pour les hospitalisations en courte durée, et ce, en fonction du choix de chambre effectué par les usagers;
- Veiller à ce que le personnel infirmier des urgences s'assure d'offrir l'assistance nécessaire aux usagers non accompagnés en présence de circonstances particulières (notamment par temps froid, de nuit, les fins de semaine ou encore lors des congés fériés), etc.



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 interactifs dont les réseaux sociaux. La page Facebook du CRSSS de la Baie-James compte près de 1500 abonnés, comparativement à 1200 abonnés pour l'année précédente. Un compte LinkedIn et un fil Twitter ont été créés au cours de la dernière année. Une adresse courriel générique permet aussi de recevoir des questions diverses : demandes d'accès à des documents, questions de recherche, demandes médias, commentaires de la population.

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 et est disponible sur le site Internet. Il fait l'objet de 4 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. Ce bulletin est disponible sur le site Internet de l'établissement.

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

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.

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. Les résultats de 2019-2020 (221 questionnaires complétés) montrent que la relation usager-intervenant est satisfaisante sur plusieurs aspects (réponses aux questions, respect de l'intimité, etc.). Les éléments d'insatisfaction exprimés touchent surtout des aspects organisationnels comme le respect des heures de visites, un besoin d'information en dehors des heures d'ouverture, le temps d'attente, l'information remise, etc. Pour améliorer l'expérience-patient, diverses opportunités seront mises de l'avant en continuité avec celles identifiées pour l'année précédente.

Au cours de l'année, les membres du conseil d'administration ont été aux devants des usagers, du personnel et des médecins en faisant un *gemba*, c'est-à-dire des visites et des échanges dans les milieux de soins et de services. Pour le moment, le Centre de santé de Chibougamau et le Centre de santé René-Ricard ont pu accueillir les administrateurs. Ces rencontres ont été des moments d'échanges très appréciés par les participants. Plusieurs bons coups ont été soulignés et l'enjeu des ressources humaines fut remarqué. Les quelques pistes d'amélioration mentionnées touchent le développement souhaité de nouveaux services, notamment pour les aînés.

Lors de la visite d'Agrément en septembre 2019, les visiteurs ont multiplié les contacts avec des partenaires du réseau de la santé, du milieu municipal et scolaire, des usagers et des organismes communautaires pour mesurer la dimension de la qualité : accent mis sur la population. Les résultats indiquent une grande satisfaction des partenaires dans leur collaboration avec le CRSSS de la Baie-James notamment la fluidité dans la continuité des services. Des cas tractereurs furent aussi utilisés pour évaluer le cheminement des usagers dans les services.

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

Tel que stipulé aux articles 8 et 73 de la Loi concernant les soins de fin de vie (RLRQ ch. S-32.0001), l'application de la politique sur les soins de fin de vie des établissements de santé doit faire l'objet d'un rapport chaque année.

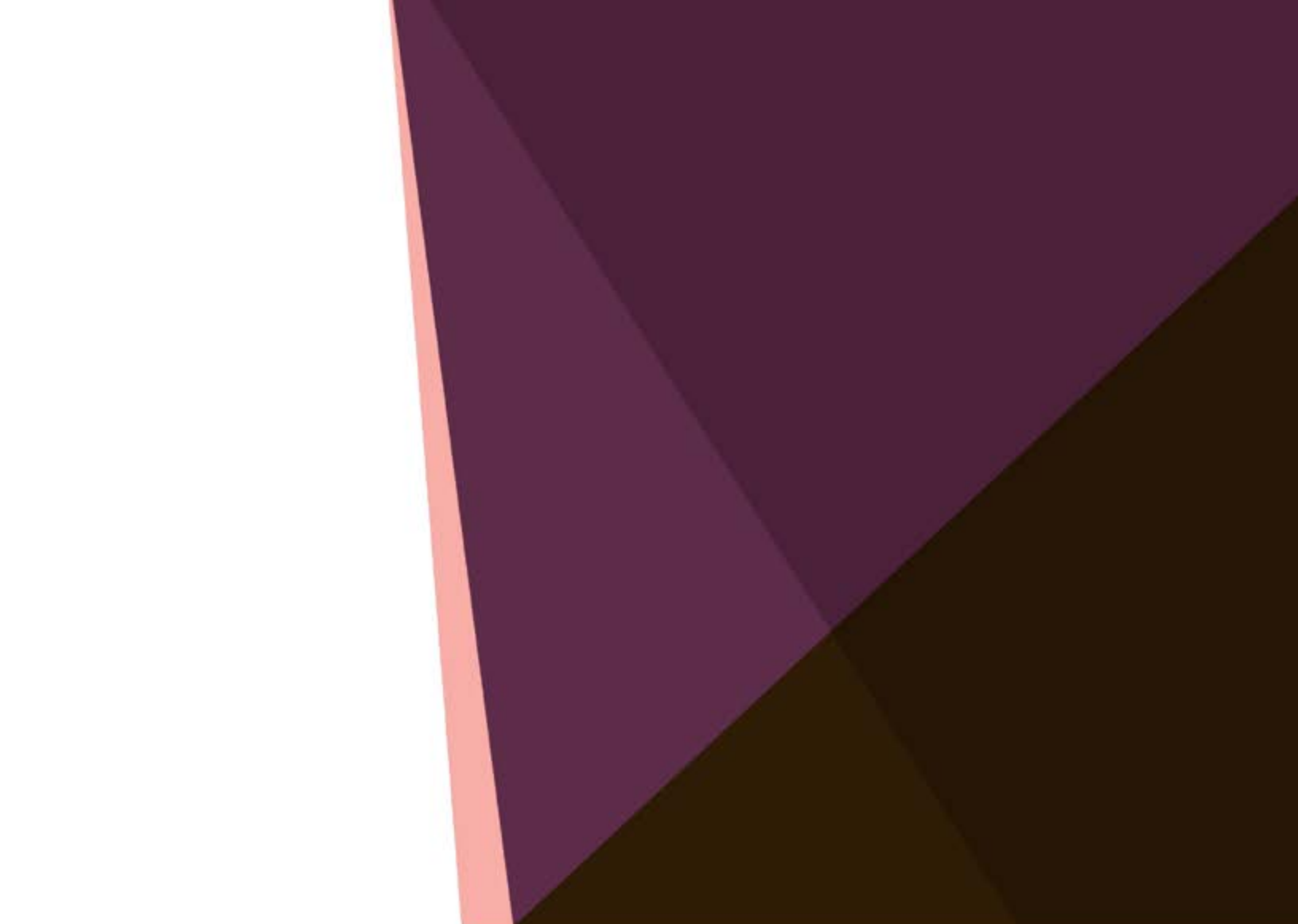
Au cours de l'année 2019-2020, un total de 113 usagers ont reçu des soins palliatifs dans notre établissement, soit une baisse de 9% par rapport à l'année dernière. Des 113 usagers, 58 d'entre eux ont reçu des soins palliatifs et de fin de vie en courte durée dans un centre hospitalier, 13 en centre d'hébergement et de soins de longue durée et 42 à domicile. Aucun usager n'a séjourné en maison de soins palliatifs puisque la région n'en compte aucune. Considérant que seul un faible nombre d'usagers recevant des soins palliatifs à domicile décède également à domicile, une part importante des soins palliatifs offerts en milieu hospitalier correspond aux derniers jours de vie des usagers ayant préalablement bénéficié de soins palliatifs à domicile.

