

2020 - 2021

RAPPORT ANNUEL DE GESTION



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

Québec 

Adopté par le conseil d'administration le 10 juin 2021.

Ce document a été réalisé par :

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
1, 9^e Rue

Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

Téléphone : 819 764-3264

Télécopieur : 819 764-2948

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

Production

Bureau de la présidence-direction générale (BPDG)

Sous la coordination de Sarah Charbonneau, adjointe à la présidente-directrice générale – affaires publiques et relations avec les médias - BPDG, en collaboration avec le personnel de toutes les directions

Révision des textes

Marie-Christine Turgeon, APPR – affaires publiques et relations avec les médias

Jordan Bilodeau, APPR – affaires publiques et relations avec les médias

Lyne Deschambault, technicienne en administration - responsable de la gestion documentaire - BPDG

Nancy Dubé, agente administrative - BPDG

Conception graphique

Pascale Guérin, technicienne en communication

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

ISBN 978-2-550-89571-8 (imprimé)

ISBN 978-2-550-89570-1 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| Liste des tableau | 4 |
| Liste des sigles et acronymes | 6 |
| 1. Message des autorités | 10 |
| 2. Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents | 12 |
| 3. Présentation de l'établissement..... | 14 |
| 3.1 Mission, vision et valeurs | 14 |
| 3.2 Organigramme | 15 |
| 3.3 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives..... | 16 |
| 3.3.1 Conseil d'administration..... | 16 |
| 3.3.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives | 19 |
| 3.4 Faits saillants..... | 23 |
| 3.4.1 Les nouveaux enjeux, les priorités et les principales réalisations | 23 |
| 3.4.2 Les principales modifications apportées dans les services offerts, les ressources humaines, matérielles et financières..... | 25 |
| 3.4.3 Les impacts de la pandémie de la COVID-19 sur les activités | 28 |
| 4. Les résultats au regard du plan stratégique du MSSS..... | 32 |
| 5. Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité..... | 40 |
| 5.1 L'Agrément | 40 |
| 5.2 La sécurité et qualité des soins et des services..... | 40 |
| 5.2.1 Faits saillants - bilan des activités réalisées par le comité de gestion des risques en 2020-2021 | 43 |
| 5.2.2 Bilan des directions..... | 46 |
| 5.3 Recommandations des instances externes..... | 48 |
| 5.3.1 Commissaire aux plaintes et à la qualité des services | 48 |
| 5.3.2 Le coroner..... | 49 |
| 5.3.3 Registre des alertes, avis et rappels..... | 50 |
| 5.3.4 Les mesures mises en place par l'établissement ou le CVQ suite aux recommandations formulées par les instances..... | 51 |
| 5.4 Mises sous garde dans l'établissement selon la mission | 53 |
| 5.5 Information et consultation de la population..... | 54 |
| 6. Application de la politique portant sur les soins de fin de vie | 56 |
| 7. Ressources humaines | 58 |
| 8. Ressources financières | 60 |
| 8.1 Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme..... | 60 |
| 8.2 L'équilibre budgétaire | 60 |
| 8.3 Les contrats de service | 61 |
| 8.4 État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant..... | 62 |
| 9. La Direction des services techniques et logistique (DSTL) | 66 |
| 10. Les ressources informationnelles | 68 |
| 11. La divulgation des actes répréhensibles | 72 |
| 12. Les organismes communautaires..... | 74 |
| Annexe A | 84 |



LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Chantiers de travail réalisés dans le cadre de la réorganisation temporaire | 26 |
| Tableau 2 : Résultats pour certains indicateurs du plan stratégique du MSSS | 32 |
| Tableau 3 : Prévention et contrôle des infections | 38 |
| Tableau 4 : Nature des trois (3) principaux incidents (A et B) pour 2020-2021 | 43 |
| Tableau 5 : Nature des trois (3) principaux accidents (C à I) pour 2020-2021 | 43 |
| Tableau 6 : Bilan d'utilisation des mesures de contrôle en CHSLD pour 2020-2021 | 46 |
| Tableau 7 : Compilation des mises sous garde (1 ^{er} avril 2020 au 31 mars 2021) | 52 |
| Tableau 8 : Application de la politique portant sur les soins de fin de vie | 56 |
| Tableau 9 : Répartition de l'effectif par catégorie de personnel | 58 |
| Tableau 10 : Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs | 58 |
| Tableau 11 : Dépenses par programmes-services | 60 |
| Tableau 12 : Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ | 61 |
| Tableau 13 : Faits saillants de la DSTL | 66 |
| Tableau 14 : Projets majeurs déployés par la DSTL | 66 |
| Tableau 15 : Projets inscrits au MSSS en cours | 68 |
| Tableau 16 : Projets inscrits au MSSS non débuté | 68 |
| Tableau 17 : Subventions accordées | 74 |

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

| | | | |
|---------------|---|------------------|--|
| AEP | Attestation d'études professionnelles | DGAPSPGS | Direction générale adjointe aux programmes de santé physique généraux et spécialisés |
| APPR | Agent de planification, de programmation et de recherche | DI | Déficiência intellectuelle |
| ASSS | Auxiliaire aux services de santé et sociaux | DI-TSA | Déficiência intellectuelle - trouble du spectre de l'autisme |
| BCM | Bilan comparatif des médicaments | DI-TSA-DP | Déficiência intellectuelle - trouble du spectre de l'autisme - déficiência physique |
| BPDG | Bureau de la présidence-direction générale | DMS | Durée moyenne de séjour |
| CA | Conseil d'administration | DP | Déficiência physique |
| CAAVD | Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or | DPJ | Direction de la protection de la jeunesse |
| CALACS | Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel | DPJeu | Direction du programme jeunesse |
| CCCO | Comité de coordination clinique opérationnel | DPSAPA | Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées |
| CDPDJ | Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse | DPSMD | Direction des programmes santé mentale et dépendance |
| CEPI | Candidat à l'exercice de la profession infirmière | DQÉPÉ | Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique |
| CGRQ | Comité de gestion des risques et de la qualité | DRHCAJ | Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques |
| CH | Centre hospitalier | DRI | Direction des ressources informationnelles |
| CHSLD | Centre d'hébergement et de soins de longue durée | DRMG | Département régional de médecine générale |
| CECII | Conseil exécutif du conseil des infirmières et infirmiers | DSI | Direction des soins infirmiers |
| CISSS | Centre intégré de santé et de services sociaux | DSM | Direction des services multidisciplinaires |
| CIUSSS | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux | DSPEU | Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire |
| CLSC | Centre local de services communautaires | DSPu | Direction de santé publique |
| CM | Conseil multidisciplinaire | DSTL | Direction des services techniques et logistique |
| CMDP | Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens | ENA | Environnement numérique d'apprentissage |
| CNESST | Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail | EÉSAD | Entreprise d'économie sociale en aide à domicile |
| CODIR | Comité de direction | EGI | Entente de gestion et d'imputabilité |
| CRD-H | Centre de réadaptation en dépendance avec hébergement | EPL | Éducation prénatale en ligne |
| CRDI | Centre de réadaptation en déficiência intellectuelle | FIQ | Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec |
| CRDS | Centre de répartition des demandes de services | GASM | Guichet d'accès en santé mentale |
| CROCAT | Concertation régionale des organismes communautaires de l'Abitibi-Témiscamingue | ICI | Intervention en comportementale intensive |
| CSA | Centre de soins ambulatoires | INSPQ | Institut national de santé publique du Québec |
| CUCI | Comité des usagers du centre intégré | IRM | Imagerie par résonance magnétique |
| CUSM | Centre universitaire de santé McGill | ITCA | Intervention thérapeutique lors de conduites agressives |
| CVQ | Comité de vigilance et de la qualité | JED | Jeunes en difficulté |
| DEC | Diplôme d'études collégiales | | |

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

| | | | |
|----------------|--|--------------------|--|
| LMRSSS | Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux | RSQ | Recrutement santé Québec |
| LPJ | Loi sur la protection de la jeunesse | RSSS | Réseau de la santé et des services sociaux |
| LSSSS | Loi sur les services de santé et les services sociaux | RTF | Ressource de type familial |
| MAMH | Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation | RTS | Réseau territorial de services |
| MDA | Maison des aînés | SAC | Spécialiste en activité clinique |
| MOI | Main-d'œuvre indépendante | SAD | Soutien à domicile |
| MRC | Municipalité régionale de comté | SAPA | Soutien à l'autonomie des personnes âgées |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux | SCPD | Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence |
| MSP | Ministère de la Sécurité publique | SCT | Secrétariat du Conseil du trésor |
| ND | Non disponible | SID | Système d'information décisionnel |
| OPUS-AP | Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – Antipsychotiques | SIGPAQS | Système intégré de gestion des plaintes et amélioration de la qualité des services |
| ORDET | Organisme régional de développement Éduco-Témis | SISSS | Système d'information sur la sécurité des soins et des services |
| P | Période | SIV | Soutien d'intensité variable |
| PAB | Préposé aux bénéficiaires | SMD | Santé mentale et dépendance |
| PCI | Prévention et contrôle des infections | SNT | Site non traditionnel |
| PACQ | Plan d'amélioration continue de la qualité | SQI | Société québécoise des infrastructures |
| PDG | Présidente-directrice générale | SSG | Services sociaux généraux |
| PDGA | Président-directeur général adjoint | SST | Santé et sécurité au travail |
| PEP | Premier épisode psychotique | TAO | Traitement par agoniste opioïde |
| PII | Plan d'intervention individualisé | TEP | Tomographie par émission de positons |
| POR | Pratiques organisationnelles requises | TCROCAS-MAT | Table de concertation régionale des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue |
| PQPTM | Programme québécois de psychothérapie pour les troubles mentaux | TI | Technologie de l'information |
| PSOC | Programme de soutien aux organismes communautaires | TSA | Trouble du spectre de l'autisme |
| RAC | Reconnaissance des acquis | UISM | Unité interne de santé mentale |
| RAG | Rapport annuel de gestion | | |
| RH | Ressources humaines | | |
| RHD | Ressource d'hébergement en dépendance | | |
| RHU | Ressource d'hébergement d'urgence | | |
| RI | Ressource intermédiaire | | |
| RLRQ | Recueil des lois et des règlements du Québec | | |
| RLS | Réseau local de services | | |
| RPA | Résidence privée pour aînés | | |

01.

Message des autorités



01. MESSAGE DES AUTORITÉS

C'est avec plaisir que le Rapport annuel de gestion (RAG) 2020-2021 du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue vous est présenté. Ce rapport illustre les éléments marquants du travail et des efforts déployés au cours de la dernière année par quelque 5 500 employés et gestionnaires ainsi que 600 médecins de l'établissement. Les grands dossiers et les activités marquantes y sont exposés. Dans le cadre de cet exercice de rapport annuel de gestion, nous rendons compte à la population du bilan de l'établissement dans les différents programmes et services. Les résultats présentés invitent à maintenir les bonnes pratiques ou à procéder à des changements.

Soulignons que cet exercice est grandement influencé par la COVID-19 qui engendre des impacts sur le quotidien des équipes qui doivent travailler à pied d'œuvre, afin de continuer à offrir des services de qualité à la population de l'Abitibi-Témiscamingue. Cette crise sans précédent met en lumière le courage et le dévouement des hommes et des femmes œuvrant au sein de l'organisation. Cet événement aura sans contredit renforcé les liens entre les membres de l'organisation, mais également avec la communauté, les élus et les partenaires. Nous pouvons tous nous féliciter du travail accompli et dire sans hésitation que les Témiscabitiens sont forts et engagés.

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



Claude N. Morin,
Président du conseil d'administration



Caroline Roy,
Présidente-directrice générale

02.

Déclaration de fiabilité des données et
de contrôles afférents



02. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DE CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les renseignements contenus dans le présent RAG relèvent de ma responsabilité.

Tout au long de l'exercice, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables sont maintenus.

Les résultats et les données du RAG 2020-2021 du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue :

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

Je déclare donc, qu'à ma connaissance, les données contenues dans ce RAG 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 2021.

La présidente-directrice générale,


Caroline Roy

03.

Présentation de l'établissement



03. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Le MSSS a instauré, dans chaque région qu'il a délimitée, un CISSS (article 4 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales) (RLRQ, c. 0-7.2) (LMRSSS).

3.1 Mission, vision et valeurs

Mission

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

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

Plus particulièrement, un CISSS doit :

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

Vision

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

Valeurs

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

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

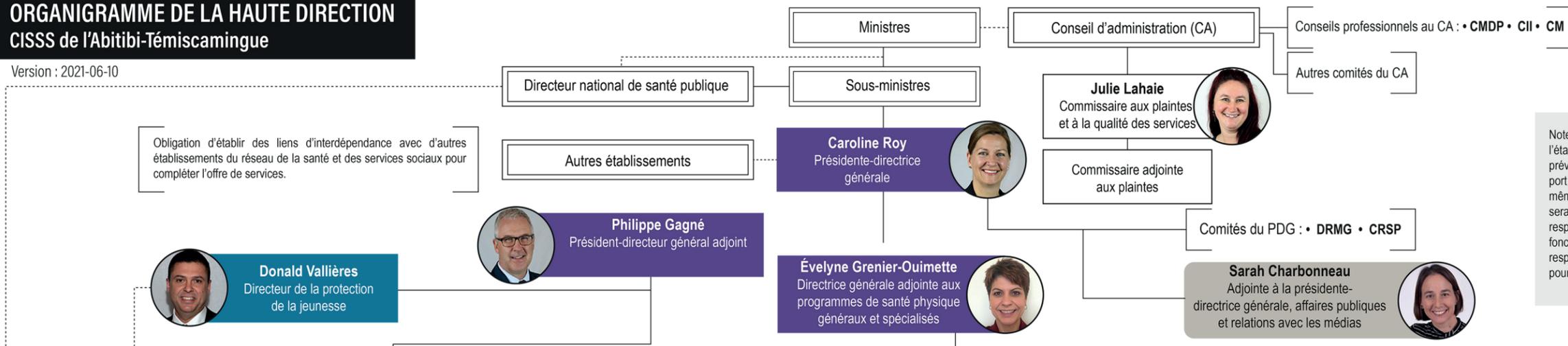
Collaboration : Engagement à travailler ensemble dans un objectif commun et de coopérer avec les collègues, les partenaires, les usagers, les familles et les proches.

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

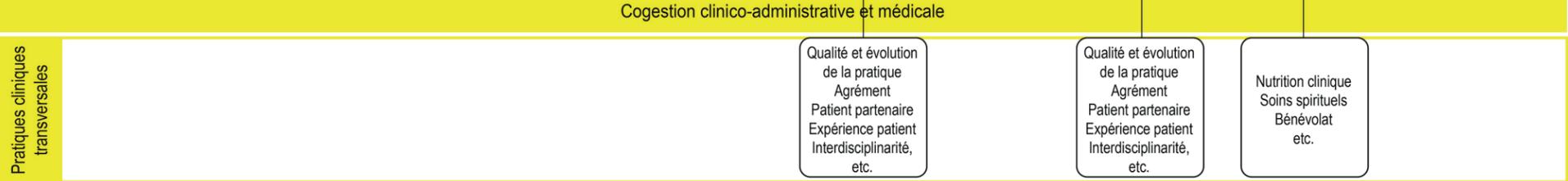
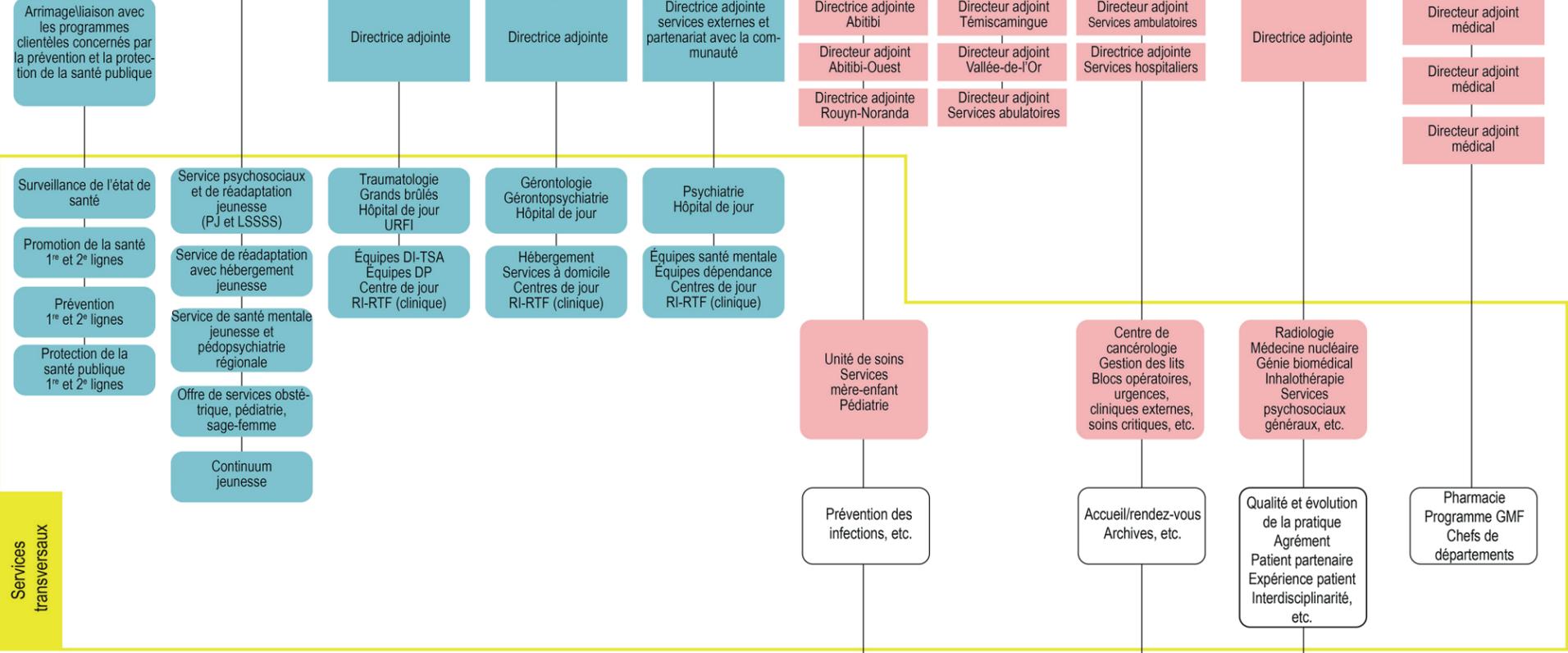


ORGANIGRAMME DE LA HAUTE DIRECTION CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Version : 2021-06-10



Note: Pour chaque site de l'établissement, il est à prévoir qu'un cadre dont le port d'attache est situé à la même adresse civique sera désigné comme responsable de site. Cette fonction est ajoutée aux responsabilités prévues pour ce cadre.



LÉGENDE

CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée
 CII : Conseil des infirmières et infirmiers
 CM : Conseil multidisciplinaire
 CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
 CRSP : Comité régional sur les services pharmaceutiques
 CSF : Conseil des sages-femmes
 DI-TSA et DP : Déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique
 DRMG : Département régional de médecine générale
 RI-RTF : Ressources intermédiaires-ressources de type familial
 URFI : Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Poste de président-directeur général, président-directeur général adjoint et hors-cadres
 Poste cadre supérieur
 Poste cadre intermédiaire ou services inclus

Déclinaison de la couleur selon le niveau hiérarchique
 Couleurs assorties selon direction générale
 Couleurs assorties selon direction générale

En jaune : transversalité
 Lien hiérarchique
 Lien fonctionnel

Services transversaux

Pratiques cliniques transversales

03. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

3.3 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives

3.3.1 Conseil d'administration

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

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

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

Membres du conseil d'administration

(l'astérisque suivant le nom des personnes indique que la personne a quitté en cours d'année)



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



Daniel Marcotte, vice-président
Membre indépendant –
compétence en ressources im-
mobilières, informationnelles
et humaines



Caroline Roy
Présidente-directrice générale
Secrétaire du conseil
d'administration



Nathalie Quenneville
Membre désignée – conseil
multidisciplinaire



Daniel Lampron
Membre indépendant – expertise
en réadaptation



David McLaren
Membre indépendant – expertise
en santé mentale

03. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT



Sylvette Gilbert
Membre désigné représentant les
fondations



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



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



Julie-Mélissa Picard
Membre désignée – conseil des
infirmières et infirmiers (CII)



Catherine Sirois
Membre indépendant – expertise
dans les organismes
communautaires



Katia Quinchon
Milieu de l'enseignement



Carole Bédard
Comité des usagers



Dr Stéphane Terrault
Département régional de
médecine générale (DRMG)



Richard Vallée
Membre indépendant – expertise
en protection de la jeunesse

03. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Membres du conseil d'administration



Dre Ghania Khefif
Membre observateur –
Conseil des médecins,
dentistes et pharmaciens



Monic Ferron*
Comité des usagers



Alexandra Barette-Neveu*
Membre désignée
Conseil multidisciplinaire



Vacant
Comité régional sur les services
pharmaceutiques



Vacant
Compétences en vérification,
performance ou gestion de la qualité

03. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

3.3.2 Les comités, les conseils et les instances consultatifs

Voici la liste des principaux comités de l'établissement (l'astérisque suivant le nom des personnes indique que la personne a quitté en cours d'année).

Comité de gestion des risques et de la qualité

- ▶ M. Philippe Gagné, président du comité
- ▶ Mme Chantal Brunelle
- ▶ Mme Annie Carrier
- ▶ Mme Annette Desjardins*
- ▶ M. André Vézeau
- ▶ Mme Isabelle Galarneau
- ▶ M. Sébastien Grégoire-Lévesque
- ▶ Mme Évelyne Grenier-Ouimette
- ▶ Mme Pascale Huard
- ▶ Dre Clara Popa
- ▶ Mme Marie-Josée Rancourt
- ▶ Mme Judith Laberge
- ▶ M. Patrick Thiffault
- ▶ M. Hans Carignan
- ▶ Mme Ginette Muir Bolduc
- ▶ Mme Yamama Tamim, CUSM
- ▶ Mme Maggy Vallières, personne-ressource
- ▶ Dre Annie Léger*

Comité de vigilance et de la qualité

- ▶ M. Richard Vallée, président du comité
- ▶ Mme Caroline Roy, PDG
- ▶ Mme Monic Ferron, administratrice*
- ▶ Mme Catherine Sirois, administratrice
- ▶ Mme Maggy Vallières, personne-ressource
- ▶ Mme Julie Lahaie, commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Comité ressources humaines

- ▶ Mme Katia Quinchon, présidente du comité
- ▶ Mme Caroline Roy, PDG
- ▶ M. Claude N. Morin, administrateur
- ▶ Mme Sylvette Gilbert, administratrice
- ▶ Mme Sylvie Latulippe, personne-ressource

Comité de vérification

- ▶ Mme Madeleine Paquin, présidente du comité
- ▶ Mme Caroline Roy, PDG
- ▶ M. Daniel Lampron, administrateur
- ▶ M. Daniel Marcotte, administrateur
- ▶ M. David McLaren, administrateur
- ▶ M. Claude N. Morin, administrateur
- ▶ Mme Marie-Lyne Blier, personne-ressource

03. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Comité de gouvernance et d'éthique

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

Comité des immobilisations

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

Comité de révision

- ▶ M. Daniel Lampron, président du comité
- ▶ Dre Claudie Lavergne
- ▶ Dre Julie Desroches
- ▶ Dre Hélène Hottlet
- ▶ Dre Nathalie East
- ▶ Dre Stéphanie Jacques
- ▶ Dre Marie-Pierre Nolet

Comité des usagers

- ▶ Mme Claudette Carignan, présidente du comité
- ▶ Mme Carole Bédard, vice-présidente
- ▶ Mme Gisèle Chrétien*
- ▶ M. Jacques Leblanc*
- ▶ Mme Gisèle Falardeau*
- ▶ Mme Monic Ferron, administratrice
- ▶ Mme Jacqueline Gagnard*
- ▶ M. Daniel Robitaille
- ▶ Mme Anita Larochelle
- ▶ Mme Sharleen Sullivan
- ▶ Mme Ginette Bolduc
- ▶ Mme Hélène Riendeau, secrétaire
- ▶ Mme Ginette Germain, trésorière
- ▶ Mme Carmen Rivard
- ▶ M. René Forgues
- ▶ M. Alain Couture, personne-ressource

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers

- ▶ Mme Annie-Claude Lavigne, présidente du comité
- ▶ Mme Annie Perron
- ▶ Mme Alys Ipperciel
- ▶ Mme Audrey-Ann Gallant*
- ▶ Mme Caroline Langevin
- ▶ Mme Caroline Roy, PDG
- ▶ Mme Chanelle Rancourt
- ▶ Mme Chantal Tremblay
- ▶ Mme Évelyne Grenier-Ouimette
- ▶ Mme France Bolduc
- ▶ Mme Lise Dubé*
- ▶ Mme Marie-Claude Brochu
- ▶ Mme Julie-Mélissa Picard*
- ▶ Mme Marie-Josée Rancourt
- ▶ Mme Nathalie Brassard
- ▶ Mme Sylvie Larochelle
- ▶ Mme Vicky Gosselin
- ▶ Mme Anne-Marie Desjardins Parisien
- ▶ Mme Sophie Laflamme

03. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

- ▶ Dr Alain Moukheiber, président du comité
- ▶ Mme Caroline Roy, PDG
- ▶ Mme Suzie Alain
- ▶ Dre Clodel Naud-Bellavance
- ▶ Dr Aiman Ghali Ghattas
- ▶ Dr Guillaume Chevalier Soudeyns
- ▶ Dre Nathalie East
- ▶ Dr Houssine Souissi
- ▶ Dr Jean-Simon Roch Matte
- ▶ Dr Pierre Olivier Roy
- ▶ Dre Catherine St-Jean
- ▶ Dre Kimi Valet
- ▶ Dre Annie Léger*

Comité exécutif du conseil multidisciplinaire

- ▶ Mme Carole Landry, présidente du comité
- ▶ Mme Caroline Roy, PDG
- ▶ Mme Chantal Brunelle
- ▶ Mme Marie-Ève Gagnon-Nolet
- ▶ Mme Maud Bouchard
- ▶ Mme Myriam Rannou-Cadieux*
- ▶ Mme Sophie Higgins
- ▶ Mme Estelle Gagné
- ▶ Mme Nadia Ouellet
- ▶ Mme Samantha Thériault
- ▶ Mme Isabelle Blais*
- ▶ Mme Charlène Girard Parent*
- ▶ Mme Jennifer Hince
- ▶ Mme Nathalie Quenneville
- ▶ Mme Anne-Marie Duval
- ▶ Mme Mylène Gauthier
- ▶ M. Gino Mercier*

Comité régional sur les services pharmaceutiques

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

Département régional de médecine générale

- ▶ Dr Jean-Yves Boutet, chef du DRMG
- ▶ Mme Caroline Roy, PDG
- ▶ Dre Catherine Mailly
- ▶ Dre Gabrielle Bergeron*
- ▶ Dre Émilie Godbout
- ▶ Dre Annie Léger*
- ▶ Dr Christian Mailly*
- ▶ Dre Monique Martin*
- ▶ Dre Julie Richer
- ▶ Dre Catherine St-Jean
- ▶ Dr Stéphane Terrault
- ▶ Dr Jean-François Verville
- ▶ Dre Stéphanie Lacroix
- ▶ Dre Kimi Valet

03. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Comité consultatif au PDG

- ▶ Mme Caroline Roy, PDG
- ▶ M. Philippe Gagné, PDGA
- ▶ Mme Évelyne Grenier-Ouimette, DGAPSPGS
- ▶ Dre Kathy Bonapace*
- ▶ Dr Jean-Yves Boutet
- ▶ Dre Nancy Brisson
- ▶ Mme Chantal Brunelle
- ▶ Mme Claudette Carignan
- ▶ Mme Sarah Charbonneau
- ▶ Dr Hugo Delorme
- ▶ Dr Godefroy Alain Cardinal
- ▶ Mme Samantha Thériault*
- ▶ Dre Omobola Sobanjo
- ▶ M. Patrick Grenier
- ▶ Dre Émilie Godbout
- ▶ Mme Annie-Claude Lavigne
- ▶ Dre Annie Léger*
- ▶ Dre Louise Perreault*
- ▶ Dre Julie Richer
- ▶ Dr Pierre-Olivier Roy
- ▶ Dr Alain Moukheiber
- ▶ Dr Houssine Souissi
- ▶ Mme Maggy Vallières
- ▶ Dr Stéphane Terrault
- ▶ Dre Monique Martin
- ▶ Mme Karine Godin*
- ▶ Mme Sylvie Latulippe
- ▶ Dr Christian Mailly*
- ▶ Dre Kim Beauregard-Lepage*
- ▶ Dre Marlène Lessard
- ▶ Mme Carole Landry



03. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

3.4 Faits saillants

3.4.1 Les nouveaux enjeux, les priorités et les principales réalisations

Année 2020-2021

Poursuite des travaux du Centre régional de radio-oncologie

À la suite de l'appel d'offres qui a pris fin le 28 juin 2019, la Société québécoise des infrastructures (SQI) poursuit la construction d'un bâtiment autonome sur le terrain adjacent à l'hôpital de Rouyn-Noranda, soit à l'intersection de la 9^e Rue et du chemin Trémoy. Le Centre régional de radio-oncologie sera relié à l'hôpital par une passerelle, afin de favoriser l'accès à certains services hospitaliers. La façade du bâtiment donnera sur le chemin Trémoy. Grâce à son implantation, les usagers de l'Abitibi-Témiscamingue qui ont besoin de traitements de radiothérapie pourront les recevoir à proximité de leur lieu de résidence. Les déplacements vers les grands centres comme Montréal et Gatineau seront réduits de façon significative. Le début des activités du Centre régional de radio-oncologie est prévu cet automne.

Maison des aînés de Palmarolle

Cette maison des aînés (MDA) permettra d'accueillir 24 résidents et offrira un milieu de vie à dimension humaine, constitué de deux (2) unités climatisées de 12 places chacune et comportant une chambre pour chaque usager, avec toilette et douche adaptée. Ce nouveau type d'hébergement, qui rappelle davantage un domicile qu'un milieu institutionnel, favorise les contacts humains ainsi qu'un mode de vie plus actif, entre autres, grâce à l'accès à des espaces extérieurs aménagés et à des installations mieux adaptées aux besoins des proches aidants. Cette transformation est aussi bénéfique pour le personnel qui travaille dans ces milieux et contribue d'ailleurs à l'attractivité et à la rétention de cette main-d'œuvre. L'échéancier prévoit le début de la construction de la MDA en octobre 2021 pour une mise en activités à l'automne 2022.

CHSLD de Macamic

Cette nouvelle construction, conçue selon l'approche portée par le déploiement des MDA, permettra d'accueillir 84 résidents en MDA et 14 usagers en santé mentale et déficience intellectuelle et viendra se joindre au CHSLD actuel de Macamic. Le bâtiment existant conserve les locaux de soutien, la cuisine et les locaux administratifs. Tandis que tous les locaux de milieux de vie seront dans le nouveau bâtiment et offriront aux résidents un milieu de vie à dimension humaine, constitué de six (6) unités climatisées de 14 places chacune, comportant une chambre pour chaque usager, avec toilette et douche adaptée. Tel que la MDA de Palmarolle, ce nouveau type d'hébergement rappelle davantage un domicile qu'un milieu institutionnel, favorise les contacts humains ainsi qu'un mode de vie plus actif, entre autres, grâce à l'accès à des espaces extérieurs aménagés et à des installations mieux adaptées aux besoins des proches aidants. Cette transformation est aussi bénéfique pour le personnel qui travaille dans ces milieux et contribue d'ailleurs à l'attractivité et à la rétention de cette main-d'œuvre. L'échéancier actuel prévoit que la construction, d'une durée de 20 mois, sera amorcée à l'été 2022.

Usager partenaire

L'usager partenaire est une approche clinique et de gestion implantée dans les CISSS et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Québec en 2018. Elle vise à resserrer les différentes formes de collaboration entre les usagers et les établissements de santé et de services sociaux en vue d'améliorer les soins et services. Au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, l'engagement s'effectue dans le déploiement de l'approche usager partenaire via l'adoption d'une politique en juin 2019. Depuis, plusieurs avancées sont observables, dont le taux de participation d'usagers dans des chantiers d'amélioration continue au sein de l'établissement. Les différentes directions sont également sensibilisées aux principes du partenariat thérapeutique avec l'usager (usager comme partenaire de ses propres soins). Plusieurs chantiers de travail sont identifiés en ce sens pour l'année 2021-2022. À noter que le partenariat avec l'usager est une pratique évaluée par l'organisme d'accréditation Agrément Canada et qu'elle s'inscrit directement dans la planification stratégique 2020-2025 du MSSS.

03. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Juillet 2020 à mars 2021

Attestation d'études professionnelles (AEP) de préposé en CHSLD

Trois (3) cohortes d'étudiants sont inscrites à l'AEP et bénéficient de bourses des formations. Ainsi, près d'une centaine de personnes obtiennent l'accréditation et travaillent au CISSS.

Octobre 2020

Centre de services ambulatoires (CSA) de Rouyn-Noranda

Le CSA de Rouyn-Noranda est en cours de construction et les travaux seront complétés pour l'automne 2021. Ce dernier est le second centre dont pourra bénéficier la population de la région. On estime qu'entre 10 000 et 15 000 interventions seront réalisées chaque année. La mission du CSA est d'offrir à une clientèle adulte et ambulatoire ainsi qu'à une clientèle pédiatrique, plusieurs services à caractère diagnostique, thérapeutique et préventif. Notons entre autres : l'administration de médication sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse : les soins de plaie variés, les biopsies et les ponctions diverses, l'investigation diagnostique cardiaque, neurologique, pulmonaire ou vasculaire, etc. On parle de services ambulatoires lorsqu'un usager peut se déplacer, par opposition à l'usager qui doit être admis à l'hôpital ou qui ne peut quitter son domicile, des avantages pour les patients, les employés et les médecins. En regroupant les services ambulatoires, la population bénéficie d'un accès plus facile, rapide et coordonné aux soins de 1^{re} ligne. Cette façon d'organiser les services facilite le diagnostic, la prise en charge et le traitement des usagers, sans qu'ils aient besoin d'être hospitalisés ou de se présenter à l'urgence. Lorsqu'une hospitalisation ne peut être évitée, l'accès au CSA permet de réduire la durée de séjour de l'usager en favorisant le retour dans son milieu naturel le plus rapidement possible tout en lui offrant les soins et services nécessaires à sa condition.

Janvier 2021

Ouverture d'un site non traditionnel à l'église Saint-Sauveur de Val-d'Or

Suivant l'annonce de confinement du gouvernement du Québec le 6 janvier 2021, les partenaires de la municipalité régionale de comté (MRC) de la Vallée-de-l'Or se mobilisent rapidement pour répondre aux besoins de la clientèle en situation d'itinérance. En effet, ce confinement est initialement accompagné d'un couvre-feu qui s'applique également à la clientèle en situation d'itinérance ou à risque de le devenir. De surcroît, les mesures sanitaires en vigueur limitent les rassemblements et rendent plus difficile l'accès à des endroits pour dormir pour cette clientèle sans domicile fixe. L'itinérance cachée devient visible, ce qui a pour effet d'augmenter le nombre de personnes qui utilisent les services de la ressource d'hébergement d'urgence (RHU) La Piaule de Val-d'Or. N'étant plus en mesure de répondre aux besoins de la clientèle dans le respect des mesures sanitaires en vigueur, un site non traditionnel (SNT) ouvre ses portes dans la soirée du 20 janvier 2021. Depuis son ouverture, une moyenne de 30 personnes utilisent les services de la RHU et du SNT combinés. Ce site est rendu possible grâce à la très grande collaboration de l'ensemble des partenaires du milieu, notamment la Sûreté du Québec, La Piaule de Val-d'Or, la Ville de Val-d'Or, le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or et plusieurs partenaires internes à l'organisation.

Février 2021

Actions concertées pour réduire le déconditionnement des aînés

Afin de répondre aux défis observés par les aînés dans leur milieu de vie suite aux restrictions liées à la pandémie, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue développe et diffuse, dans tous les foyers de la région (70 000), un guide à l'intention des aînés et des proches aidants. Cet outil d'information et de mobilisation porte sur trois (3) composantes clés : la santé psychologique, la mobilité et l'alimentation.

03. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

De plus, le projet animateur-bonheur réalisé pendant l'été 2020 permet de joindre les résidents en résidence privée pour aînés (RPA) afin de prévenir, en toute sécurité, le déconditionnement. Concrètement, le projet animateur-bonheur offre un total de 18 759 activités au sein des différentes RPA du territoire, qui comptent 1 352 résidents présentant une perte d'autonomie légère à modérée. C'est un franc succès!