En termes de soins de fin de vie, 5 sédations palliatives continues ont été administrées et moins de 5 demandes d'aide médicale à mourir ont été formulées parmi nos usagers. Une partie de ces demandes ont été administrées, mais pour des raisons de confidentialité, il n'est pas possible de mentionner le nombre exact d'aides médicales à mourir administrées, non-administrées et les motifs de refus. Tel que stipulé à l'article 45 de la Loi concernant les soins de fin de vie et considérant le caractère public de ce rapport, les données ont été présentées de façon à préserver la confidentialité des usagers et des soignants.

TABEAU 7 :
Soins de fin de vie prodigués au CRSSS de la Baie-James du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2020

Activité		CRSSS de la Baie-James	
		2018-2019	2019-2020
Soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)	Nombre de personnes en SPFV en centre hospitalier.	67	58
	Nombre de personnes en SPFV en CHSLD	9	13
	Nombre de personnes en SPFV à domicile	47	42
	Nombre de personnes en SPFV en maison de soins palliatifs	Sans objet	Sans objet
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	6	5
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	6	()
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	()	()
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	()	()

() Nombre trop petit pour en permettre la publication



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 en 2019-2020 un total de 986 780 heures travaillées, soit une baisse de 5,9 % par rapport aux heures totales travaillées en 2014-2015 (1 019 712) bien qu'on peut constater une très légère augmentation par rapport à 2018-2019 (2329 heures pour une augmentation de 0,2%).

**TABLEAU 8 :
Répartition de l'effectif en 2018-2019 par catégorie de personnel**

	Nombre d'emplois au 31 mars 2019	Nombre d'ETC en 2018-2019
1 – Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	185	156
2 – Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	136	110
3 – Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	111	98
4 – Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	141	121
5 – Personnel non visé par la loi 30	4	4
6 – Personnel d'encadrement	28	30
Total	605	519



TABLEAU 9 :
Données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs 2019-2020

11042686 - CRSSS de la Baie-James	Comparaison sur 364 jours pour avril à mars 2019-03-31 au 2020-03-28		
	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
1 - Personnel d'encadrement	53 898	1 362	55 260
2 - Personnel professionnel	163 872	1 746	165 618
3 - Personnel infirmier	278 847	15 609	294 456
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	360 873	8 357	369 230
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	100 651	2 212	102 863
6 - Étudiants et stagiaires	1 648	35	1 683
Total 2019-2020	959 789	29 321	989 110
Total 2018-2019			986 780

Cible 2019-2020

986 780

Écart

2 329

Écart en %

0,2%

L'augmentation de 0,2 % pour 2019-2020 est non significative. Depuis 2014, l'établissement a vu son nombre total d'heures rémunérées diminuer de 5,3% (1 044 960 heures en 2014-2015 par rapport à 989 110 heures en 2019-2020).