Des services d'éducation prénatale adaptés à la pandémie

Suite à l'interruption des rencontres de groupe en présence, il devient prioritaire de faire autrement en élaborant une nouvelle offre de service pour joindre et répondre aux besoins des futurs parents. C'est ainsi qu'en février 2021 débute une nouvelle offre de service d'éducation prénatale en ligne (EPL). Chaque semaine, une équipe de différents professionnels de santé publique anime cinq (5) thématiques de 90 minutes ayant pour but de soutenir les femmes enceintes et leur partenaire dans leur expérience périnatale, d'en apprendre davantage sur les bonnes habitudes de vie pendant la grossesse, de leur donner confiance en la capacité de donner naissance et de se préparer à l'arrivée du nouveau-né. L'offre de service ne repose plus sous la seule responsabilité des infirmières, mais bien sur une équipe de plusieurs professionnels à l'échelle régionale. Des outils complémentaires sont développés, tels que des visites virtuelles des salles d'accouchement et de néonatalogie et des informations concernant les ressources disponibles et les particularités de chacune des unités mère-enfant de la région.

Mars 2021

Lancement du Centre de prévention des surdoses temporaire

Au cœur de la crise des surdoses, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue fait partie des quatre (4) régions du Québec qui développent ce projet pilote pour réduire les méfaits. En effet, le 18 mars 2021 marque l'inauguration du Centre de prévention des surdoses temporaire de Val-d'Or, aménagé à même la clinique pour le traitement par agoniste opioïde (TAO), au centre-ville et offre un espace où les personnes qui ont une dépendance peuvent consommer, sous l'encadrement d'intervenants. En effet, le service de consommation supervisé fait ses preuves dans diverses communautés puisque ces installations réduisent le risque de surdose mortelle et la transmission d'infections comme l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Ce travail de partenariat regroupe ainsi plusieurs professionnels afin d'accompagner et soutenir les usagers vulnérables.

Inauguration d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique à l'Hôpital d'Amos

Le 24 mars 2021 marque la mise en service progressive de l'appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) fixe à l'Hôpital d'Amos. L'IRM permet aux médecins d'établir un diagnostic plus rapidement, par exemple, dans les cas de détection précoce du cancer et de proposer des traitements efficaces sans faire appel à la radiation ou à du matériel radioactif. Les usagers du service d'orthopédie en bénéficient également, notamment lors de complications à la suite d'opérations. Les usagers de la région qui réalisent une intervention chirurgicale en orthopédie n'ont donc plus à être transférés ailleurs. Le coût total du projet est de 8,1 M\$. La Fondation hospitalière d'Amos y investit plus de 300 000 \$.

3.4.2 Les principales modifications apportées dans les services offerts, les ressources humaines, matérielles et financières

Automne 2020

Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA)

Au cours de l'automne 2020, la DPSAPA procède à la révision de la structure de la direction. Ainsi, le MSSS autorise l'ajout de neuf (9) gestionnaires de milieu de vie en CHSLD.

03. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Janvier 2021

Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire (DSPEU)

Suite à l'annonce du départ de la directrice des services professionnels et de l'enseignement universitaire, une révision de la structure d'encadrement supérieur s'amorce. Les responsabilités de la DSPEU sont bonifiées par une responsabilité transversale en regard de la pertinence clinique (DSPEUPC). Cette direction devient exclusivement en lien avec l'encadrement, le soutien et l'organisation des affaires médicales; alors les activités opérationnelles sont maintenant sous la responsabilité de la Direction générale adjointe aux programmes de santé physique généraux et spécialisés (DGAPSPGS).

Novembre 2020 à mars 2021

Réorganisation temporaire de services

La démarche de réorganisation temporaire de services s'impose en raison de la rareté des ressources infirmières en Abitibi-Témiscamingue. Ainsi, de la mi-novembre à la mi-mars, plus de 50 infirmières de la région sont réaffectées à des services essentiels. Les objectifs poursuivis par cette démarche sont de :

- Maintenir les services essentiels dans l'ensemble des territoires de la région;
- Éviter les ruptures de services;
- Maximiser l'utilisation des ressources infirmières.

En complément, la période de réorganisation a notamment permis de réaliser les chantiers suivants identifiés au tableau 1 :

Tableau 1 : Chantiers de travail réalisés dans le cadre de la réorganisation temporaire

| Chantier de travail | Activité réalisée |
|---|---|
| Les points de services des centres locaux de services communautaires (CLSC) | <ul style="list-style-type: none">• Analyser les tâches accomplies par des ressources infirmières;• Identifier les tâches qui peuvent être accomplies par d'autres ressources que des infirmières (infirmières auxiliaires ...);• Revoir l'organisation du travail des équipes;• Définir comment soutenir des médecins par d'autres professionnels que les ressources infirmières;• Planifier et réaliser les services en appliquant un cahier de charge visant à effectuer le travail de façon efficace et efficiente. |
| Le soutien à domicile | |
| Les médecins spécialistes | |
| La santé publique (périnatalité, vaccination, santé scolaire) | |
| Tous les autres services | |
| Évaluation et amélioration continue | <ul style="list-style-type: none">• Définir des indicateurs de suivis;• Analyser l'information recueillie et lorsque requis, apporter les ajustements requis. |

Les agences de main-d'œuvre indépendante (MOI)

Présentement, le quart des heures travaillées en soins infirmiers (130 ressources par mois) est réalisé par des ressources infirmières issues d'agences privées avec qui le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue établit des contrats. Pour le moment, le recours à ces ressources est essentiel et contribue grandement à maintenir l'accessibilité et l'offre des soins de santé et de services sociaux à la population. Néanmoins, à moyen terme, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue souhaite réduire sa dépendance à cette main-d'œuvre et miser sur les employés de l'établissement pour offrir des soins et services avec des équipes stables, complètes et spécialisées.

03. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Avril 2020 à mars 2021

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ)

Embauches massives en contexte de pandémie

Depuis le 1^{er} avril 2020, la DRHCAJ fait des embauches massives afin d'atténuer les différents enjeux que la pandémie COVID-19 a amenés, mais également pour pallier, entre autres, à la pénurie de main-d'œuvre. Ces embauches temporaires et régulières via la plateforme "Je contribue" permettent d'augmenter la main-d'œuvre au titre d'aide de service dans les CHSLD, et de préposés à l'entretien ménager pour répondre aux normes de prévention et contrôle des infections dans les différents établissements et pour d'autres embauches dans les services auxiliaires, administratifs ou au sein des équipes de santé publique (contribution à la réalisation d'enquêtes épidémiologiques). Au total plus de 362 embauches sont effectuées. De nombreuses embauches de retraités du réseau de la santé et des services sociaux sur les titres d'emplois d'infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires, gestionnaire sont également réalisées pour venir en aide aux équipes présentes au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue (Info-Santé 811, enquête épidémiologique, etc.) ou pour développer de nouveau service en lien avec la pandémie (cliniques de dépistage, cliniques de vaccination, ligne COVID-19 pour employés, ligne 1 866 COVID pour la population, etc.). Au total, environ 185 retraités sont réembauchés entre le 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021.

Programme de formation des préposés aux bénéficiaires, PAB express et aides de service

Toujours dans le contexte de pandémie, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue crée un programme de formation à l'interne pour des préposés aux bénéficiaires (PAB) et des aides de service, afin de répondre aux besoins de main-d'œuvre dans les différents secteurs critiques. Ce programme consiste à former le personnel du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue affecté à d'autres titres d'emploi ayant effectué un minimum de 10 jours de travail à titre d'aide de service et sous recommandation du supérieur immédiat sur le titre d'emploi de PAB. Les personnes ainsi formées doivent, par la suite, s'engager au programme de reconnaissance des acquis (RAC) auprès d'un Centre de formation professionnelle de la région. Soulignons que 92 PAB sont formés via ce programme. De plus, en collaboration avec la Direction DI-TSA-DP, un programme de formation interne est développé et verra le jour à l'été 2021. Ce dernier vise à former les PAB déjà embauchés au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue ou en voie de formation via le PAB express, à travailler auprès d'une clientèle ayant une déficience intellectuelle et un trouble grave de comportement, dans les unités d'hébergement spécialisées.

Programme de formation des auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS), ASSS express

Un programme de formation interne est créé pour accroître le bassin de main-d'œuvre disponible comme ASSS. Ainsi, tout PAB déjà à l'emploi du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue peut suivre une formation additionnelle de deux (2) jours en lien avec la loi 90, afin d'être admissible au titre d'emploi d'ASSS.

Attestation d'études professionnelles (AEP) en hygiène et salubrité (janvier 2021 - mars 2021)

En collaboration avec le Centre de formation professionnelle de Rouyn-Noranda, un AEP en hygiène et salubrité est élaboré en janvier 2021. Deux (2) cohortes d'AEP en hygiène et salubrité effectuent leur formation à l'interne, dans le but de permettre aux salariés intéressés de réaliser dix (10) jours de formation rémunérée et 58 jours de travail au sein du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Restructuration

La DRHCAJ se réorganise, à plusieurs reprises, pour s'ajuster au contexte de pandémie COVID-19 et à la pénurie de main-d'œuvre. Ainsi, pour répondre à ces objectifs, la DRHCAJ délaisse des activités régulières liées aux fonctions de gestion en ressources humaines (RH) en vue d'appliquer les nombreux arrêtés ministériels en lien

03. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

avec l'état d'urgence sanitaire. La DRHCAJ revoit également l'organisation du travail en vue de mieux répondre aux enjeux de l'organisation. De ce fait, elle crée un service de stratégies d'attraction de main-d'œuvre, un service dédié principalement à l'accompagnement aux cadres du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue ainsi que différents comités tactiques en RH.

En parallèle, la DRHCAJ déploie une équipe de prévention en santé et sécurité au travail pour répondre aux différentes exigences de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), de la Commission des normes, de l'éthique, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST) et du MSSS en matière de santé et sécurité au travail quant à la protection des travailleurs de la santé en contexte de pandémie (masque N95, mesures d'hygiène, réorganisation physique des bureaux, etc.). En collaboration avec les différentes directions, les agents de prévention soutiennent les équipes et gestionnaires du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, afin d'assurer une protection optimale des travailleurs et de diminuer le risque de contagion. Une équipe d'infirmières enceintes ou immunosupprimées retirées de leur travail en milieu de soins est quant à elle dédiée pour soutenir les employés aux prises avec des symptômes de la COVID-19 en lien avec le dépistage, le retrait du travail et le suivi médical.

3.4.3 Les impacts de la pandémie de la COVID-19 sur les activités

En contexte de pandémie, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue veille à assurer en tout temps :

- La sécurité de la population;
- La sécurité des travailleurs de la santé;
- Le maintien des services à la population.

De ce fait, au cours de la dernière année, toutes les directions du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue s'affairent à maintenir les services dans un contexte de pandémie. Au début janvier 2021, la région connaît une hausse marquée des cas de la COVID-19, reliée en rétrospective au variant Sud-Africain du virus. À cette période, l'Abitibi-Témiscamingue est la région qui détient le plus haut taux de variants par 100 000 habitants en province.

Dans un autre ordre d'idées, parmi les faits saillants, il importe de souligner les éléments suivants :

- Aucun service n'est délesté en raison de la pandémie suite au déploiement du plan de contingence réalisé lors de la première vague de façon harmonisée dans tout le réseau québécois.
- L'effort collectif permet de n'enregistrer aucun cas de résident positif à un diagnostic de la COVID-19 dans les neuf (9) CHSLD et les dix (10) ressources intermédiaires (RI) de la région.
- Des activités de concertation sont planifiées pour répondre aux besoins de la population :
 - » Comité d'urgence sanitaire régional COVID-19 : regroupe les partenaires régionaux : les élus des cinq (5) territoires de MRC, la sécurité publique, la sécurité civile, le milieu de l'éducation, les représentants régionaux du ministère des Affaires municipales et de l'Habitation (MAMH), la Direction de santé publique (DSPu) et autres invités au besoin.
 - » Rencontres hebdomadaires avec les communautés autochtones anglophones et francophones : planifiées afin que la PDG, la DSPu et la responsable du déploiement de la campagne de vaccination au sein des communautés partagent des renseignements avec les personnes concernées.
 - » Comité d'urgence sanitaire local lorsque la situation épidémiologique le requiert.

Par ailleurs, la DSPu souligne la mobilisation des équipes associées aux enquêtes épidémiologiques, au traçage rapide des contacts, au suivi des cas positifs et des contacts, à la collaboration aux barrages policiers lors de la fermeture de la Ville de Rouyn-Noranda, à la clinique de dépistage mobile et au dépistage des employés en CHSLD. En effet, les équipes effectuent les actions suivantes afin de préparer l'établissement à faire face à une deuxième vague de la COVID-19 :

03. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

- Mettre en place les mesures pour protéger les milieux, notamment par :
 - » La sensibilisation et la formation du personnel sur les mesures de base en prévention et contrôle des infections;
 - » L'élaboration de plans de contingence aux différents niveaux de l'organisation;
 - » La mise en place de mécanismes de vigie des milieux de vie;
 - » Le soutien des partenaires privés qui hébergent, soignent et accompagnent des usagers.

- Assurer une gestion adéquate des enjeux spécifiques à la crise sanitaire, en accomplissant les actions suivantes :
 - » Le soutien particulier aux activités stratégiques de santé publique, telles que la vigie sanitaire, le dépistage et le traçage de cas et de contact;
 - » Le déploiement d'un modèle d'organisation des activités facilitant l'accès à ces services pour les citoyens et l'obtention de leur résultat;
 - » La prise en charge et la gestion optimale des éclosions d'infections nosocomiales dans l'ensemble des milieux de son territoire;
 - » La mise en place de processus logistiques pour assurer la distribution et la gestion optimale des équipements de protection, de matériel médical et des médicaments.

04.

Résultats au regard du Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux



04. RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Dans cette section, les informations liées à l'atteinte de certaines cibles ministérielles sont exposées.

Tableau 2 : Résultats pour certains indicateurs du plan stratégique du MSSS¹

Orientation → AMÉLIORER L'ACCÈS AUX PROFESSIONNELS ET AUX SERVICES

Objectif : Offrir un accès plus rapide aux services de première ligne

| Indicateur | Résultat au 31 mars 2020 | Résultat au 31 mars 2021 | Cible 2020-2021 plan stratégique du MSSS |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| Pourcentage de Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille | 82,2 % | 80,28 % | 83 % |
| Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF | 99 156 | 93 805 | 5 522 287 |

Commentaire :

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue éprouve des difficultés de recrutement en médecine de famille d'où l'intensification des démarches avec Recrutement Santé Québec (RSQ), qui devraient avoir pour impact d'augmenter la prise en charge médicale, particulièrement pour les RLS de La Sarre et du Témiscamingue, où les taux de prise en charge sont à la baisse d'approximativement 3 % pour chacun des RLS.

Cet indicateur est régulièrement diffusé au département régional de médecine générale (DRMG), à la Table de concertation des groupes de médecine familiale (GMF) et via le tableau de bord de gestion du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Tous les efforts de recrutement se poursuivent.

Le GMF Témiscavie à Ville-Marie ferme le 30 septembre 2020. Quelque 6 167 usagers étaient suivis soit 7 851 usagers pondérés. Cette situation a un impact sur l'indicateur global de la région. Pour ce qui est de ce secteur en particulier, tous les efforts sont déployés entre l'organisation, le DRMG et l'équipe médicale, afin de remettre en place un GMF en 2021-2022.

Objectif : Diminuer le temps d'attente à l'urgence

| Indicateur | Résultat au 31 mars 2020 | Résultat au 31 mars 2021 | Cible 2020-2021 plan stratégique du MSSS |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire | 156 minutes | 136 minutes | 132 minutes |
| Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière | 11,02 heures | 10,92 heures | 15 heures |

¹ Données ont été mises à jour le 12 mai 2021 selon les données disponibles au Portail SID.

04. RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Commentaire :

Une diminution des délais est constatée par rapport à l'an dernier. En raison de la pandémie, l'achalandage dans les services de santé est considérablement réduit au début de l'année financière, ce qui a un impact sur la durée moyenne de séjour (DMS) à l'urgence et sur la prise en charge. Néanmoins, la diminution globale de l'indicateur correspond sensiblement aux données de la province.

Durée moyenne de séjour :

En comparant les résultats à ceux de l'année dernière, une amélioration des résultats est observée. Par contre, nonobstant le début de l'année, pour le reste de l'année qui s'en suivent démontrent aussi une diminution. Le RLS de la Vallée-de-l'Or constitue toutefois une exception, puisqu'une augmentation de l'achalandage et une diminution d'accès à des lits à l'hospitalisation sont constatées, en raison d'un taux d'occupation plus élevé. Quant au RLS de Témiscamingue, qui n'a qu'une civière au permis, sa valeur est peu représentative. Par contre, des efforts sont consacrés pour poursuivre les travaux visant à diminuer les DMS et pour favoriser la fluidité des séjours sur civière avec une vigie quotidienne des indicateurs.

Objectif : Améliorer l'accès aux services en santé mentale

| Indicateur | Résultat au 31 mars 2020 | Résultat au 31 mars 2021 | Cible 2020-2021 plan stratégique du MSSS |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale | 607 | 731 | 19 201 (cible provinciale) |

Commentaire :

Les équipes de santé mentale externe manquent d'effectifs, en raison d'une pénurie de main-d'œuvre. En parallèle, il y a une hausse du volume de la demande de services à l'automne 2020, comparativement à la même période pour 2019-2020.

Bien que le total de demandes de services demeure le même, la moyenne d'interventions par usager augmente comparativement à l'année 2019-2020.

Pour ce qui est des priorités 2 (prises en charge à l'intérieur de 14 jours), l'augmentation se situe à partir de la P8 de l'année 2020-2021, toujours en comparaison avec l'année 2019-2020.

Mesures mises en place pour favoriser l'atteinte de l'engagement :

- Recruter en continu afin de combler, selon les besoins, les effectifs et les postes vacants dans les équipes;
- Embaucher une chargée de projet pour la mise en place du Programme québécois de psychothérapie pour les troubles mentaux (PQPTM);
- Nommer des spécialistes en activités cliniques (SAC);
- Solliciter des psychothérapeutes au privé pour répondre aux besoins de la liste d'attente;
- Consolider le guichet d'accès en santé mentale (GASM) sur tout le territoire;
- Débuter une offre de service plus intense par le biais de groupes de soutien;
- Réviser des charges de cas pour tous les intervenants des services externes;
- Réaliser des activités de repérage faites sur une base régulière.

04. RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Objectif : Améliorer l'accès aux services en dépendance

| Indicateur | Résultat au 31 mars 2020 | Résultat au 31 mars 2021 | Cible 2020-2021 plan stratégique du MSSS |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance | 1476 | 1 274 | 60 671 |

Commentaire :

Les équipes en dépendance sont en effectifs réduits à divers moments au cours de l'année. Ces périodes de diminution d'effectifs sont liées :

- À une pénurie de main-d'œuvre permettant plus difficilement de pourvoir les postes vacants;
- Au roulement au niveau des intervenants;
- À l'intégration de nouveaux intervenants dans les équipes avec un rythme plus lent dans la réalisation des activités habituelles;
- À la pandémie de la COVID-19.

En cours d'année, une diminution des demandes en provenance des services est relevée. De plus, le Centre de réadaptation en dépendance avec hébergement (CRD-H) cesse ses activités dans la première vague de la pandémie pour une durée de quelques semaines. Par ailleurs, comme les écoles ferment temporairement, le repérage et le dépistage sont plus difficiles pour ce type de clientèle.

Mesures mises en place pour favoriser l'atteinte de l'engagement :

- Recruter de la main-d'œuvre de façon continue afin de combler, selon les besoins, les effectifs et les postes vacants dans les équipes;
- Poursuivre le travail d'information des services et de collaboration avec les partenaires internes et externes;
- Réviser et harmoniser des standards de pratiques en dépendance en cours en collaboration avec les partenaires internes. La révision et l'harmonisation sont travaillées avec les équipes et ensuite communiquées aux partenaires internes et externes;
- Élaborer un plan de formation pour les nouveaux intervenants;
- Embaucher une chargée de projet régionale pour actualiser le plan d'action interministériel en dépendance qui permettra de mettre de l'avant des projets pour augmenter l'offre de service en dépendance, tant pour les jeunes que pour les adultes;
- Embaucher une SAC pour consolider l'expertise des intervenants en dépendance et harmoniser les pratiques;
- Nouveaux services : Ouverture de la clinique TAO à Val-d'Or ainsi que la mise en place d'un centre de prévention des surdoses temporaire;
- Élaborer une entente de services pour le repérage de la clientèle avec un organisme communautaire à venir;
- Inscrire trois (3) nouveaux formateurs à l'automne 2020 à la formation de formateurs donnée par le MSSS pour faciliter le dépistage;
- Prendre des activités du CRD-H de 9 lits sur 11.

04. RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Objectif : Améliorer l'accès aux services spécialisés

| Indicateur | Résultat au 31 mars 2020 | Résultat au 31 mars 2021 | Cible 2020-2021 plan stratégique du MSSS |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisé à l'intérieur des délais (Priorités A-B-C-D-E) <i>A = 3 jours et moins</i> <i>B = 10 jours et moins</i> <i>C = 28 jours et moins</i> <i>D = 3 mois et moins</i> <i>E = 12 mois et moins</i> | 82,8 % | 79,4 % | 81 % |
| Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois | 554 | 364 | 40 000 (cible provinciale) |
| Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours | 97,2 % | 98,9 % | 85 % |

Commentaire :

Le délestage, en lien avec la COVID-19, influence les listes d'attente, particulièrement en début d'année financière. Cependant, le retard est repris en cours d'année.

Concernant les chirurgies, la pénurie de personnel formé au bloc opératoire provoque une diminution des priorités. Le délestage en lien avec la COVID-19 impacte aussi les listes d'attente pour le début de l'année. Cependant, le retard est repris en cours d'année. Par ailleurs, la clientèle nécessitant une chirurgie oncologique est privilégiée dans le processus de priorisation des interventions dans les blocs opératoires.

Objectif : Améliorer l'accès aux services pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme

| Indicateur | Résultat au 31 mars 2020 | Résultat au 31 mars 2021 | Cible 2020-2021 plan stratégique du MSSS |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme | 501 | 478 | 16 000 (cible provinciale) |

Commentaire :

Aucun investissement en services résidentiels n'est effectué. Le projet des « Maisons des aînés et alternatives » permettra de bonifier le nombre de places et offrir à cette clientèle un environnement adapté à leurs besoins.

04. RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Objectif : Augmenter les services de soutien à domicile

| Indicateur | Résultat au 31 mars 2020 | Résultat au 31 mars 2021 | Cible 2020-2021 plan stratégique du MSSS |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile | 6 476 | 6 862 | 364 602 (cible provinciale) |
| Nombre total d'heures de services de soutien à domicile | 465 741 | 501 354 | 21,3 millions d'heures (cible provinciale) |

Commentaire :

Il y a une augmentation du nombre d'utilisateurs qui reçoivent des soins à domicile (SAD) de longue durée, ce qui constitue un défi dans un contexte de pandémie de pénurie de main-d'œuvre.

En lien avec les heures de service, la mise à jour d'ententes d'achat de services est poursuivie avec les divers partenaires, dont les RPA et les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD). Les travaux de la Table de travail avec l'équipe du MSSS sont retardés en raison de la pandémie de la COVID-19. Dans le contexte de pénurie de la main-d'œuvre et de la pandémie, les résultats sont jugés satisfaisants (augmentation de 4,5 %). La révision de la trajectoire en maintien à domicile pour le volet infirmier contribuera à améliorer la capacité de prise en charge de la clientèle.

Objectif : Améliorer l'accès aux services destinés aux enfants, aux jeunes et à leurs familles

| Indicateur | Résultat au 31 mars 2020 | Résultat au 31 mars 2021 | Cible 2020-2021 plan stratégique du MSSS |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique (DP) ou en déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA) dans les délais. | 72 % | 59,4 % | 86 % |
| Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins. | 54 % | 56,5 % | 73 % |

Commentaire :

La proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement qui bénéficie de services du programme déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) dans les délais est de 62 %, alors que 87 % des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement obtiennent des services du programme déficience physique (DP) dans les délais.

L'an passé, les résultats étaient de 55 % en DI-TSA et 74 % en DP. Les données annuelles constituent donc une amélioration qui se rapproche de la cible, soit une moyenne de 75 % en 2020-2021.

04. RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Facteurs qui influencent le résultat de l'engagement

La pénurie de main-d'œuvre affecte la capacité à rendre le service. De plus, l'implantation de la plateforme Agir tôt provoque un délai de traitement des demandes d'accès. Cette année, l'amélioration du délai de traitement de ces demandes engendre un goulot d'étranglement.

Mesures mises en place pour favoriser l'atteinte de l'engagement

Afin d'améliorer le rendement, deux (2) actions plus importantes sont mises en place. Dans un premier temps, des postes sont affichés par l'entremise du financement reçu dans le cadre du programme Agir tôt, et ce, principalement dans les secteurs où la liste d'attente était plus importante. De plus, des postes en surdotation sont affichés afin de combler les besoins de remplacement sans recourir aux activités de remplacement (liste de rappel).

Programme Jeunes en difficultés (JED)

Au JED, le délai d'accès (58 %) à un service s'améliore depuis la dernière année, bien que la cible attendue ne soit pas atteinte (73 %). La grande pénurie de personnel, notamment dans les services de la protection de la jeunesse, fait en sorte que des intervenants JED doivent prendre en charge les services aux enfants sous la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ). Les enfants évalués et déclarés compromis par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) sont systématiquement pris en charge par un intervenant. Cela a pour effet qu'un pourcentage des demandes de services au CLSC et au programme JED demeure un peu plus longtemps en attente.

Cependant, toutes les demandes de services urgentes P1 sont prises en charge dans l'immédiat et les P2 généralement dans les délais prescrits, soit dans les 14 jours suivant la demande.

Considérant l'augmentation des demandes au programme JED (25 %) et l'augmentation des interventions par usagers (34 %), la faible amélioration devient alors très importante.

Objectif : Présence au travail

| Indicateur | Résultat au 31 mars 2020 | Résultat au 31 mars 2021 |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Taux d'heures supplémentaires | 5,87 | 5,65 (P13) |
| Ratio de présence au travail | 88,65 | 89,21 (P13) |

Commentaire :

En ce qui a trait au taux d'heures supplémentaires, la pénurie de main-d'œuvre s'accroît dans plusieurs titres d'emploi, mais particulièrement au niveau des titres d'emploi « infirmiers ». Par conséquent, l'utilisation de la MOI augmente fortement, créant un écart important entre les résultats et l'engagement. De plus, l'accroissement du nombre de postes liés aux financements du MSSS crée une certaine contrainte, ce qui fait en sorte qu'il est nécessaire d'avoir recours à la MOI pour assurer l'offre de service auprès de la population. Plusieurs démarches afin d'améliorer la présence au travail, l'accueil ainsi que l'attraction et la rétention du personnel sont mises en place.

En lien avec le ratio de présence au travail, les résultats s'améliorent, même dans un contexte de pandémie et de pénurie de main-d'œuvre. Le budget « Prendre soin du personnel et consolider les équipes » procure du financement supplémentaire à la DRHCAJ, ce qui contribue à poursuivre l'amélioration au sein de la présence au travail dans l'organisation.

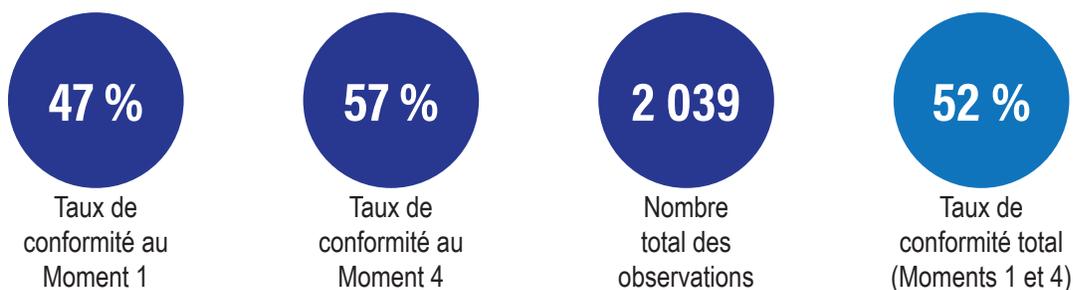
04. RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Tableau 3 : Prévention et contrôle des infections

| Indicateur | Résultat au 31 mars 2020 | Résultat au 31 mars 2021 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains des établissements | ND | 52 % ND (P12) |

Commentaire :

Voici le résultat global pour les centres hospitaliers (CH) et CHSLD de l'Abitibi-Témiscamingue :



L'ensemble des actions relatives à l'hygiène des mains est intensifié en raison de la pandémie.

Moment 1 : L'hygiène des mains doit être effectuée avant d'entrer en contact avec un usager et son environnement.
Moment 2 : L'hygiène des mains doit être effectuée avant une intervention aseptique.
Moment 3 : L'hygiène des mains doit être effectuée après un risque de contact avec un liquide organique.
Moment 4 : L'hygiène des mains doit être effectuée après un contact avec un usager et son environnement.

05.

Activités relatives à la gestion des
risques et de la qualité



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

5.1 L'Agrément

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue maintient son statut d'établissement agréé. L'année 2020-2021 débute par un décret provincial lié à la situation de l'urgence sanitaire et bouscule le calendrier des travaux préparatoires à la visite de la séquence 3. La visite initialement prévue pour mai 2021 est reportée en mai 2022. De même, le sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur fait aussi l'objet d'un report au printemps 2022. Par conséquent, la plupart des activités liées à l'Agrément sont suspendues, afin de permettre aux équipes de mettre en place des multiples directives ministérielles dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

Cependant, plus du tiers des suivis exigés par Agrément Canada suite à la visite des séquences 1 et 2 sont complétés à la satisfaction de l'organisme de certification.

En ce qui a trait aux autres suivis, il est convenu avec Agrément Canada de tenir compte de l'évolution des suivis pour lesquels il y aurait des développements durant la période de suspension des travaux. Néanmoins, l'organisme de certification encourage à poursuivre les plans d'action en cours et à fournir plus d'information lorsque le contexte permettra de compléter les travaux en lien avec les suivis ci-dessous :

- Gestion des médicaments (2.3.5), (11.2);
- Leadership (12.2), (15.7.1), (15.7.2), (15.7.4), (15.7.5), (15.7.6), (9.8.1);
- Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables (3.4), (3.5), (3.6), (11.8);
- Programme Jeunesse-Chapitre 1 Excellence des services (7.7);
- Programme Jeunesse-Chapitre 2 Périnatalité et obstétrique (1.73.1), (1.73.2), (1.73.3), (1.73.4), (4.1);
- Programme Santé mentale et Dépendance-Chapitre 2 Santé mentale-Usagers inscrits (1.39.1), (1.39.2), (1.39.3), (1.39.4), (1.60.5);
- Programme Santé mentale et Dépendance-Chapitre 3 Urgences psychiatriques (1.67.5);
- Programme Santé mentale et Dépendance-Chapitre 4 Santé mentale-Usagers admis (1.26.1), (1.26.2), (1.47.5);
- Programme Santé mentale et Dépendance-Chapitre 5 Dépendances-Usagers inscrits (1.16.1), (1.16.2), (1.16.3), (1.16.4), (1.66.5);
- Programme Santé mentale et Dépendance-Chapitre 6 Dépendance-Usagers admis (1.59.5).

Par ailleurs, les grands dossiers priorités par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue au cours de la prochaine année sont les suivants :

- Normes Leadership - déployer le programme de gestion intégrée des risques dans l'ensemble des directions;
- POR BCM - Compléter l'implantation du bilan comparatif des médicaments;
- POR Transfert d'information aux points de transition - Déploiement et harmonisation des pratiques.

5.2 La sécurité et qualité des soins et des services

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

L'année 2020-2021 est marquante pour la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQÉPÉ) notamment à l'égard de la pandémie. En effet, les ressources en gestion des risques et de la qualité contribuent à la sécurité des usagers dans le volet de la pandémie en s'impliquant entre autres avec les équipes dans la revue des trajectoires, dans les visites de vigie, la gestion des éclosions, les travaux en lien avec la COVID-19 et dans la mise à niveau des sites de vaccinations.

Dans un autre ordre d'idées, l'établissement poursuit les mécanismes de suivi concernant la qualité des soins et la sécurité des usagers. Les actions réalisées pour promouvoir la déclaration, les actions prises, le suivi rigoureux des événements indésirables et la divulgation des incidents et accidents sont les suivantes :

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

- Donner suite à l'harmonisation de politiques et de procédures en gestion des risques, avec une cadence ralentie due à la pandémie. Le travail se continue toutefois en ce qui concerne la procédure gestion des avis, des alertes et des rappels qui devrait être adoptée en mai 2021, la procédure bris-perte et réclamation ainsi que la procédure du code jaune (procédure de fugue). Une version harmonisée au sein du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue de la procédure code jaune ainsi que les documents en lien avec les codes de mesures d'urgence clinique (code mauve) devrait être adoptée en 2021. Cependant, soulignons que les activités de délestage liées à la COVID-19 ont un impact considérable dans l'avancement des divers dossiers et des éléments relatifs à la gestion des risques notamment en ce qui a trait aux documents d'encadrement.
- Plusieurs présentations, séances de sensibilisation et de formation concernant la gestion des risques en général, la déclaration des incidents et accidents, la divulgation des événements indésirables sont réalisées. Ainsi, 208 personnes incluant de nouveaux employés sensibilisés à ces enjeux. De façon plus détaillée, les séances ont contribué à :
 - » Rappeler l'obligation de déclarer les événements pour assurer un suivi étroit et continu des incidents et accidents;
 - » Améliorer la sécurité des soins et des services aux usagers;
 - » Faire de la sécurité une priorité;
 - » Mettre en place des mesures pour en prévenir la récurrence et assurer un soutien aux personnes touchées par de tels événements;
 - » S'assurer que les événements et leurs conséquences soient divulgués aux usagers, aux familles ou au représentant légal, et ce, dans une culture de sécurité et de non-blâme.

En complément, l'arrivée de nouvelles lignes directrices propres à la gestion de risque par le MSSS en janvier 2021 nécessite une mise à niveau auprès des divers services et directions. Pour ce faire, des formations d'une portée régionale ont lieu au sein de l'établissement. Par conséquent, en mars 2021, 142 membres du personnel sont formés par la DQÉPÉ en ce qui a trait aux lignes directrices de gestion de risque et de la qualité ainsi qu'en lien avec les principaux changements qui y sont associés.

De plus, les principaux éléments qui caractérisent la notion de divulgation font l'objet d'une vigie au sein du comité de gestion des risques ainsi qu'auprès des sous-comités en gestion des risques. Un des objectifs poursuivis est que la divulgation des accidents avec conséquences soit réalisée dans l'optique de la divulgation obligatoire des événements avec conséquences au sens de la loi. De ce fait, voici les principales démarches entreprises afin de promouvoir la déclaration et la divulgation :

- Le suivi des activités découlant des déclarations des incidents et accidents se réalise avec l'équipe de gestion des risques. Avec les gestionnaires et les personnes concernées, l'équipe de gestion voit au bon fonctionnement de la gestion des risques auprès des équipes cliniques, administratives et des gestionnaires des directions. Cette vigie est réalisée par les sous-comités en gestion des risques, par le biais de présentation des bilans des incidents-accidents, des constats principaux qui en ressortent, par le suivi des recommandations et de leur application et par les principales pistes d'amélioration mises en œuvre dans l'optique de mesures de prévention de la récurrence.
- Toutes les déclarations permettant de mettre en place des mesures de prévention de la récurrence sont analysées. Le fruit de ces analyses contribue à prévenir la récurrence des événements dans une perspective régionale, dans toutes les installations de l'Abitibi-Témiscamingue. La DQÉPÉ instaure un système de suivi et de vigie quant aux modalités du processus de gestion des risques afin de s'assurer que des actions et des démarches sont entreprises par la direction ou l'instance concernée quant au respect du processus de divulgation et des mesures de soutien offertes aux usagers.
- Les sous-comités de gestion des risques et de la qualité sont réalisés, en conformité avec les orientations prises par la DQÉPÉ et entérinées par le comité de gestion des risques et de la qualité du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, les directions cliniques ainsi que la Direction des services techniques et logistique (DSTL). Les sous-comités ont, entre autres, les responsabilités suivantes :
 - » Assurer le suivi aux déclarations d'incidents et accidents spécifiques à leurs directions;
 - » Effectuer les suivis des événements sentinelles;
 - » Veiller au suivi relatif aux divulgations des événements indésirables;

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

- » Identifier les mesures nécessaires pour éviter la récurrence d'événements indésirables;
- » Cibler les actions pertinentes ainsi que les besoins en formation;
- » Définir des objectifs liés à la gestion des risques et de la qualité propres à leur direction dans une perspective de prestation sécuritaire de soins et de services aux usagers, d'en préciser des indicateurs de suivi, d'en assurer la vigie lors des sous-comités, et ce, dans une vision d'amélioration continue.
- Seize (16) rencontres de sous-comités sont effectuées pour assurer le suivi aux activités en gestion des risques et les recommandations qui en découlent et quatre (4) rencontres du comité de gestion de risques.
- Le tableau de bord de gestion est mis à jour, afin de faire le suivi de chaque situation déclarée et faisant l'objet d'une ou plusieurs recommandations. Les situations analysées et le suivi apporté par les directions permettent de valider les solutions et mesures correctives en vue de prévenir la récurrence des événements indésirables. Chaque intervenant et gestionnaire reçoit un accompagnement adapté aux circonstances afin d'assurer la pérennité des mesures mises en place.
- Les moyens appropriés sont utilisés pour soutenir et accompagner le personnel et les usagers. Cette année, le tableau de suivi des recommandations pour les événements F et plus ainsi que les événements sentinelles sont utilisés et bonifiés, en vue d'assurer le suivi des recommandations liées à la gestion des risques, de même que pour permettre le suivi des recommandations au niveau régional en termes d'harmonisation si tel est le cas. Un outil, tel qu'un formulaire pour l'envoi des recommandations ainsi que pour la rétroaction de la part des directions est utilisé pour assurer la vigie relative aux recommandations élaborées suite à l'analyse des événements en gestion des risques et de la qualité pour la perspective de mesures de prévention de la récurrence locale et régionale. L'outil Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) est aussi bonifié en regard de la gestion des risques et de la qualité et est utilisé afin d'assurer la vigie relative aux événements de gestion des risques et de la qualité de portée régionale, dans une volonté d'œuvrer en amont dans la prévention des risques et dans les mesures de prévention de la récurrence des événements indésirables.
- La révision des politiques et procédures relatives à la gestion des risques et de la qualité avec l'arrivée des nouvelles lignes directrices de déclaration des incidents et accidents est débutée.