Source : données de la Direction générale du personnel réseau et ministériel (DGPRM) du MSSS

LES EFFECTIFS MÉDICAUX

Cette année, 3 médecins omnipraticiens ont cessé de pratiquer dans la région, soit 1 à Chibougamau, 1 à Matagami et 1 à Radisson. Nous avons accueilli une nouvelle omnipratrice à Chibougamau. Malgré ce recrutement, l'établissement demeure avec des besoins en omnipratique dans toutes nos installations. Notre stratégie de recrutement se tourne vers l'international. De plus, nous avons modifié notre image promotionnelle, accentué notre présence sur les réseaux sociaux en plus d'intensifier les approches personnalisées auprès des candidats intéressés.

En spécialité, la psychiatre, qui pratiquait à temps plein au Centre de santé de Chibougamau, a quitté son poste. Cette dernière a été remplacée par une équipe de psychiatres qui offrent des services en téléconsultation de même que des visites sur place. Le Centre de santé de Chibougamau peut compter sur une équipe stable de spécialistes qui desservent à temps plein en gynécologie-obstétrique, médecine interne, chirurgie et anesthésie. 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 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.

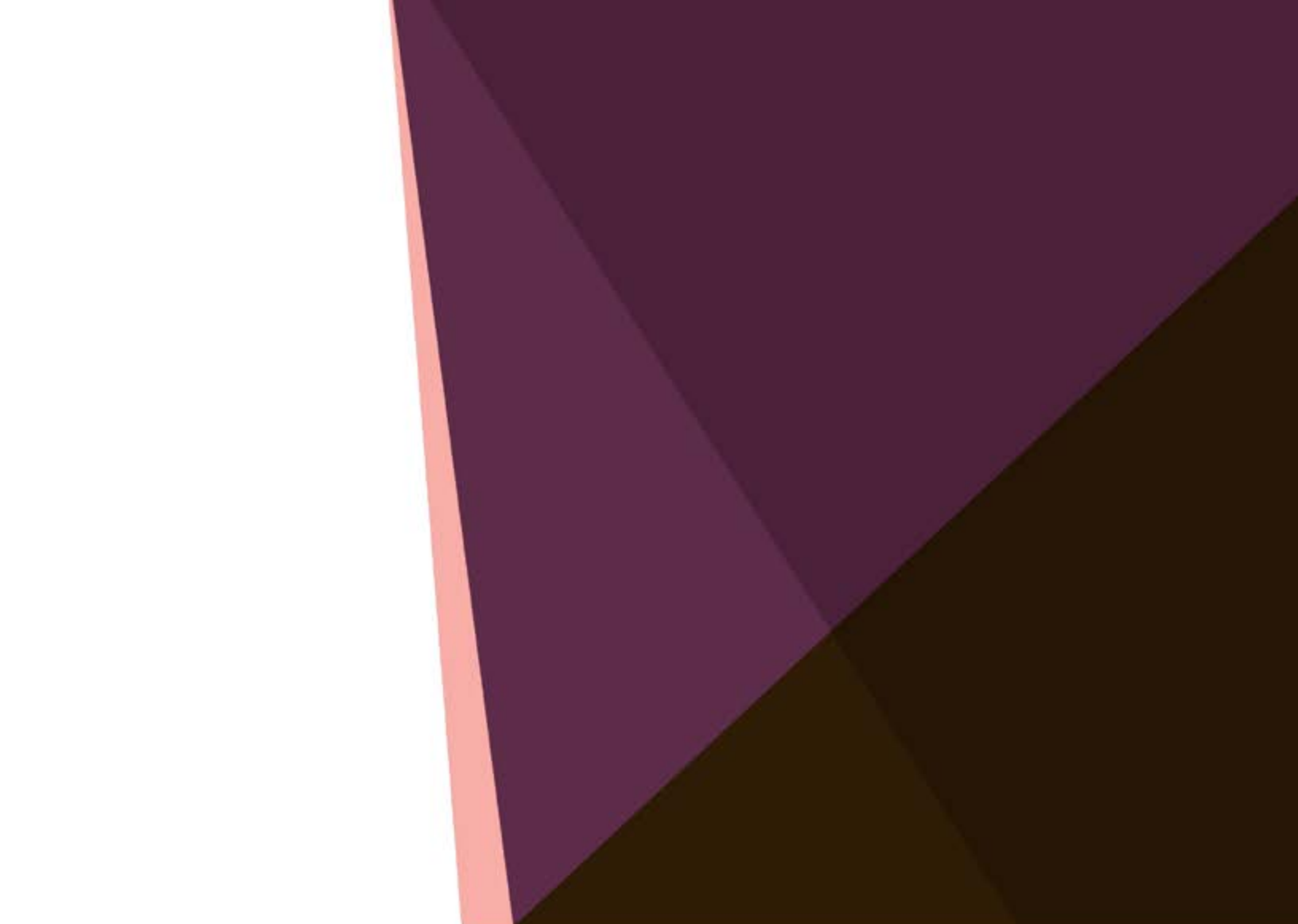
TABEAU 10 :
Évolution des effectifs en omnipratique

Centre de santé	En place au 31 mars 2020	En place au 31 mars 2019	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	3	3	4	4	4	4	4
CS de Chibougamau	17	17*	17	20	16	18	20	19
CS Lebel	5	5	5	5	6	6	5	5
CS Isle-Dieu	4	5	5	5	4	4	5	5
CS de Radisson	1	2	2	2	1	1	1	1
Total :	30	31	32	36	31	33	35	34

* Une erreur s'était glissée dans le nombre d'effectifs en omnipratique pour le CS de Chibougamau dans le rapport annuel 2018-2019, on aurait dû y lire 17 en place au 31 mars 2019 et non 16.