Le fruit du travail accompli et les informations compilées en lien avec les situations des événements en gestion des risques et de la qualité déclarés permettent à la DQÉPÉ de formuler des recommandations systémiques concernant plusieurs directions ou groupes d'usagers, facilitant ainsi l'identification des moyens pour soutenir et accompagner les instances concernées.

Annuellement, un suivi des activités du comité de gestion des risques et de la qualité est fait au comité de vigilance et de la qualité. Le rapport annuel du comité de gestion des risques et de la qualité est présenté au comité de vigilance et de la qualité le 18 janvier 2021. De plus, à chaque conseil d'administration, le tableau de bord comportant une section « qualité » est exposé et dresse entre autres, le portrait de la gestion des risques et de la prévention des infections.

Globalement, voici les événements (incidents et accidents) ainsi que leur répartition par type d'événements. La nature des trois (3) principaux types d'incidents et accidents est mise en évidence au moyen du système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS).

Tableau 4 : Nature des trois (3) principaux incidents (A et B) pour 2020-2021

| Principaux types d'incidents (3) | Nombre | Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents | Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements |
|----------------------------------|-------------|--|---|
| Médication | 376 | 26,3 % | 3,8 % |
| Chutes | 34 | 2,4 % | 0,3 % |
| Autres | 1023 | 71,4 % | 10,4 % |
| Total des incidents | 1433 | | 14,5 % |

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

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

Tableau 5 : Nature des trois (3) principaux accidents (C à I) pour 2020-2021

| Principaux types d'accidents (3) | Nombre | Pourcentage par rapport à l'ensemble des accidents | Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements |
|----------------------------------|-------------|--|---|
| Médication | 2491 | 29,5 % | 25,2 % |
| Chutes | 3223 | 38,2 % | 32,7 % |
| Autres | 2724 | 32,3 % | 27,6 % |
| Total des accidents | 8438 | | 85,5 % |

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

En date du 4 mai 2021, les données non exhaustives permettent de dénombrer 9 871 événements (incidents et accidents). Par contre, rappelons que l'établissement a jusqu'au 15 juin 2021 pour finaliser la compilation des données. Entre temps, il est possible de se référer au Registre national sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux pour les données complètes et finales de l'année en cours.

5.2.1 Faits saillants - bilan des activités réalisées par le comité de gestion des risques et de la qualité en 2020-2021

Au cours de la dernière année, le comité de gestion des risques réalise les actions suivantes :

- Assure le suivi des événements de gravité plus importante et des événements de type sentinelle. À cet effet, certains suivis comportent des délais dans la mise en place des recommandations surtout en lien avec la pandémie. La réalisation des mécanismes de prévention de la récurrence dans une perspective régionale est aussi en amélioration.
- Effectue la vigie de la saisie des événements, ainsi que sur le taux de divulgation. Cette information est disponible dans le bilan des événements présenté à chaque comité.
- Reçoit une présentation concernant la prévention et contrôle des infections (PCI) notamment en lien avec la pandémie.
- Offre des formations et des sessions sur la sensibilisation relative à la gestion des risques et de la qualité sur tout le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue. En 2020-2021, 350 personnes sont formées, incluant les candidats à l'exercice de la profession infirmière (CEPI), gestionnaires, nouveaux employés, médecins et personnel clinique.
- Informe des travaux entourant la sécurité des services, dont les travaux portant sur les enjeux suivants :
 - » La prévention du suicide;
 - » Le plan d'action en cours en lien avec le plan de sécurité;
 - » Les mesures de contrôle ainsi que le plan d'action en cours;
 - » La PCI des infections incluant le lavage des mains ainsi que des mesures mises en place en lien avec le plan de sécurité;
 - » L'administration des médicaments, dont les omissions sous forme de projet pilote à l'unité de médecine de Rouyn-Noranda en lien avec le plan de sécurité;
 - » L'aménagement conforme et sécuritaire des unités de psychiatrie interne pour les usagers. Par ailleurs, une présentation des travaux à réaliser est fait par la DSTL; une mise à jour du plan est d'ailleurs effectuée et un mécanisme de suivi est instauré en partenariat avec la DSTL, la gestion des risques et la Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD);
 - » Les objectifs des sous-comités en gestion des risques et de la qualité. Cette année, une nouvelle forme de bilan des comités est instaurée en mettant l'emphase sur l'analyse des événements, la divulgation, les suivis quant aux différents risques identifiés de même que les objectifs de la direction et les particularités discutées;

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

- » L'application de la Loi de Vanessa au sein du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Dans le cadre de la Déclaration des réactions indésirables graves à un médicament et des incidents liés aux instruments médicaux (Loi de Vanessa), dix-huit (18) événements en cours d'année sont déclarés à Santé Canada selon les modalités établies;
- » L'harmonisation des codes d'urgence cliniques (code jaune, code blanc, personne en détresse) par la personne responsable du dossier;
- » La représentativité du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) au sein du comité de gestion de risques et de la qualité régional. Un mécanisme de communication et de collaboration est aussi instauré avec le CUSM de pair avec la Direction des soins infirmiers (DSI) afin de couvrir les risques quant à la sécurité transfusionnelle.
- Les événements concernant le laboratoire avec la collaboration d'OPTILAB (CUSM);
- Les systèmes de ventilation dans les laboratoires du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue;
- L'entretien préventif des équipements médicaux au sein des divers sites du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Recommandations et suivis demandés par le comité

Le comité de gestion des risques et de la qualité émet une recommandation au niveau du suivi des événements et des problématiques liés à la médication en collaboration avec le comité d'omission de la médication.

Recommandation : résolution 2006-30-01 : Utiliser le comité du circuit du médicament pour traiter des éléments et des problématiques en lien avec la gestion des risques liés à la médication.

Des suivis sont demandés par le comité relativement à :

- La révision du bilan des événements afin d'améliorer le contenu et de préciser les recommandations et leurs suivis; l'utilisation d'un outil interactif permettant la présentation des données sur les incidents-accidents est débuté en mars 2020 et se poursuit en 2021.
- La création d'un tableau de suivi des recommandations ainsi que la bonification de celui-ci par classe d'événements répertoriant les événements sentinelles, les événements à portée régionale.
- Le suivi d'un tableau présentant les taux de chute et les événements en lien avec la médication et les laboratoires ainsi que les détails de la catégorie autre.
- Au taux de divulgation se situant à 99,4 % pour les événements de E1, le comité recommande que des audits de dossier soient réalisés afin de s'assurer que les données sur la divulgation lors d'événements de gravité E1 soient réalistes compte tenu de la modification du système de saisie SSSS, qui requiert une divulgation obligatoire et cochée sur le formulaire de déclaration AH-223. Notez que les événements E2 sont divulgués à 99,2 %, les événements E1 à 99,5 % et les événements F et plus à 100 %. Le suivi des taux de divulgation est réalisé pour chaque direction.
- L'instauration d'un système de tableau de suivi des recommandations afin d'avoir un visuel sur les événements sentinelles ou de gravité importante de façon chronologique, au bénéfice des membres du comité devant assurer la vigie des suivis et des recommandations de gestion de risques.

Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales

Les suivis des tableaux de bord et des documents touchant la PCI sont suspendus pour se concentrer sur les éléments touchant la COVID-19. À ce titre, l'année 2020-2021 a été fort occupée au niveau de la PCI notamment en lien avec la gestion de la pandémie de la COVID-19. Les équipes PCI ont travaillé continuellement avec les équipes terrain afin de s'assurer que toutes les mesures étaient en place. Ces différentes mesures touchaient entre autres le lavage des mains, le port des équipements de protection individuelle (ÉPI), la révision des trajectoires des usagers, la gestion des ÉPI, le respect de l'ensemble des directives ministérielles de la COVID-19 (visiteurs, proches aidants, utilisation des ÉPI, etc.). La PCI a aussi assuré la gestion des éclosions avec la collaboration de la santé publique et de toutes les directions concernées, assuré la planification et mise en place des zones dédiées, travaillé avec la DRHCAJ pour la gestion du personnel (personnel dédié), contribué aux visites de vigie pour les différents milieux

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

avec les directions concernées. Ils ont été disponibles afin de répondre à toutes les questions sur l'application des mesures et des directives ministérielles. Ils ont offert de la formation et de la supervision à l'ensemble des équipes concernant les pratiques attendues.

Finalement, ils ont assuré la prévention, le suivi, la surveillance ainsi que le contrôle des autres infections nosocomiales au sein du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, autre que la COVID-19.

Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art. 118.1 de la LSSSS)

La Direction des services multidisciplinaires (DSM), la DSI et la DQÉPÉ poursuivent leur rôle de comité de gouvernance dans une perspective d'amélioration continue et de sécurité des usagers. Pour ce faire, elles œuvrent au développement du plan d'action qui doit se terminer en 2022 et trois (3) objectifs sont principalement travaillés.

- Connaître le portrait régional des contentions et isolements du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. L'une des actions posées est de faire compléter un sondage à l'ensemble des directions afin de vérifier si les outils (protocoles, procédures et processus) sont connus et utilisés par les intervenants. L'analyse des résultats vise à identifier des zones d'amélioration, de présenter les résultats au comité de coordination clinique et à moduler le plan d'action.
- Mobiliser l'ensemble de l'organisation en lien avec les mesures de contrôle : Pour atteindre cet objectif, la composition des comités est d'abord revue et des représentants de chacun des programmes dans le comité de gouvernance sont ajoutés. Cette démarche est effectuée pour mieux connaître les défis de chacune des directions en matière de mesures de contrôle et des mesures alternatives et en vue de travailler de façon concertée de façon afin d'améliorer les façons de faire.
- Favoriser le maintien et le développement des compétences des intervenants en matière de mesures de contrôle et de mesures alternatives. Une recension des formations offertes par environnement numérique d'apprentissage (ENA) est effectuée. Les formations qui répondent aux besoins de l'établissement sont ciblées par un sous-comité de travail qui effectue des propositions de formation pour l'ensemble des directions.

5.2.2 Bilan des directions

Dans cette section, des directions dressent un bilan de la dernière année et présentent certains faits qui les concernent.

La Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP)

La DI-TSA-DP implante depuis plusieurs années, toutes les mesures de contrôle planifiées qui font l'objet d'une autorisation et validation par un membre du comité de gestion de la DI-TSA-DP. Cette autorisation prend la forme d'une signature du gestionnaire responsable sur le formulaire d'analyse, de consentement et de réévaluation des mesures de contrôle. Sur le plan qualitatif, toutes les mesures de contrôle répertoriées au cours de la dernière année auprès de la clientèle des programmes DI-TSA-DP font l'objet de la mise en place et de l'essai de plusieurs mesures alternatives préalables. Ces mesures ont pour effet de limiter l'utilisation des mesures de contrôle en termes de fréquence ou d'en limiter l'impact sur la clientèle.

L'objectif prioritaire de la direction pour l'année concerne l'intégration des formations de l'ENA au plan initial de formation pour l'ensemble des professionnels nouvellement embauchés. Le plan initial de formation est actuellement en révision et favorisera la pérennité des connaissances du personnel de la direction au niveau des bonnes pratiques, en respect des orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle.

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

La Direction des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA)

La cible du MSSS prescrit d'être sous la barre des 10 % des résidents hébergés qui nécessitent l'utilisation d'une mesure de contrôle. De façon générale, pour certains secteurs, la présence accrue d'aides de service et de préposés aux bénéficiaires en raison de la COVID-19 a un effet bénéfique sur le taux de chutes et par le fait même, sur l'application de mesures de contrôle. Cette présence accrue a notamment permis d'être plus présent pour la tenue d'activités occupationnelles et d'approches individuelles. La mise en place de l'approche Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – Antipsychotiques (OPUS-AP) sur la réduction ou l'arrêt complet de la prise d'antipsychotiques est aussi un élément qui permet une mobilité plus active et qui diminue grandement l'état de somnolence.

Tableau 6 : Bilan de l'utilisation des mesures de contrôle en CHSLD

| Centre d'hébergement | Pourcentage 2020-2021 | Commentaire |
|------------------------|-----------------------|---|
| CHSLD d'Amos | 3,2 % | La réussite dépend de toute l'équipe multidisciplinaire mise autour d'un résident et cela fait toute la différence. L'enjeu est de maintenir l'utilisation de mesures alternatives à la contention même en dépit de la pénurie importante de professionnels. Les familles représentent également un défi important puisqu'elles désirent garder la contention par peur de chutes de leurs proches. |
| CHSLD de Macamic | 14 % | Il y a une diminution de 7 % par rapport à 2019-2020 et l'objectif est d'être inférieur à 10 % d'ici la fin de l'année 2021. |
| CHSLD de La Sarre | | |
| CHSLD de Malartic | 17 % | Il y a une diminution de 5 % par rapport à 2019-2020 et l'objectif est d'être inférieur à 10 % d'ici la fin de l'année 2021. |
| CHSLD de Senneterre | | |
| CHSLD de Ville-Marie | 4,5 % | Il y a une diminution de 5 % depuis l'an dernier. |
| CHSLD de Témiscamingue | | |
| CHSLD de Rouyn-Noranda | 19 % | Trois (3) axes sont à travailler : <ul style="list-style-type: none"> • Réactiver le comité local des mesures de contentions et mesures alternatives du CHSLD de Rouyn-Noranda; • Réviser et structurer les différentes formations pour répondre au besoin du personnel soignant de tous les titres d'emploi concernés; • Amorcer un travail sur un plan d'action avec la DQÉPÉ. |
| CHSLD de Val-d'Or | 2 % | Le taux est passé que 19 % à 2 % par rapport à 2020. Le soutien apporté par les membres du comité des contentions aux différents professionnels du CHSLD fait toute la différence dans l'atteinte de la cible. Cela reflète un travail d'équipe inter et multidisciplinaire qui rayonne et dont les méthodes de travail s'affinent. Les objectifs pour 2021-2022 sont : <ul style="list-style-type: none"> • Assurer une vigie en maintenant le comité des contentions actif; • Maintenir le taux de contention sous les 10 %. |

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

La Direction du programme jeunesse (DPJeu) et services de réadaptation avec hébergement pour jeunes en difficulté d'adaptation

Un bilan et une production de statistiques en lien avec l'utilisation des mesures de contrôle de l'isolement et de la contention concernant l'année 2020-2021 sont faits et présentés annuellement au comité de vigilance du conseil d'administration. Au fil des années, ils désignent des lieux sécuritaires pour faire de l'isolement et développent des habiletés dans l'application de la contention physique. Le cadre de référence Intervention thérapeutique lors de conduites agressives (ITCA) vient d'ailleurs en appui aux intervenants. À cet effet, mentionnons que monsieur Jocelyn Bourdeau, formateur ITCA, offre de la formation en juin en vue d'avoir de nouveaux formateurs et cela, tant à l'interne qu'à l'externe. Également, au cours de la dernière année, quatre (4) formations complètes sont données à des agents d'intervention, et il en est de même pour les éducateurs. De plus, des groupes sont ciblés pour recevoir la formation d'ici la fin du mois de mai 2021.

Enfin, l'enrichissement des pratiques et la venue de l'expertise des autres professionnels à l'intérieur des installations des unités d'hébergement du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue favorisent le développement des mesures alternatives désirées.

La Direction des soins infirmiers (DSI)

Pour les unités de médecine, chirurgie et unités de soins de courte durée de la région, en soins de courte durée, l'utilisation des mesures de contrôle planifiée est parfois considérée comme une partie nécessaire des soins afin d'assurer la sécurité de certains usagers ou d'assurer l'adhérence aux soins. Un taux de prévalence sur l'utilisation des mesures de contrôle est calculé pour déterminer le pourcentage d'usagers utilisateurs de contention ou en isolement sur l'unité de soins à la date de la prise des données. La collecte de données se fait sur une journée complète (24 heures) une fois par semaine. Pour l'année 2020-2021, la moyenne du taux de prévalence d'utilisation des mesures de contrôle dans les unités de médecine, chirurgie et unités de soins de courte durée de la région est de 1,81, comparativement à 1,99 en 2019-2020 et de 3,67 en 2018-2019. Les mesures de contrôle sont utilisées dans un contexte d'intervention planifié dans 94 % des cas. Le professionnel décideur est l'infirmier et/ou le médecin dans la totalité des cas. Pour certains, un travailleur social ou un ergothérapeute contribue à la prise de décision. Pour compléter, notons qu'un consentement est obtenu dans 87 % des cas et qu'une grille de surveillance est utilisée pour tous les cas.

Pour la prochaine année, l'objectif est d'implanter la surveillance de l'utilisation des mesures de contrôle dans les unités qui ne font pas actuellement cette surveillance. Spécifiquement pour la DSI, il est aussi prévu de suivre de plus près les données liées à l'utilisation des mesures de contrôle à différents niveaux de la direction. Les résultats régionaux seront présentés et évalués périodiquement par le comité de gestion DSI. De plus, un rapport périodique des résultats est remis à chaque chef d'unité qui assure le partage des résultats avec son équipe de soins pour en dégager les tendances et les pistes d'amélioration le cas échéant. Au besoin, l'équipe de conseillères en soins infirmiers peut apporter un soutien dans ces démarches et accompagner le chef à cet égard (ex.: évaluation plus approfondie de la pratique, formation, développement d'outils, etc.). Un suivi particulier est demandé par la DSI advenant qu'une unité présente des taux de prévalence élevés ou des pratiques questionnables. Une évaluation approfondie est aussi réalisée et des pistes d'amélioration sont déterminées par le chef d'unité concerné avec le soutien de l'équipe de la DSI.

La Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD)

La DPSMD tient un registre des mesures de contrôle, d'isolement et de contention dans chacune de ses unités internes de santé mentale. Ce registre comporte notamment le suivi de la durée, le type de mesure, le type de contention ainsi que le consentement. De façon générale pour ces unités, on note que les mesures s'appliquent pour la majorité en contexte d'urgence où le consentement de l'utilisateur n'est pas documenté. La tendance observée est la diminution des recours à l'isolement et à la contention, grâce à une augmentation de l'application de mesures alternatives. Pour la prochaine année, la DPSMD travaillera avec les directions partenaires à améliorer la conformité et la sécurité de certaines installations qui permettra de diminuer la durée et le recours à ces mesures.

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

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

Le comité de vigilance et de la qualité examine toutes les recommandations et les rapports transmis au conseil d'administration de l'établissement et veille au suivi. À ce sujet, mentionnons que le comité effectue le suivi des activités d'amélioration de la qualité réalisées dans le cadre des recommandations des instances externes et internes et des visites appréciatives. Le comité procède également au suivi de la mise en place des recommandations faites dans le cadre du régime des plaintes de l'établissement et assure une vigie dans d'autres dossiers touchant la qualité et la sécurité des soins et services de l'utilisateur.

Au cours de la dernière année, le comité de vigilance et de la qualité émet une recommandation au conseil d'administration en adoptant les enjeux et recommandations émises par le comité des usagers du CISSS tel qu'indiqué dans leur rapport d'activités 2019-2020. La recommandation est à l'effet que le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue :

- Harmonise les mécanismes d'accès aux dossiers des usagers et que des mesures soient mises en place pour en informer les usagers de l'établissement;
- Poursuive les travaux en cours afin d'implanter l'approche d'utilisateur partenaire et qu'une évaluation des projets soit présentée au comité des usagers du Centre intégré (CUCI);
- S'assure que les comités des usagers et de résidents sont impliqués dans l'élaboration des mesures mises en place auprès des usagers en suivi de la crise sanitaire, et ce, en respect avec leur mandat;
- Que la Direction des services multidisciplinaires (DSM) finalise les travaux d'analyse et les recommandations permettant l'ajout d'un appareil d'IRM aux instances concernées en vue d'une demande d'autorisation pour le financement au MSSS.

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

5.3 Recommandations des instances externes

Pour l'année 2020-2021, les instances externes soumettent des recommandations à l'établissement. Il est à noter que les recommandations faites par le Protecteur du citoyen sont classifiées avec le régime d'examen des plaintes de l'établissement, bien qu'il s'agisse d'une instance externe.

5.3.1 Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Aperçu des thématiques abordées par les recommandations

Les recommandations formulées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, et soumises au comité de vigilance, sont en lien avec les motifs d'insatisfaction reçus par l'établissement : Accessibilité, Aspects financiers, Droits particuliers, Maltraitance, Organisation du milieu et ressources matérielles, Relations interpersonnelles, Soins et services dispensés et Autre objet. Les catégories de mesures sont variées et découlent de la nomenclature du logiciel.

| Motifs | Catégories de mesures fréquemment appliquées | Exemple de mesures d'amélioration |
|-----------------|--|--|
| Accessibilité : | Collaboration avec le réseau | L'établissement a travaillé avec les partenaires du milieu pour établir une offre de transport bénévole pour les usagers dans la cadre de l'arrêt temporaire de service. |

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

| Motifs | Catégories de mesures fréquemment appliquées | Exemple de mesures d'amélioration |
|---|---|--|
| Aspects financiers : | Ajustement financier | Un remboursement a été envoyé à une usagère qui avait payé pour des services non reçus dans une urgence de la région. |
| Droits particuliers : | Information et sensibilisation d'un ou des intervenant(s) | Les employés sont rencontrés individuellement pour recevoir les rappels sur les droits des usagers. Rappels faits en équipe s'il est impossible de cibler un individu. |
| Maltraitance : | Encadrement de l'intervenant | Mesures mises en place par la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques. |
| Organisation du milieu et ressources matérielles : | Ajustement technique et matériel | Des intervenants ont été relocalisés puisque les bruits des travaux à proximité nuisaient au contexte thérapeutique. |
| Relations interpersonnelles | Information et sensibilisation d'un intervenant | Des processus disciplinaires furent mis en place dans certains dossiers à la suite de notre demande à la DRHCAJ de s'impliquer dans le dossier. |
| Soins et services dispensés : | Élaboration/révision/adaptation | Un usager a été évalué par l'équipe SCPD et un plan adapté à ses besoins a été élaboré. |
| Autre : | Adoption/révision/application des règles et procédures | Des correctifs ont été apportés dans l'application des consignes sanitaires en lien avec la COVID-19. |

Recommandations découlant des plaintes médicales

Le comité a suivi les mesures mises en place concernant l'évolution des dossiers de plaintes médicales. L'année 2020-2021 fut une année de stabilité au niveau du traitement des plaintes médicales. Le fonctionnement de l'équipe de médecins examinateurs est optimal et le traitement des plaintes médicales est fait avec diligence et rigueur.

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

Recommandations du Protecteur du citoyen

Pour l'année 2020-2021, le Protecteur du citoyen a ouvert et réquisitionné 16 dossiers de plainte afin qu'ils soient analysés en deuxième instance, à la demande du plaignant. Pour la même année, l'établissement a reçu les conclusions du Protecteur dans 16 dossiers. Des recommandations ont été faites par le Protecteur dans quatre dossiers, incluant un dossier où les recommandations portaient sur des éléments non traités en première instance et un dossier où les recommandations ne pouvaient être formulées au moment du traitement en première instance. Cela signifie que dans la majorité des dossiers soumis, le Protecteur du citoyen, après analyse, corrobore et appuie le traitement effectué par notre équipe, sans y ajouter d'autres éléments de recommandations.

Le Protecteur n'a initié aucune intervention concernant le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue en 2020-2021.

5.3.2 Le coroner

Deux (2) dossiers sont présentés au CVQ pour l'année 2020-2021 et un suivi est demandé.

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

Établissement de détention

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

Pour assurer le suivi des recommandations, des rencontres sont tenues avec les partenaires concernés, afin de préciser l'offre de service de part et d'autre. Ces rencontres permettent de dresser le portrait et de regarder les services existants. Les balises étant clarifiées par les deux (2) ministères (MSP et MSSS), un « modèle de cogestion » est établi entre le Centre de détention d'Amos et le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Un comité de travail est mis en place afin d'arrimer et de déterminer les actions quant aux possibilités d'amélioration. Cependant, l'arrivée en mars 2020 de la COVID-19 a ralenti les travaux en ce sens.

Une lettre est transmise le 30 avril 2020 au coroner, expliquant les divers suivis réalisés, dont une visite de l'établissement de détention. L'établissement indique dans la correspondance qu'en raison de la pandémie de la COVID-19, les travaux sont suspendus et que lors du rétablissement des activités normales du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, les travaux du comité reprendront.

Depuis ce temps, les travaux continuent en plus petite équipe en raison de la pandémie. Avec le support des services sociaux généraux (SSG) une travailleuse sociale est intégrée au Centre de détention d'Amos en projet pilote pour bien cerner le besoin et définir si une travailleuse sociale était réellement requise. Le projet est vraiment très intéressant et apporte des résultats concrets. Cela permet aussi de mieux définir les liens avec le Centre de détention d'Amos, les SSG et la santé mentale.

Dossier médical et psychosocial

Le coroner recommande au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue de réviser le dossier médical et psychosocial et d'émettre des recommandations sur les délais d'intervention le cas échéant.

La DSM et la DSPEU procèdent à une évaluation du processus clinique et des pratiques professionnelles reliées aux délais en lien avec l'ouverture d'un régime de protection dans le dossier.

Suite à cette analyse, une note de service présentant quelques rappels est envoyée aux équipes médicales et professionnelles en lien avec l'ouverture potentielle d'un régime de protection.

Transmission de dossier à la DSPEU

Le coroner est favorable à la recommandation de la DQÉPÉ qui consiste à transmettre le dossier à la DSPEU, à la DSM et à la DSI du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue pour s'assurer que les soins sont prodigués conformément aux règles de l'art. Dans une perspective d'amélioration continue, l'établissement demande aux directions concernées de réaliser cette vérification et d'informer des conclusions dans un délai raisonnable.

5.3.3 Registre des alertes, avis et rappels

Le mécanisme entourant les avis, alertes et rappels est révisé et est actuellement en attente d'adoption par le comité de coordination clinique opérationnel (CCCO) ainsi que par le comité de direction (CODIR) du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Lorsque requis, les mesures sont mises en branle pour appliquer les recommandations dans les services offerts et l'information est transmise au personnel concerné. L'harmonisation du fonctionnement pour les avis, alertes et rappels à l'échelle du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue est toujours en cours puisque la nouvelle procédure n'a pas été adoptée.

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

5.3.4 Les mesures mises en place par l'établissement ou le CVQ suite aux recommandations formulées par les instances

Rapports du Protecteur du citoyen

Cinq (5) dossiers sont présentés au CVQ plus spécifiquement parmi tous les dossiers reçus par le Protecteur du citoyen. Au total, quatre (4) recommandations sont adressées à l'établissement dans les différents dossiers :

Réévaluer la pertinence de la planification d'une mesure de contention chimique (PRN) et, le cas échéant, procède à une telle planification dans le respect des orientations ministérielles et de la procédure de l'établissement pour les mesures de contrôle :

Rencontrer tous les responsables de la coordination clinique de l'ensemble des équipes DI-TSA-DP. Précision des conditions de mise en place des mesures de contrôle, tout particulièrement en ce qui a trait aux mesures de contention chimique dans le respect du cadre de référence ministériel. Distinctions expliquées entre une mesure de contrôle chimique et une médication donnée dans le but de traiter les symptômes et troubles propres aux usagers concernés (TOC, troubles anxieux, etc.).

Réviser, par le biais du comité des contentions, des politiques et procédures en vigueur dans l'établissement. Les principes directeurs entourant l'utilisation des contentions chimiques sont spécifiés dans le protocole de l'établissement DQEPE-210 003-06.

Proposer systématiquement au père de l'utilisateur de participer en présence, ou selon les modalités entendues avec lui, aux rencontres de révision du plan d'intervention de son fils et aux rencontres de monitoring TGC, ces dernières selon les prérogatives de l'établissement :

Au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, la présence de l'utilisateur (lorsque cela est possible) et/ou de son répondant est systématiquement proposée lors des rencontres pour la planification ou la révision des plans d'intervention de l'utilisateur dans le programme concerné. Advenant le souhait du représentant de participer à la rencontre, des mesures pour favoriser sa participation sont proposées (visioconférence, téléadaptation, téléphone, aménagement d'horaire, etc.).

Améliorer les outils de surveillance de l'application d'une mesure de contrôle pour les rendre conformes aux modalités planifiées, notamment en ce qui a trait aux intervalles de temps de surveillance et la précision des critères personnalisés de fin d'application de la mesure, aux fins de référence rapide par le personnel responsable de son application;

La grille de surveillance a été adaptée et est ajustable en fonction des besoins des usagers où les intervenants pourront indiquer les heures/minutes où ils feront la surveillance (aux 5 minutes par exemple). Cette grille a aussi été présentée lors de la rencontre pour les intervenants en supervision clinique.

Le professionnel qui décide de l'utilisation planifiée doit prévoir et documenter le type de mesure utilisée, dont la durée d'application et modalités entourant le retrait, la surveillance, etc. En ce qui concerne la précision des critères personnalisés de fin d'application de la mesure, le document PAM TGC précise les modalités de la fin de la mesure.

Prendre les moyens nécessaires pour que les usagers aient accès à un allergologue dans les délais requis par leur état de santé.

Le Protecteur du citoyen, dans une correspondance du 31 juillet 2020, a admis que l'établissement avait fait divers efforts pour répondre à la recommandation et a constaté que le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue n'était pas en mesure d'améliorer significativement les délais d'accès à votre service d'allergie-immunologie. Le Protecteur du citoyen a alors pris la décision de demander la collaboration du MSSS afin de trouver des solutions à cette problématique.

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

Ordres professionnels

Les différents rapports d'inspection et plans d'action des directions qui font suite aux recommandations des ordres professionnels sont compilés dans un tableau mis à jour continuellement et présenté au CVQ. En 2020-2021, il n'y a pas eu de visites d'inspection professionnelle dans l'établissement.

Le CVQ est par contre informé que la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) a fermé le suivi à l'égard de l'Étude sur l'isolement et la contention au sein des missions réadaptation jeunesse des CISSS et des CIUSSS du Québec, ainsi que dans certains établissements non fusionnés. Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue répond notamment par sa collaboration et ses suivis à cette étude, et ce, à la satisfaction de la Commission.

Recommandations des instances internes

Pour l'année 2020-2021, outre les rapports annuels du CUCI et du CGRQ, aucun autre bilan des activités des autres instances internes dont le conseil exécutif des infirmiers et infirmières (CII), le conseil multidisciplinaire (CM) et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), est déposé au CVQ.

Plans d'amélioration en lien avec les visites ministérielles en CHSLD et RI-RTF

L'établissement ne reçoit aucune visite ministérielle en 2020-2021 en raison du contexte pandémique. Par contre, le suivi des plans d'amélioration se poursuit via l'équipe de la DQÉPÉ. Les redditions de comptes des CHSLD de Témiscaming-Kipawa, d'Amos, de Senneterre, de Malartic, de Val-d'Or, de La Sarre et de Macamic sont transmises au ministère selon les délais prescrits. Lors des prochaines visites d'évaluation de la qualité dans les CHSLD, l'équipe ministérielle peut juger de la conformité des divers éléments.

De plus, le CVQ est informé des résultats des visites de vigie COVID-19 dans l'ensemble des milieux de vie du territoire, dont les CHSLD, les ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF) et les RPA, et ce, tout au long de l'année.

Enfin, il est possible d'accéder au Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services de la commissaire aux plaintes et la qualité des services, sur le site de l'Établissement au <https://www.ciass-at.gouv.qc.ca/rapports-procedure-dexamen-plaintes/>.

Mesures de contrôle et mesures alternatives

Les quatre (4) rapports annuels 2019-2020 sur l'utilisation du Programme d'encadrement intensif, sur les mesures de contrôle (isolement et contention), sur l'utilisation de la mesure d'empêchement à la fugue et sur l'utilisation de la mesure de la fugue et l'évasion pour la jeunesse sont présentés. Il y a trois (3) fois moins de fugues que dans les dernières années. L'acquisition de matériel technologique est perçue positivement par les jeunes.

Autres dossiers

Le comité est informé de grands dossiers impliquant la qualité et la sécurité des services et assure une vigie de ces dossiers :

- Le bilan des listes d'attente à l'implantation du centre de répartition des demandes de services (CRDS);
- Les divers travaux en lien avec les frais de déplacement et la politique de déplacement des usagers au niveau régional;

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

- La pénurie de main-d'œuvre dans les diverses directions de l'établissement ainsi que sur les plans de délestage de services dans certains secteurs ou dans certaines activités;
- Le corridor de services entre le GMF et le département d'urgence de Val-d'Or;
- Le portrait des mises sous garde en établissement pour l'ensemble de la région;
- Le portrait de situation de la santé mammaire en Abitibi-Témiscamingue;
- La pandémie de la COVID-19;
- Les aspects en lien avec la qualité et la sécurité des soins et services en RI, RTF et en RPA;
- La certification des RPA et les travaux en cours en gestion du risque incendie;
- Les délais d'attente en polysomnographie;
- Le tarif de stationnement pour les patients devant se déplacer régulièrement au centre hospitalier;
- Le suivi du dossier ophtalmologie (délais, recrutement, etc.);
- Le plan de contingence et la réorganisation des travaux en soins infirmiers;
- Les visites de vigie dans les RPA et RI en lien avec la pandémie de la COVID-19;
- Les recours collectifs de l'établissement, notamment en CHSLD et en jeunesse;
- Le recrutement médical;
- La liste d'attente des médecins spécialistes (dont IRM), etc.

De plus, le CVQ est mis au courant de deux (2) enquêtes réalisées par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue en lien avec la qualité des services et la sécurité des usagers dans deux (2) RI en 2019-2020. En 2020-2021, les plans d'action de ces deux (2) ressources démontrent des améliorations notables par les deux (2) RI face à la qualité et la sécurité des services.

5.4 Mises sous garde dans l'établissement selon la mission

Cette section présente un portrait des personnes mises sous garde préventive et provisoire et concerne tout établissement visé à l'article 6 ou à l'article 9 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.01).

Tableau 7 : Compilation des mises sous garde

| Mise sous garde | Mission CH | Mission CHSLD | Mission CLSC | Autre mission | Total établissement |
|--|------------|---------------|--------------|---------------|---------------------|
| Nombre de mises sous garde préventives appliquées | 239 | () | () | () | 242 |
| Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoires présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations | Sans objet | Sans objet | Sans objet | Sans objet | 46 |
| Nombre de mises sous garde provisoires ordonnées par le tribunal et exécutées | 43 | 0 | () | () | 43 |
| Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement | Sans objet | Sans objet | Sans objet | Sans objet | 49 |

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

| Mise sous garde | Mission CH | Mission CHSLD | Mission CLSC | Autre mission | Total établissement |
|--|------------|---------------|--------------|---------------|---------------------|
| 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) | 43 | 0 | () | () | 43 |

() : Nombre trop petit pour permettre la publication.

5.5 Information et consultation de la population

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

Principaux moyens utilisés pour informer la population :

- **Le site Web** : Toutes les informations pertinentes et les publications sont disponibles en tout temps au www.cisss-at.gouv.qc.ca;
- **Publications sur la page Facebook du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue** : Toutes les annonces importantes ainsi que les actualités de l'organisation sont maintenant diffusées sous forme de publication Facebook. De plus, soulignons que la page Facebook de l'organisation compte près de 16 000 abonnés et que plus de 250 questions par mois sont adressées via cette plateforme;
- **Les communiqués de presse** : Permet de communiquer des nouvelles de l'organisation à plus de 200 partenaires. Les communiqués de presse sont disponibles sur le site Web et sont publiés sur la page Facebook de l'organisation;
- **Les Points de presse virtuels** : Ils sont planifiés de façon hebdomadaire pour dresser un bilan épidémiologique ainsi que pour transmettre des renseignements concernant la vaccination. Des points de presse virtuels sont également planifiés afin de partager de l'information auprès des représentants des médias et de la population;
- **Le courriel 08_cierrat_communications@sss.gouv.qc.ca** : Les médias et la population adressent en moyenne 300 questions mensuellement par l'entremise de cette adresse. Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue répond avec transparence aux demandes d'information et d'entrevues des médias, lui permettant de bien communiquer avec la population.