TABEAU 11 :
Effectifs médicaux spécialisés 2019-2020

Spécialité	Prévus au plan d'effectifs	En place au 31 mars 2020
Anesthésiologie	1	Équipe itinérante
Chirurgie générale	1	Équipe itinérante
Médecine interne	1	1
Psychiatrie	1	Équipe itinérante
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 12 :
Répartition des charges brutes par programmes

Programmes	Exercice précédent 2018-2019		Exercice courant 2019-2020		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	2 839 757 \$	4,09%	3 165 526 \$	4,23%	325 769 \$	11,47%
Services généraux — activités cliniques et d'aide	5 411 388 \$	7,79%	5 959 087 \$	7,96%	547 699 \$	10,12%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	7 759 169 \$	11,16%	9 052 606 \$	12,09%	1 293 437 \$	16,67%
Déficience physique	805 541 \$	1,16%	754 617 \$	1,01%	(50 924) \$	-6,32%
Déficience intellectuelle et tsa	610 587 \$	0,88%	865 741 \$	1,16%	255 154 \$	41,79%
Jeunes en difficulté	2 492 397 \$	3,59%	2 505 137 \$	3,35%	12 740 \$	0,51%
Dépendances	488 503 \$	0,70%	482 033 \$	0,64%	(6 470) \$	-1,32%
Santé mentale	2 436 141 \$	3,51%	2 661 177 \$	3,55%	225 036 \$	9,24%
Santé physique	29 553 118 \$	42,52%	31 935 017 \$	42,66%	2 381 899 \$	8,06%
Programmes-soutien						
Administration	7 441 956 \$	10,71%	7 574 472 \$	10,12%	132 516 \$	1,78%
Soutien aux services	5 110 119 \$	7,35%	5 424 841 \$	7,25%	314 722 \$	6,16%
Gestion des bâtiments et des équipements	4 551 357 \$	6,55%	4 484 054 \$	5,99%	(67 303) \$	-1,48%
TOTAL	69 500 033 \$	100,00%	74 864 308 \$	100,00%	5 364 275 \$	7,72%

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'informations sur les ressources financières.

L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Pour l'exercice se terminant le 31 mars 2020, le CRSSS de la Baie-James a dégagé un surplus de 701 493 \$. Ce montant est composé de :

- Fonds d'exploitation 758 846 \$ Surplus
- Fonds d'immobilisations (57 353) \$ Déficit

Le surplus global étant de 701 493 \$, nous nous sommes conformés en vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001).

Pour ce qui est du déficit du fonds d'immobilisations de (57 353) \$, ce dernier est expliqué par la nouvelle réforme comptable. De plus, certains de nos revenus n'ont pas été des revenus reportés tel que pour l'acquisition du bâtiment conformément aux normes comptables du MSSS. En ce sens, nos amortissements engendrent des dépenses qui ne



sont pas compensées par des revenus. Alors, aucune mesure ne sera entreprise par l'établissement et nous respectons toujours l'équilibre budgétaire.

LES CONTRATS DE SERVICE

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^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020 au rapport annuel de gestion.

**TABLEAU 13 :
Nombre et valeur des contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus
conclus entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020**

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique	5	386 225 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique	19	5 866 441 \$
Total des contrats de service	24	6 252 666\$

Les contrats avec une personne physique correspondent à la main-d'œuvre indépendante en pharmacie et en audiologie-orthophonie. Aussi, nous avons eu recours à l'expertise d'un hygiéniste du travail et d'une ressource en gestion 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 du personnel de catégorie 1. Les autres contrats correspondent aux besoins en différents services (transport, entretien ménager, etc.).

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, aux pages suivantes, de reproduire le tableau portant sur l'état du suivi des réserves qui a été émis par l'auditeur indépendant.

TABEAU 14 :
L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant							
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020			
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7	
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers							
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées							
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)							
Lors des tests sur les écritures de journal nous avons retracé des écritures non approuvées au système GRF pour la période de finalisation de l'AS-471 où l'agent de gestion financière est fortement sollicité. Par contre, chacune d'elles font l'objet d'une discussion entre agents de gestion financière. Enfin, lorsque le rapport sur les écritures précédentes non approuvées sort, toutes les écritures sont approuvées au système. La direction travaille actuellement à s'assurer que les écritures de journal de fin d'année soient approuvées au système GRF.	2018-2019	C		X			
Système informatique Nous avons noté que la gestion des accès dans les applications financières (GRF, GRM et Paie) n'est pas limitée au personnel TI, des utilisateurs du service des finances, de l'approvisionnement et de la paie, pouvant faire la gestion des accès dans	2019-2020	O				X	

État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant							
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020			
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7	
chacune des applications respectivement. Ces personnes ne devraient qu'autoriser les accès afin de séparer ces tâches incompatibles. Nous avons également noté qu'un compte générique à hauts privilèges dans l'Active Directory est connu des 5 personnes du Technocentre, ce qui ne permet pas de respecter l'imputabilité des actions commises par ce compte. Nous avons noté que pour les applications financières (GRF, GRM et Paie) ainsi que pour l'Active Directory, il n'y a pas de révision périodique des accès comprenant une révision de la séparation des tâches. En effet, dans GRF, nous avons noté que des comptes d'anciens employés étaient toujours actifs.							
Anomalies non corrigées Selon l'analyse financière du MSSS 2018-2019, au niveau du bilan, l'écart total pour l'ensemble des opérations entre le MSSS et le CRSSSBJ est supérieur à 1 M \$. Actuellement, le MSSS ne peut expliquer cet écart ni indiquer la source de l'écart. Par conséquent, le CRSSS de la Baie-James attend des explications du MSSS et réfute cet écart identifié dans l'analyse financière. Il ne nous est pas possible d'évaluer les incidences sur le rapport financier annuel pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.	2019-2020	O				X	Note 1

État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant							
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020			
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7	
Rapport à la gouvernance							
Lors des tests sur les écritures de journal nous avons retracé des écritures non approuvées au système GRF pour la période de finalisation de l'AS-471 où l'agent de gestion financière est fortement sollicité. Par contre, chacune d'elles font l'objet d'une discussion entre agents de gestion financière. Enfin, lorsque le rapport sur les écritures précédentes non approuvées sort, toutes les écritures sont approuvées au système. La direction travaille actuellement à s'assurer que les écritures de journal de fin d'année soient approuvées au système GRF.	2018-2019	C		X			
Système informatique Nous avons noté que la gestion des accès dans les applications financières (GRF, GRM et Paie) n'est pas limitée au personnel TI, des utilisateurs du service des finances, de l'approvisionnement et de la paie pouvant faire la gestion des accès dans chacune des applications respectivement. Ces personnes ne devraient qu'autoriser les accès afin de séparer ces tâches incompatibles. Nous avons également noté qu'un compte générique à hauts privilèges dans l'Active Directory est connu des 5 personnes du Technocentre, ce qui ne permet pas de respecter l'imputabilité des actions commises par ce compte.	2019-2020	O				X	



État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant							
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020			
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7	
Nous avons noté que pour les applications financières (GRF, GRM et Paie) ainsi que pour l'Active Directory, il n'y a pas de révision périodique des accès comprenant une révision de la séparation des tâches. En effet, dans GRF, nous avons noté que des comptes d'anciens employés étaient toujours actifs.							
Anomalies non corrigées Selon l'analyse financière du MSSS 2018-2019, au niveau du bilan, l'écart total pour l'ensemble des opérations entre le MSSS et le CRSSSBJ est supérieur à 1 M \$. Actuellement, le MSSS ne peut expliquer cet écart ni indiquer la source de l'écart. Par conséquent, le CRSSSBJ attend des explications du MSSS et réfute cet écart identifié dans l'analyse financière. Il ne nous est pas possible d'évaluer les incidences sur le rapport financier annuel pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.	2019-2020	O				X	Note 1

Signification des codes :

Colonne 3 «Nature» :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

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

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7

Note 1 : Le 10 juillet 2020, une réponse du MSSS a été reçue concernant l'observation de l'anomalie non corrigée. Comme les états financiers étaient déjà complétés et finaux, les auditeurs n'ont pas pu faire la modification dans l'AS-471. Par contre, ceux-ci ont fait la mention lors de la présentation des états financiers au comité de vérification et au conseil d'administration.

LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

Conformément à la *Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics*, un responsable du suivi des divulgations pour l'organisme doit être désigné. Cette personne fut désignée dès l'entrée en vigueur de la Loi (mai 2017) auprès du Protecteur du citoyen et à l'interne. Par ailleurs, au cours de 2019-2020, une procédure a été acceptée et diffusée en vue de faciliter la divulgation à l'interne. Aucune demande ne fut adressée par des employés auprès de la responsable du suivi des divulgations pour l'année 2019-2020.

ALLOCATIONS DES RESSOURCES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

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 5 539 861 \$ a été alloué pour l'année 2019-2020 aux 36 organismes communautaires desservant les Jamésiens. De ce nombre, 29 organismes communautaires ont reçu un montant de 4 674 412 \$ issu du *Programme de soutien aux organismes communautaires* (PSOC), représentant ainsi une somme équivalente à 84% 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 pour une proportion de 97 % du PSOC total.