En complément, voici les principaux groupes qui sont régulièrement consultés :

- Comités des usagers et comités des résidents;
- Conseil d'administration;
- Communautés autochtones anglophones et francophones;
- Préfets et députés;
- Comité d'urgence sanitaire régional COVID-19 (préfets, MAMH, Sûreté du Québec, Sécurité civile, milieu de l'éducation);
- Organismes communautaires (comité de vigie, comité partenariat).

06.

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



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

Le tableau 8 décrit les mesures appliquées dans le cadre de la politique portant sur les soins de fin de vie.

Tableau 8 : L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie

| Activité | Information demandée | Nombre |
|-----------------------------------|---|--------|
| Soins palliatifs et de fin de vie | Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs | 1 149 |
| Sédation palliative continue | Nombre de sédations palliatives continues administrées | 56 |
| Aide médicale à mourir | Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées | 35 |
| | Nombre d'aides médicales à mourir administrées | 34 |
| | Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : <i>Une demande non réalisée suite au décès plus rapide de l'utilisateur</i> | 1 |

07.

Ressources humaines



07. RESSOURCES HUMAINES

Les deux tableaux suivants présentent la répartition des effectifs et des coûts qui y sont associés.

Tableau 9 : Répartition de l'effectif par catégorie de personnel 2019-2020

| Personnel | Nombre d'emploi ¹ | Nombre d'ETC ² |
|---|------------------------------|---------------------------|
| Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires | 1 473 | 1 166 |
| Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers | 1 593 | 1 160 |
| Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration | 778 | 678 |
| Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux | 1 431 | 1 214 |
| Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales ³ | 28 | 24 |
| Personnel d'encadrement | 236 | 231 |
| Total | 5 539 | 4 472 |

Tableau 10 : Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

| Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT | Nombre d'heures travaillées | Nombre d'heures supplémentaires | Total d'heures rémunérées |
|---|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| Personnel d'encadrement | 419 122 | 25 195 | 444 317 |
| Personnel professionnel | 1 382 901 | 14 667 | 1 397 568 |
| Personnel infirmier | 2 081 802 | 150 794 | 2 232 596 |
| Personnel de bureau, technicien et assimilé | 3 920 823 | 139 278 | 4 060 102 |
| Ouvriers, personnel d'entretien et de service | 976 912 | 25 791 | 1 002 703 |
| Étudiants et stagiaires | 14 590 | 226 | 14 817 |
| Total 2020-2021 | 8 796 152 | 355 951 | 9 152 103 |
| Total 2019-2020 | | | 8 535 315 |
| | | Cible 2020-2021 | 9 154 213 |
| | | Écart | (2 110) |
| | | Écart en % | 0,0 % |

Atteintes des cibles du MSSS

Sur le plan du contrôle des effectifs, conformément à la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs, l'établissement atteint la cible définie de 9 152 103 heures. On observe donc un surplus de 2 110 heures par rapport à la cible 2020-2021.

- 1 Nombre d'emplois : Nombre d'emplois occupés dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant au moins une heure, rémunérée ou non, dans les trois (3) mois suivants la fin de l'année financière. Les personnes qui, au 31 mars, occupent un emploi dans plus d'un établissement sont comptabilisées pour chacun de ces emplois.
- 2 Nombre d'équivalent temps complet (ETC) : L'équivalent temps complet permet d'estimer le nombre de personnes qui aurait été nécessaire pour effectuer la même charge de travail, à l'exclusion des heures supplémentaires payées, si tous avaient travaillé à temps complet. C'est le rapport entre le nombre d'heures rémunérées, ce qui inclut les jours de vacances, les jours fériés et autres congés rémunérés, ainsi que les heures supplémentaires prises en congé compensé, et le nombre d'heures du poste pour une année, lequel tient compte du nombre de jours ouvrables dans l'année.
- 3 Les pharmaciens, les biochimistes cliniques, les physiciens médicaux, les sages-femmes et les étudiants.

08.

Ressources financières



08. RESSOURCES FINANCIÈRES

8.1 Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Dans cette section, un portrait des dépenses et services est présenté. De plus, le tableau 11 dresse un bilan des contrats majeurs octroyés au cours de la dernière année.

Tableau 11 : Dépenses par programmes-services

| Programmes | Exercice courant | | Exercice précédent | | Variations des dépenses | |
|---|--------------------|--------------|--------------------|--------------|-------------------------|-------------|
| | Dépense | % | Dépense | % | \$ | % |
| Programme-service | | | | | | |
| Santé publique | 19 599 830 | 2,9 % | 11 402 554 | 1,9 % | 8 197 276 | 71,9 % |
| Services généraux - activités cliniques et d'aide | 29 925 802 | 4,5 % | 27 051 818 | 4,8 % | 2 873 984 | 10,6 % |
| Soutien à l'autonomie des personnes âgées | 132 979 952 | 20 % | 102 428 392 | 17,2 % | 30 551 560 | 29,8 % |
| Déficience physique | 22 569 277 | 3,4 % | 17 664 745 | 3,3 % | 4 904 532 | 27,8 % |
| Déficience intellectuelle et TSA | 32 921 738 | 5 % | 29 328 703 | 5,6 % | 3 593 035 | 12,3 % |
| Jeunes en difficulté | 61 456 229 | 9,2 % | 54 957 890 | 10 % | 6 498 339 | 11,8 % |
| Dépendances | 5 108 940 | 0,8 % | 4 387 669 | 0,8 % | 721 271 | 16,4 % |
| Santé mentale | 32 370 758 | 4,9 % | 27 603 287 | 4,8 % | 4 767 471 | 17,3 % |
| Santé physique | 199 798 013 | 30,1 % | 180 615 631 | 31,6 % | 19 182 382 | 10,6 % |
| Administration | | | | | | |
| Administration | 41 229 857 | 6,2 % | 35 856 982 | 6,7 % | 5 372 875 | 15 % |
| Soutien aux services | 43 102 968 | 6,5 % | 38 849 966 | 7,1 % | 4 253 002 | 10,9 % |
| Gestion des bâtiments et des équipements | 43 556 867 | 6,6 % | 33 216 658 | 6,2 % | 10 340 209 | 31,1 % |
| Total | 664 620 231 | 100 % | 563 364 295 | 100 % | 101 255 936 | 18 % |

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

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

Enfin, soulignons qu'il est possible de consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471 publié sur le site Web de l'organisation, pour obtenir plus d'information sur les ressources financières du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

8.2 L'équilibre budgétaire

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

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2021, il réalise un déficit de 21 819 432 \$. Par conséquent, l'établissement ne respecte pas cette obligation légale. Ce déficit se compose d'un déficit de 21 804 254 \$ au fonds d'exploitation et d'un déficit de 15 178 \$ au fonds d'immobilisations.

08. RESSOURCES FINANCIÈRES

8.3 Les contrats de services

Cette portion du RAG présente les contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ ou plus. Il est à noter que les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation sont considérées.

Tableau 12 : Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus

| Contrat | Nombre | Valeur (\$) |
|---|--------|--------------|
| Contrats de services avec une personne physique | 0 | 0 \$ |
| Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique | 38 | 5 637 490 \$ |
| Total des contrats de services | 38 | 5 637 490 \$ |

09.

La Direction des services techniques
et logistique (DSTL)



09. LA DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES ET LOGISTIQUE (DSTL)

9. La Direction des services techniques et logistique (DSTL)

La DSTL a augmenté sa participation à de nombreuses tables de travail locales et provinciales de façon à bien positionner la direction afin de répondre adéquatement aux diverses demandes lui étant acheminées. Par ailleurs elle a complété et met de l'avant plusieurs projets de petites et moyennes envergures ainsi que plusieurs projets majeurs permettant une meilleure desserte de service pour la population de la région de l'Abitibi-Témiscamingue. La direction aide également à mettre en place des cliniques de dépistage de vaccination dans les cinq (5) territoires de MRC de la région. De façon synthétisée, le tableau 13 expose les faits saillants de l'année 2020-2021.

Tableau 13 : Faits saillants de la DSTL

| Fait saillant | Nombre de projets / demandes | Montant (\$) |
|--|------------------------------|--------------|
| Rénovation fonctionnelle | 10 projets | 4 M\$ |
| Maintien des actifs | 52 projets | 8 M\$ |
| Achats d'équipements médicaux | N/A | 8,5 M\$ |
| Achat d'équipements non médicaux | N/A | 1,5 M\$ |
| Demandes faites via Octopus (GBM) | 4 556 demandes | N/A |
| Demandes faites via le logiciel Guide TI | 34 212 demandes | N/A |

Tableau 14 : Projets majeurs déployés par la DSTL

| Nom du projet | Valeur budgétaire du projet (\$) |
|--|----------------------------------|
| Rénovation – mise aux normes chambres CRDI Amos | 250 000 \$ |
| TEP Scan Val-d'Or | 3 900 000 \$ |
| Centre de services ambulatoires (CSA) de Rouyn-Noranda | 3 207 000 \$ |
| PFT agrandissement de l'Hôpital de Ville-Marie | 53 395 000 \$ |
| Centre de radio-oncologie régional de Rouyn-Noranda | 47 214 000 \$ |
| Imagerie à résonance magnétique (IRM) d'Amos | 5 839 000 \$ |
| Total | 114 M\$ |

10.

Les ressources informationnelles



10. LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Durant l'année 2020-2021, la Direction des ressources informationnelles (DRI) augmente sa participation à de nombreuses tables provinciales de façon à positionner stratégiquement le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue au niveau provincial. Aussi, la DRI participe activement au virage numérique de l'organisation afin de doter les cliniciens et l'ensemble des employés des équipements technologiques requis afin de supporter cette transformation.

Les projets marquants

Les projets majeurs tels que le Centre de radio-oncologie régional à Rouyn-Noranda, l'appareil d'IRM fixe à Amos, l'appareil TEP-Scan à Val-d'Or et l'agrandissement du Pavillon Sainte-Famille de Ville-Marie font en sorte que la DRI est très impliquée dans la mise en place des technologies pour ces projets. De plus, il faut souligner la participation de la DRI à la mise en place des cliniques CDE/CDD et centres de vaccination en lien avec la COVID-19.

Les projets

La DRI a mis en place une structure de gestion de projet agile afin d'être en mesure de réagir rapidement lors de changements ou nouvelles demandes.

Tableau 15 : Projets inscrits au MSSS en cours

| Nom du projet | Valeur budgétaire du projet (\$) |
|--|----------------------------------|
| Régionalisation de la dictée | 117 000 \$ |
| Rehaussement infrastructure serveur - Hyperconvergence | 1 300 000 \$ |
| Intranet CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue | 142 000 \$ |
| Wi-Fi | 656 000 \$ |
| Rehaussement infrastructure télécommunications | 475 000 \$ |
| Consolidation VoIP régionale | 4 361 000 \$ |
| PACS | 480 000 \$ |
| UPS : salle des serveurs | 98 000 \$ |
| Cancérologie Rouyn-Noranda-volet infrastructure | 116 000 \$ |
| Cancérologie Rouyn-Noranda-volet logiciel | 465 000 \$ |
| Plan de transition local - pré DSN | 3 026 000 \$ |
| Reconnaissance vocale en imagerie médicale et médecine nucléaire | 283 000 \$ |
| SAD360 (uData) | 125 000 \$ |

Tableau 16 : Projets inscrits au MSSS non débutés

| Nom du projet | Valeur budgétaire du projet (\$) |
|---|----------------------------------|
| Soutien prestation santé mentale | 175 000 \$ |
| Uniformiser parc impression | 140 000 \$ |
| Remplacer les équipements visioconférence désuets | 75 000 \$ |
| SI-GRH | 725 000 \$ |
| SI-GFA | 725 000 \$ |
| PP-Agent intégration | 325 000 \$ |
| Système de pharmacie | 625 000 \$ |
| Mise à jour système de sauvegarde | 350 000 \$ |
| Service de fax / courrier électronique | 175 000 \$ |
| Communication unifiée-espaces collaboratifs | 225 000 \$ |

10. LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Les opérations

Durant la dernière année, plusieurs requêtes de service et incidents sont traitées. Les tableaux ci-joints présentent une vue d'ensemble de l'année.

Environnement technologique

L'environnement technologique du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue regroupe :

- Plus de 500 serveurs;
- Plus de 4 300 postes de travail;
- Plus de 70 bâtiments supportés technologiquement.

Pour supporter cet écosystème technologique, l'établissement compte sur une équipe regroupant près de 50 ressources spécialisées en technologies de l'information (TI).

Gestion des demandes de services

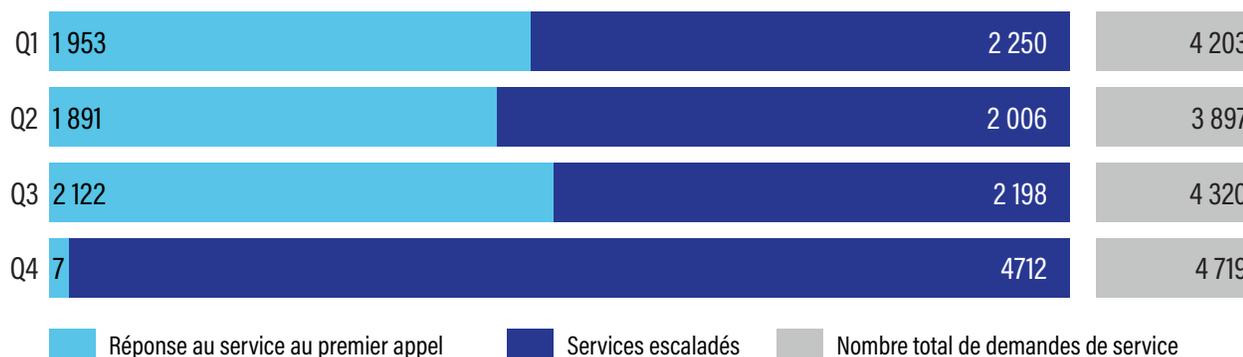


Figure 1 : Requêtes de services

Gestion des incidents (2020-2021)

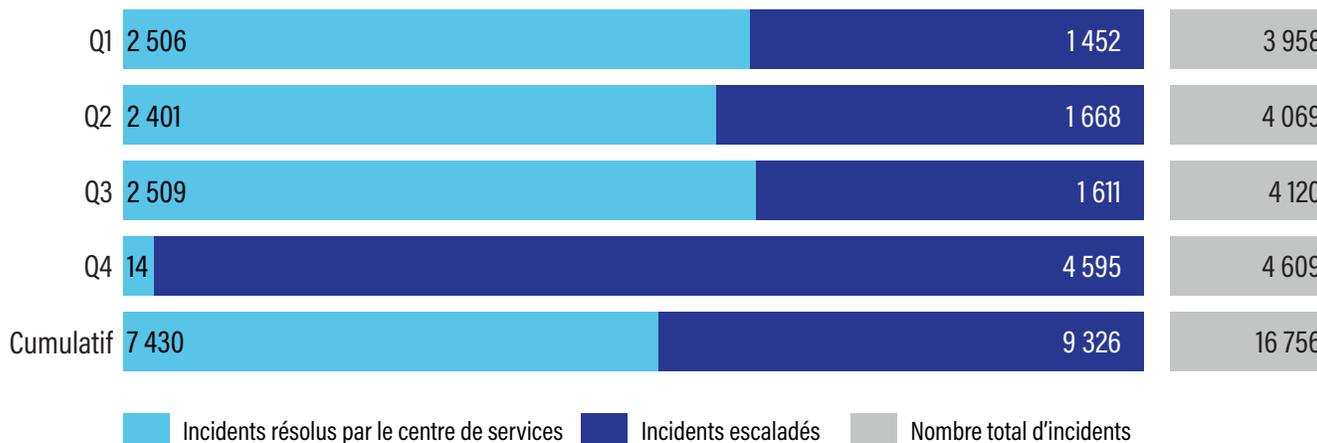


Figure 2 : Incidents

11.

La divulgation des actes répréhensibles



11. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

En application depuis août 2018, la politique et la procédure d'application de la Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics permettent à tout citoyen de dénoncer en toute quiétude des gestes commis ou omis ayant pour conséquence d'affecter l'établissement public.

Les citoyens peuvent, à l'aide du formulaire prévu à la politique, divulguer un acte répréhensible. Le formulaire est alors acheminé à la responsable de la politique pour l'établissement, soit Mme Marianne Gagnon-Bourget, chef de service des affaires juridiques, ou au Protecteur du Citoyen, pour analyse et recommandation. Pour l'année 2020-2021, aucun élément de divulgation n'a été acheminé à l'un ou l'autre des responsables.

12.

Les organismes communautaires



12. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), octroie une subvention à 149 organismes communautaires en 2020-2021. De ce nombre, 122 organismes œuvrent principalement en santé et services sociaux sont financés en soutien à leur mission globale représentant un total de 19 627 193 \$. L'enveloppe PSOC est rehaussée d'un montant de 1 589 491 \$ par rapport à 2019-2020 à laquelle il faut ajouter l'indexation de 2,2 %.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a également investi un total de 2 515 829 \$ pour convenir d'ententes liées à la réalisation d'activités spécifiques, pour la réalisation de projets ponctuels et pour des aides ponctuelles d'urgence.