Le tableau 14 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 15 :
Organismes communautaires subventionnés
pour l'année 2019-2020 et 2018-2019**

Catégorie	Organisme	PSOC		Programme		Total
		19-20	18-19	19-20	18-19	19-20
Aide entraide bénévole						
	Les Parcelles de tendresse	21 680	16 385	-	-	21 680
	Les Rayons de soleil du Nord	14 230	13 978	-	-	14 230
	NaturELLEMENT Sain		-	-	14 080	-
Aide entraide dépannage			-		-	-
	Carrefour communautaire Chibougamau	113 116	95 640	21 097	26 710	134 213
	Centre développ. communautaire Matagami	17 070	16 768	25 231	6 070	42 301
	Comité prévention du suicide de Lebel	102 492	90 857	-	5 000	102 492
	Réseau hommes Québec Baie-James	417 004	333 167	13 800	4 111	430 804
	Ligne Jaune		-	20 000	20 000	20 000
	Association À fleur d'espoir	130 206	118 081	3 499	2 111	133 705
	Pavillon de la rose	91 171	72 948	-	-	91 171
Milieu de vie et soutien dans la communauté			-		-	-
	Maison des jeunes Sac-Ados de Chibougamau	172 809	162 180	67 200	-	240 009
	Club social des jeunes de Chapais	107 799	91 158	-	-	107 799
	Maison des jeunes de Lebel-sur-Quévillon	175 447	147 787	80 302	106 467	255 749
	Maison des jeunes de Matagami	88 165	86 606	-	-	88 165
	Centre jeunesse l'Astral de Radisson	84 616	78 208	-	-	84 616
	Maison des jeunes décentralisée de VVB	118 140	91 582	-	-	118 140
	Partenaires à part égale	184 405	147 533	42 281	18 691	226 686
	Association des personnes handicapées de Chib	196 081	153 321	73 951	50 300	270 032
	Centre de femmes les Elles du Nord	214 957	206 245	36 287	27 152	251 244
	Îlot d'espoir	205 853	197 302	16 710	26 713	222 563
	Regroupement de femmes Valcanton (CCFC)	192 886	189 475	15 670	16 029	208 556
	Femmes d'action Femmes de résultats	197 886	189 475	12 887	10 295	210 773
	Centre de femmes les Essenti"elles"	202 440	193 949	2 407	-	204 847
	Centre de femmes Uni-Vers-Elles	202 440	193 949	50 129	17 406	252 569
	Mirador des marmots		-	37 941	101 150	37 941
	Animation Pace-Âge		-	42 242	54 002	42 242
	Le Petit train Chapais		-	35 922	48 958	35 922
	Centre Unissons la Famille		-	21 555	32 562	21 555
Hébergement			-		-	-
	Maison d'hébergement l'Aquarelle	715 569	698 005	48 000	-	763 569
	Corporation Le Zéphir Chibougamau-Chapais inc.	458 020	420 452	185 838	160 628	643 858
Regroupement			-		-	-
	TROC du Nord-du-Québec	140 313	132 537	-	-	140 313
Supra régionaux			-		-	-
	Tel-Aide Saguenay-Lac-St-Jean		-	6 500	6 500	6 500
	Société Alzheimer Sagamie	22 762	22 360	-	-	22 762
	Centre de prévention du suicide 02	42 111	41 366	6 000	5 000	48 111
	Besoin d'aide 24/7	5 000	5 000	-	-	5 000
	Équijustice Lac-Saint-Jean	39 744	39 041	-	722	39 744
	Totaux	4 674 412	4 245 355	865 449	760 657	5 539 861

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 ayant été prolongées jusqu'en 2020.



CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

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

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

**ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION
LE 12 JUIN 2018**



DÉCLARATION DE PRINCIPE

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 leur région, des particularités socioculturelles et linguistiques, des particularités sous-régionales et socio-économiques, et élaborer des orientations à cet égard;

ATTENDU QUE les administrateurs du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, dans le cadre du processus décisionnel auquel ils seront appelés à participer, s'engagent à prioriser les intérêts de la population à desservir et la distribution équitable des ressources mises à la disposition de l'établissement;

ATTENDU QUE, conformément à la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, les membres du conseil d'administration des établissements de santé et des services sociaux doivent établir un code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable;

ATTENDU QUE l'adoption d'un code d'éthique et de déontologie a pour objet de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence et de responsabiliser les administrateurs;

ATTENDU QUE 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;

ATTENDU QUE le président-directeur général est soumis au Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c. M-30, r.1) et par le présent Code étant considéré que le Règlement prévaut sur les dispositions du présent Code en cas de contradiction;

EN CONSÉQUENCE, les membres du conseil d'administration du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James s'engagent à respecter les dispositions du présent Code d'éthique et de déontologie.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et des droits des personnes notamment prévus à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S -4.2).

Le membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.

Le membre du conseil d'administration s'engage à assister aux séances du conseil et aux autres réunions convoquées par et pour les membres du conseil d'administration.

Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'établissement qu'il administre et de la population desservie.

Il doit compléter et signer le formulaire d'engagement personnel apparaissant en annexe A du présent code.

Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance. À cet égard, le membre du conseil d'administration doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions de façon objective, rigoureuse et indépendante.

Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.

Le membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance ou de procédés déloyaux.

La conduite d'un membre du conseil d'administration doit être empreinte d'objectivité et de modération.

Le membre du conseil d'administration s'engage à agir de façon courtoise de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.

Le membre du conseil d'administration s'engage, dans le cadre du processus décisionnel, à aborder les questions soumises en fonction de leurs implications sur la qualité et l'accessibilité des services. Il tient compte de l'ensemble des conséquences que peuvent avoir les décisions du conseil d'administration sur les services à donner aux individus et sur le bon usage des fonds publics mis à la disposition de l'établissement.

Le membre du conseil d'administration s'engage, dans le cadre du processus décisionnel, à prendre connaissance de tous les éléments pertinents et à demander des informations complémentaires et des éclaircissements au besoin.

Le membre du conseil d'administration doit considérer chaque proposition à son mérite lorsqu'il doit se prononcer sur une question. Il doit conséquemment s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil ou avec toute autre personne ou tout organisme.

Le membre du conseil d'administration s'engage à respecter la confidentialité des renseignements qui ne sont pas de nature publique obtenus dans l'exercice de sa fonction. De même, il devra préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions tenus à huis clos.



Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, éviter tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de l'établissement ou de toute personne qui y œuvre. Outre le président du conseil pendant les séances, la fonction de porte-parole est réservée au président-directeur général.

Le membre du conseil d'administration s'engage à éviter tout propos ou toute activité politique partisane dans l'exercice de ses fonctions.

Le membre du conseil d'administration ne doit pas tirer profit de sa fonction ni profiter de l'information obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui.

Le membre du conseil d'administration ne doit pas confondre les biens de l'établissement avec les siens et ne peut les utiliser à son profit ou au profit de tiers.

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 séance du conseil d'administration dûment convoquée ou lorsqu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil d'administration à titre d'administrateur.

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 privilège quant à l'accessibilité aux services de santé et services sociaux rendus par les professionnels et le personnel de l'établissement.

IDENTIFICATION ET MESURES DE PRÉVENTION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS

Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.

Le membre du conseil d'administration, autre que le président-directeur général, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise ou association qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'établissement, doit dénoncer par écrit son intérêt au conseil.

Le président-directeur général ne peut, sous peine de déchéance de sa charge, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise ou association qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement. Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, après en avoir informé le conseil, qu'il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

Le membre du conseil d'administration, autre que le président-directeur général, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise ou association qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'établissement, doit s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue.

Le membre du conseil d'administration doit, dans les 60 jours qui suivent sa nomination, son élection ou sa désignation, dénoncer par écrit au conseil l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans une entreprise ou association susceptible de conclure des contrats avec l'établissement. Par la suite, cette déclaration doit être mise à jour dans les 60 jours de l'acquisition de tels intérêts par le membre et, chaque année, dans les 60 jours de l'anniversaire de sa nomination, son élection ou sa désignation.

Le membre du conseil d'administration doit dénoncer par écrit au conseil l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une entreprise ou association dans laquelle il a des intérêts pécuniaires, dans les 30 jours qui suivent la conclusion de ce contrat.

Une dénonciation faite en vertu des paragraphes 2.2, 2.5 ou 2.6 du présent Code doit être faite suivant le formulaire de l'Annexe B et notamment comprendre :

- 1° le nom de l'entreprise ou de l'association;
- 2° le type d'entreprise ou d'association;
- 3° le type d'activités de cette entreprise ou association;
- 4° le lien de l'administrateur avec cette entreprise ou association;
- 5° la nature des intérêts en cause.

Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent Code ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se négocient dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause n'est pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la *Loi sur les valeurs mobilières* (L.R.Q., c. V -1.1).

RÈGLES RELATIVES AUX SÉANCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le membre du conseil d'administration s'engage à respecter les règlements régissant la procédure de convocation et de déroulement des séances. À ce titre, il reconnaît l'autorité du président du conseil et reconnaît également la souveraineté du conseil.

Le membre du conseil d'administration doit respecter les droits et privilèges des autres administrateurs.

Le membre du conseil d'administration, dans le cadre d'une séance, 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 aux autres membres du conseil et au public.

Le membre du conseil d'administration a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.

Le membre du conseil d'administration 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.

INTERDICTION DES PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION

Le membre du conseil d'administration 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.

Le membre du conseil d'administration 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.

Le président-directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou aucun avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.



Le membre du conseil d'administration ne doit pas accepter un avantage de quiconque, alors qu'il sait ou devrait savoir que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision.

Le membre du conseil d'administration ne peut accepter aucun cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste. Tout autre cadeau, marque d'hospitalité ou avantage reçu doit être retourné au donateur ou à l'établissement.

Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent Code est redevable envers l'établissement de la valeur de l'avantage reçu.

ACTIVITÉS POLITIQUES

Le président-directeur général ou le président du conseil d'administration qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le conseil.

Le président-directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions. Si le président-directeur général ou le président du conseil d'administration est élu, il doit démissionner de ses fonctions d'administrateur de l'établissement.

Le président du conseil d'administration qui veut se porter candidat à une charge publique élective provinciale ou fédérale doit se démettre temporairement de ses fonctions de président de conseil d'administration. Si le président du conseil d'administration est élu, il doit démissionner de ses fonctions d'administrateur de l'établissement. Dans le cas contraire, il reprend ses fonctions de président du conseil d'administration.

Tout autre administrateur doit démissionner de ses fonctions s'il est élu à une charge publique élective provinciale ou fédérale.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT

Le membre du conseil d'administration qui a cessé d'exercer ses fonctions doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures d'administrateur de l'établissement.

Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion qui ne sont pas publics et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.

Le membre du conseil d'administration qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit pas donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant l'établissement.

Il est également interdit au membre du conseil d'administration, dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

MÉCANISME D'APPLICATION DU CODE

Un comité de gouvernance et d'éthique est institué. Il est composé d'au moins 5 membres nommés par et parmi les membres du conseil d'administration de l'établissement, dont le président-directeur général et le président du conseil d'administration. Il est composé d'une majorité de membres indépendants. Le président du comité de gouvernance et d'éthique doit être issu des administrateurs indépendants.

Le conseil d'administration peut nommer un conseiller externe à l'éthique et la déontologie dont le mandat consiste à aider les membres du conseil à comprendre leurs devoirs et obligations, à prévenir les conflits d'intérêts réels ou apparents et à leur donner des avis et conseils à cet égard.

Tout manquement concernant un devoir, une obligation ou une norme prévue par le présent Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

Toute personne qui est d'avis qu'un membre du conseil d'administration contrevient ou a contrevenu au présent Code en saisit le président du conseil ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil.

Le président ou le vice-président saisit le comité de gouvernance et d'éthique de la question qui doit alors se réunir, au plus tard, dans les trente jours suivants.

Le conseil d'administration peut saisir le comité de gouvernance et d'éthique de la question en cas de défaut ou de refus du président ou du vice-président de le faire.

Lorsqu'il est saisi d'une allégation de manquement à un devoir, obligation ou norme prévue par le présent Code, le comité de gouvernance et d'éthique décide des moyens nécessaires pour mener une enquête. Cette 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.

Au moment qu'il juge opportun, le comité de gouvernance et d'éthique doit informer le membre du conseil d'administration visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions de la Loi ou du code auxquelles il aurait contrevenu.

Le comité informe également le membre du conseil qu'il peut, dans les 30 jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande de sa part, être entendu par le comité relativement aux manquements reprochés.

Le membre du conseil d'administration peut à cette occasion faire entendre toute personne dont il juge le témoignage pertinent et déposer tout document pertinent et en lien avec les manquements reprochés.

Le membre du conseil d'administration qui est informé par le comité de gouvernance et d'éthique de manquements reprochés a le droit d'être assisté ou représenté par un avocat.

Le comité de gouvernance et d'éthique transmet au conseil d'administration, sous pli confidentiel, un rapport de son enquête et de ses conclusions, ainsi qu'une recommandation de sanctions à imposer au membre du conseil, le cas échéant.

Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de l'opportunité d'imposer une sanction au membre du conseil visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision.

Le membre du conseil d'administration doit être convoqué à cette séance du conseil au moins 10 jours avant sa tenue afin de lui donner l'opportunité de se faire entendre sur la recommandation de sanctions formulée à son égard par le comité de gouvernance et d'éthique.



Tous les documents qui guideront le conseil, y incluant le rapport du comité et la recommandation de sanctions, devront être transmis au membre avec l'avis de convocation.

La sanction peut consister en une réprimande, une suspension, une révocation, ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la nature et la gravité du manquement. Le conseil d'administration peut également entreprendre des procédures visant à ce que le membre visé soit déchu de sa charge.

La décision du conseil d'administration doit être communiquée par écrit au membre du conseil sanctionné.

À la suite de sa communication au membre du conseil d'administration visé, la décision du conseil est publique.

ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

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.

Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter le serment ou de faire l'affirmation solennelle. Cette prestation de discrétion se fait selon la formule prévue en Annexe C du présent Code.

PUBLICITÉ DU CODE

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.

L'établissement doit publier le Code d'éthique et de déontologie dans son rapport annuel.

Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :

- 1° du nombre et de la nature des signalements reçus;
- 2° du nombre de cas traités et de leur suivi;
- 3° des manquements constatés et des décisions rendues;
- 4° de la nature des sanctions imposées;
- 5° du nom des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charges.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Le présent Code entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration.

Les dispositions du précédent Code d'éthique et de déontologie sont abrogées lors de l'entrée en vigueur du présent Code.

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

ANNEXE A

ENGAGEMENT PERSONNEL

(Article 1.4)

Je, _____,

membre du conseil d'administration,

ai pris connaissance

du Code d'éthique et de déontologie

applicable aux membres du conseil d'administration du

Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

Je déclare en comprendre le sens et la portée et je m'engage à le respecter.

Signature

Date



ANNEXE B

**DÉCLARATION DES INTÉRÊTS
d'un membre du conseil d'administration
autre que le président-directeur général
(Article 2.7)**

Je, _____, déclare les intérêts suivants :
(Lettres moulées)

- 1.- Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James ou qui sont susceptibles d'en faire.

- 2.- J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James ou qui est susceptible de le devenir.

- 3.- J'occupe les emplois suivants :

Emploi _____

Employeur : _____

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts est débattue.

Prénom et nom

Date

ANNEXE C

AFFIRMATION SOLENNELLE DE DISCRÉTION
de toute personne chargée de faire enquête
dans le cadre du processus disciplinaire édicté
en vertu du présent Code d'éthique
(Article 8.2)

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

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

Lieu



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