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

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

Tableau 17: Subventions accordées

| Nom organisme | Mission globale | | Activité spécifique | |
|---|-------------------|---------------------|---------------------|------------------|
| | 2019-2020 | 2020-2021 | 2019-2020 | 2020-2021 |
| Accès logis | | | | |
| Résidences Témiscaming | | | 13 018 \$ | 13 304 \$ |
| Table concertation pers. âgées du Témiscamingue | | | 21 303 \$ | 21 772 \$ |
| Total Accès logis | | | 34 321 \$ | 35 076 \$ |
| Agressions à caractère sexuel (CALACS) | | | | |
| CALACS L'Étoile du nord | 285 988 \$ | 382 820 \$ | | |
| CALACS Témiscamingue | 60 198 \$ | 215 326 \$ | | |
| CALACS-ABITIBI (Centre aide/lutte agression sexuelle) | 157 764 \$ | 259 757 \$ | 1 500 \$ | |
| CAPACS A-O (Centre aide/lutte agression sexuelle) | 157 280 \$ | 259 342 \$ | 1 500 \$ | |
| Point d'appui | 286 737 \$ | 383 585 \$ | 1 000 \$ | 1 200 \$ |
| Total Agressions à caractère sexuel (CALACS) | 947 967 \$ | 1 500 830 \$ | 4 000 \$ | 1 200 \$ |
| Ressources jeunesse | | | | |
| Association des grands frères et grandes sœurs de l'Abitibi-Ouest | 48 219 \$ | 64 615 \$ | | |
| Association des grands frères et grandes sœurs de Rouyn-Noranda | 48 186 \$ | 64 587 \$ | 410 \$ | 1 051 \$ |
| Espace Abitibi-Est | 161 978 \$ | 351 437 \$ | 68 950 \$ | |
| L'Interlocal de jeunes MRC Rouyn-Noranda | 60 203 \$ | 89 365 \$ | | |
| Mobilisation Espoir Jeunesse | 52 763 \$ | 82 991 \$ | | |
| Projet Jeunesse St-Michel | 57 790 \$ | 72 844 \$ | | |
| Total Ressources jeunesse | 429 139 \$ | 725 839 \$ | 69 360 \$ | 1 051 \$ |

12. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

| Nom organisme | Mission globale | | Activité spécifique | |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| | 2019-2020 | 2020-2021 | 2019-2020 | 2020-2021 |
| Ressources femmes | | | | |
| Au sein des femmes | 40 000 \$ | 57 549 \$ | | 1 200 \$ |
| Les Marginales | | 37 800 \$ | | |
| Total Ressources femmes | 40 000 \$ | 95 349 \$ | | 1 200 \$ |
| Centre d'action bénévole | | | | |
| Centre bénévolat de Rouyn-Noranda | 144 689 \$ | 152 872 \$ | | |
| Centre bénévolat de Val-d'Or | 110 718 \$ | 117 204 \$ | | |
| Centre bénévolat du Lac Témiscamingue | 69 549 \$ | 82 954 \$ | | |
| Centre d'action bénévole L'amicale | 72 826 \$ | 82 111 \$ | | |
| Total Centre d'action bénévole | 397 782 \$ | 435 141 \$ | | |
| Centres de femmes | | | | |
| Centre de femmes l'Érige | 210 807 \$ | 220 445 \$ | | 1 500 \$ |
| Centre Entre-femmes | 211 002 \$ | 220 644 \$ | 1 000 \$ | 1 000 \$ |
| Comité de la condition féminine au Témiscamingue | 210 942 \$ | 220 583 \$ | 1 165 \$ | |
| Femmes Ressources | 60 203 \$ | 89 363 \$ | 1 279 \$ | |
| Total Centres de femmes | 692 954 \$ | 751 035 \$ | 3 444 \$ | 2 500 \$ |
| Concertation régionale | | | | |
| CROC-AT | 108 090 \$ | 121 086 \$ | 1 200 \$ | 1 500 \$ |
| Corporation de développement communautaire d'Amos | | | 21 705 \$ | 22 183 \$ |
| Corporation de développement communautaire du Témiscamingue | | | 21 706 \$ | 22 184 \$ |
| Regroupement des organismes communautaires Abitibi-Ouest | | | 22 041 \$ | 22 526 \$ |
| Regroupement des organismes communautaires Rouyn-Noranda | | | 22 134 \$ | 22 621 \$ |
| Regroupement des organismes communautaires Vallée-de-l'Or | | | 21 706 \$ | 22 184 \$ |
| Total Concertation régionale | 108 090 \$ | 121 086 \$ | 111 992 \$ | 113 198 \$ |
| Dépendances et hébergement d'urgence | | | | |
| Accueil d'Amos | 230 410 \$ | 245 141 \$ | 53 474 \$ | |
| Groupe IMAGE de l'A-T (Centre Gérard-Brisson) | 127 313 \$ | 131 514 \$ | 5 474 \$ | |
| Maison du compagnon de La Sarre | 242 763 \$ | 279 381 \$ | 5 474 \$ | |
| Maison du soleil levant de Rouyn-Noranda | 240 724 \$ | 269 517 \$ | 5 474 \$ | |
| Manoir du chemin pour la sobriété | 72 291 \$ | 99 718 \$ | | |
| Piaule de Val-d'Or | 372 434 \$ | 392 934 \$ | 2 470 \$ | |
| Unité Domrémy de Val-d'Or | 120 889 \$ | 141 343 \$ | 2 000 \$ | |
| Total Dépendances et hébergement d'urgence | 1 406 824 \$ | 1 559 548 \$ | 74 366 \$ | |

12. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

| Nom organisme | Mission globale | | Activité spécifique | |
|--|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|
| | 2019-2020 | 2020-2021 | 2019-2020 | 2020-2021 |
| Famille - Y a personne de parfait ! | | | | |
| Action santé l'envolée | | | | 800 \$ |
| Centre amitié autochtone Val-d'Or | | | 1 000 \$ | |
| Centre entraide amitié autochtone Senneterre | | | 1 450 \$ | |
| Maison famille d'Amos | | | 2 661 \$ | 3 300 \$ |
| Maison des familles d'Abitibi-Ouest | | | 2 661 \$ | 2 500 \$ |
| Maison famille Au vent du lac | | | | 1 600 \$ |
| Maison famille de Malartic | | | 2 661 \$ | 2 500 \$ |
| Maison famille de Rouyn-Noranda | | | 2 661 \$ | 2 500 \$ |
| Maison famille de Senneterre | | | 2 661 \$ | 2 500 \$ |
| Maison famille de Val-d'Or | | | 2 661 \$ | 3 300 \$ |
| Maison famille de Témiscaming (Pour tous les bouts de chou) | | | 2 661 \$ | 2 500 \$ |
| Total Famille | | | 21 077 \$ | 21 500 \$ |
| Famille - Naître et grandir en santé | | | | |
| Maison famille d'Amos | | | 22 207 \$ | 22 696 \$ |
| Maison des familles d'Abitibi-Ouest | | | 23 328 \$ | 23 841 \$ |
| Maison famille de Malartic | | | 5 931 \$ | 6 061 \$ |
| Maison famille de Rouyn-Noranda | | | 42 426 \$ | 43 359 \$ |
| Maison famille de Senneterre | | | 4 615 \$ | 4 717 \$ |
| Maison famille de Val-d'Or | | | 26 260 \$ | 26 838 \$ |
| Maison famille de Témiscaming (Pour tous les bouts de chou) | | | 8 166 \$ | 8 346 \$ |
| Regroupement entraide sociale Témis. | | | 14 343 \$ | 14 659 \$ |
| Total Famille | | | 147 276 \$ | 150 517 \$ |
| Hommes en difficulté | | | | |
| Groupe IMAGE de l'A-T (Centre Gérard Brisson) | 321 441 \$ | 332 113 \$ | | |
| SATAS. (Serv. aide trait. appr. soc.) | 267 390 \$ | 312 545 \$ | 24 568 \$ | 25 108 \$ |
| Total Hommes en difficulté | 588 831 \$ | 644 658 \$ | 24 568 \$ | 25 108 \$ |
| Justice alternative | | | | |
| Liaison Justice | 599 185 \$ | 612 367 \$ | | |
| Total Justice alternative | 599 185 \$ | 612 367 \$ | | |
| Maintien à domicile | | | | |
| Association des aidants naturels de Val-d'Or | 36 216 \$ | 54 295 \$ | | |
| Centre d'action bénévole L'amicale | 13 549 \$ | 15 310 \$ | | |
| Centre des bénévoles Uni-Joie | 19 374 \$ | 20 472 \$ | | |
| Comité « Main dans la main » de La Corne | 3 119 \$ | 5 050 \$ | | |

12. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

| Nom organisme | Mission globale | | Activité spécifique | |
|--|-------------------|---------------------|---------------------|------------------|
| | 2019-2020 | 2020-2021 | 2019-2020 | 2020-2021 |
| Comité bénévole « Papillons dorés » | 5 783 \$ | 7 578 \$ | | |
| Comité bénévole « Santé et joie » | 7 914 \$ | 8 088 \$ | | |
| Comité bénévole Landrienne | 4 164 \$ | 4 256 \$ | | |
| Comité bénévoles « Les Glaneurs » | 3 895 \$ | 3 981 \$ | | |
| Comité des bénévoles des Côteaux | 21 400 \$ | 22 395 \$ | | |
| Corp. alliance des générations | 13 578 \$ | 13 877 \$ | 3 500 \$ | 6 000 \$ |
| Corp. dével. communautaire Universeau | 65 142 \$ | 76 354 \$ | | |
| Coup de pouce communautaire Malartic | 41 477 \$ | 57 476 \$ | 2 375 \$ | 9 956 \$ |
| Groupe actions bénévoles Abitibi-Ouest | 53 950 \$ | 59 000 \$ | | |
| Groupe d'entraide aux aînés | 76 260 \$ | 88 724 \$ | | |
| Indépendance 65 + | 34 344 \$ | 47 667 \$ | 1 000 \$ | 600 \$ |
| Parrainage civique de l'Abitibi-Témiscamingue | 35 373 \$ | 44 775 \$ | | |
| Popote roulante d'Amos | 20 824 \$ | 21 848 \$ | | |
| Popote roulante de Val-d'Or | 17 786 \$ | 18 177 \$ | | |
| Regroup. proches-aidants d'Abitibi-Ouest | 48 310 \$ | 64 694 \$ | | |
| Regroup. proches-aidants de Rouyn-Noranda | 55 679 \$ | 71 029 \$ | | 1 400 \$ |
| Société Alzheimer Rouyn-Noranda/Témiscamingue | 104 454 \$ | 117 665 \$ | | |
| Société Alzheimer Val-d'Or | 37 844 \$ | 38 677 \$ | | |
| Table concertation pers. âgées du Témisc. | 82 709 \$ | 95 172 \$ | 1 475 \$ | |
| Total Maintien à domicile | 806 060 \$ | 956 560 \$ | 8 350 \$ | 17 956 \$ |
| Maison des jeunes | | | | |
| Campus Jeunesse | 65 000 \$ | 72 000 \$ | | |
| Jeunesse Action Val-d'Or | 127 011 \$ | 146 586 \$ | | |
| Liaison 12-18 | 112 382 \$ | 134 056 \$ | | |
| Maison jeunes « Le Kao » (de Barraute) | 65 000 \$ | 70 000 \$ | 500 \$ | |
| Maison jeunes de La Sarre | 113 596 \$ | 135 096 \$ | | |
| Maison jeunes du Témiscamingue | 116 216 \$ | 137 340 \$ | | |
| Maison jeunes F.R.A.D. | 89 558 \$ | 114 508 \$ | | |
| Refuge jeunesse Malartic | 118 548 \$ | 139 337 \$ | | |
| Soupape Maison des jeunes | 119 360 \$ | 140 033 \$ | | |
| Total Maison des jeunes | 926 671 \$ | 1 088 956 \$ | 500 \$ | |
| Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence | | | | |
| Alternative pour elles | 837 336 \$ | 1 018 759 \$ | 19 000 \$ | |

12. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

| Nom organisme | Mission globale | | Activité spécifique | |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|-----------|
| | 2019-2020 | 2020-2021 | 2019-2020 | 2020-2021 |
| Maison hébergement Équinoxe | 642 190 \$ | 755 110 \$ | 18 000 \$ | |
| Maison hébergement Le Nid | 739 753 \$ | 874 339 \$ | 18 000 \$ | |
| Maison hébergement Mikana | 715 465 \$ | 849 605 \$ | 18 818 \$ | |
| Total Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence | 2 934 744 \$ | 3 497 813 \$ | 73 818 \$ | |
| Orientation et identités sexuelles | | | | |
| Coalition d'aide aux lesb. gais A-T | | | | |
| Total Orientation et identités sexuelles | | | | |
| Personnes démunies - sécurité alimentaire | | | | |
| Accueil d'Amos | 20 773 \$ | 22 180 \$ | | |
| Association place au soleil | 72 151 \$ | 99 599 \$ | | |
| Centre bénévolat de Val-d'Or | 26 340 \$ | 27 869 \$ | | |
| Centre Bernard-Hamel | 83 391 \$ | 94 856 \$ | | |
| Corp. dével. communautaire Universeau | 9 112 \$ | 10 645 \$ | | |
| Fraternité St-Michel | 50 244 \$ | 66 356 \$ | | |
| Maison St-André A-O | 69 885 \$ | 83 243 \$ | | |
| Regroupement entraide sociale Témis. | 79 096 \$ | 88 836 \$ | | |
| Total Personnes démunies - sécurité alimentaire | 410 992 \$ | 493 584 \$ | | |
| Personnes handicapées | | | | |
| Actia | 100 742 \$ | 124 087 \$ | | |
| Aile brisée | 101 259 \$ | 125 852 \$ | | |
| Arche Abitibi-Témiscamingue | 419 216 \$ | 433 439 \$ | 420 \$ | 1 500 \$ |
| Assoc. parents enfants handicapés Témisc. | 164 955 \$ | 179 085 \$ | | 2 328 \$ |
| Assoc. pers. hand. Témiscaming | 72 205 \$ | 99 646 \$ | 540 \$ | |
| Assoc. pers. hand. visuelles de l'A-T | | | 2 368 \$ | 2 420 \$ |
| Assoc. intégration sociale de Rouyn-Noranda | 208 331 \$ | 249 315 \$ | 700 \$ | |
| Assoc. Qc enf. problèmes auditifs (AQEPA) | 24 961 \$ | 25 510 \$ | | |
| Centre de jour Les Intrépides | 201 142 \$ | 210 567 \$ | | |
| Centre intégration physique l'Envol | 105 092 \$ | 127 813 \$ | 1 500 \$ | |
| Centre La Mésange | 75 415 \$ | 103 491 \$ | 413 \$ | |
| Club A.C.V. de Rouyn-Noranda | 11 826 \$ | 13 311 \$ | | |
| Club amitié des handicapés de l'Abitibi-Ouest | 174 440 \$ | 187 209 \$ | | |
| Club handicapés de Val-d'Or | 143 671 \$ | 160 855 \$ | | |
| Corp. répit-dépannage Chrysalide | 194 846 \$ | 237 420 \$ | | |

12. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

| Nom organisme | Mission globale | | Activité spécifique | |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| | 2019-2020 | 2020-2021 | 2019-2020 | 2020-2021 |
| Indépendance 65 + | 13 992 \$ | 18 654 \$ | | |
| Parrainage civique de l'Abitibi-Témiscamingue | 21 634 \$ | 27 396 \$ | | |
| Personnes hand. Amos région (PHAR) | 103 100 \$ | 126 106 \$ | 400 \$ | |
| Pilier (ass. traumatisés crâniens) | 71 022 \$ | 88 555 \$ | 375 \$ | |
| Ressource pr pers. hand. A.-T. NQ | 48 156 \$ | 67 326 \$ | 539 471 \$ | 551 339 \$ |
| Société autisme de l'Abitibi-Témiscamingue | 171 586 \$ | 192 013 \$ | 400 \$ | 1 500 \$ |
| Vie autonome Abitibi-Témiscamingue | 118 787 \$ | 139 542 \$ | | |
| Total Personnes handicapées | 2 546 378 \$ | 2 937 192 \$ | 546 587 \$ | 559 087 \$ |
| Santé mentale | | | | |
| Accueil d'Amos | 125 940 \$ | 133 938 \$ | 28 818 \$ | 29 452 \$ |
| Association PANDA Abitibi-Ouest | 40 690 \$ | 58 142 \$ | | |
| Besoin d'aide 24/7 | 303 992 \$ | 315 680 \$ | 1 000 \$ | 1 500 \$ |
| Bouée d'espoir | 111 295 \$ | 133 131 \$ | 1 000 \$ | |
| Entretoise du Témiscamingue | 151 127 \$ | 166 241 \$ | 1 000 \$ | 835 \$ |
| Groupe en toute amitié de Senneterre | 72 187 \$ | 99 630 \$ | | |
| Groupe Soleil Malartic | 166 455 \$ | 175 117 \$ | 100 211 \$ | 102 416 \$ |
| Le Repère 649 | 180 220 \$ | 192 159 \$ | 30 066 \$ | 30 727 \$ |
| Maison du soleil levant de Rouyn-Noranda | 28 490 \$ | 32 027 \$ | 1 000 \$ | |
| Maison les 4 Saisons Témiscamingue | 203 623 \$ | 245 107 \$ | 1 000 \$ | |
| Pont de Rouyn-Noranda | 236 421 \$ | 246 622 \$ | 22 226 \$ | 22 715 \$ |
| Portail (Le) | 115 471 \$ | 136 702 \$ | | |
| Prévention du suicide d'Abitibi-Ouest - Centre | 97 416 \$ | 99 559 \$ | | |
| Prévention du suicide d'Amos - Centre | 109 007 \$ | 131 166 \$ | 1 000 \$ | |
| Prévention du suicide de Malartic - Centre | 72 282 \$ | 73 872 \$ | 1 400 \$ | |
| Prévention du suicide de Rouyn-Noranda - Centre | 138 716 \$ | 156 611 \$ | 1 000 \$ | |
| Prévention du suicide de Senneterre - Centre | 72 271 \$ | 99 702 \$ | 1 500 \$ | 1 500 \$ |
| Prévention du suicide de Val-d'Or - Comité | 118 130 \$ | 138 980 \$ | | |
| Prévention du suicide du Témiscamingue - Comité | 84 861 \$ | 110 485 \$ | 1 200 \$ | 9 197 \$ |
| RAIDDAT | 187 909 \$ | 197 043 \$ | | 12 450 \$ |
| Rescousse (La) | 111 347 \$ | 133 170 \$ | | |
| Résidence héberg. La Chaumière | 170 354 \$ | 215 973 \$ | | |

12. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

| Nom organisme | Mission globale | | Activité spécifique | |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| | 2019-2020 | 2020-2021 | 2019-2020 | 2020-2021 |
| Résilient (le) | 115 696 \$ | 136 895 \$ | | |
| TCROCASMAT | | | 29 870 \$ | 30 527 \$ |
| Trait Union de La Sarre | 281 148 \$ | 312 994 \$ | 54 859 \$ | 56 066 \$ |
| Total Santé mentale | 3 295 048 \$ | 3 741 946 \$ | 277 150 \$ | 297 385 \$ |
| Santé physique | | | | |
| Albatros 08 | 18 747 \$ | 19 159 \$ | | |
| Amis de l'Envol | 11 955 \$ | 13 452 \$ | | |
| Arc-en-soi La Sarre | 17 780 \$ | 18 960 \$ | | |
| Association de la fibromyalgie de l'Abitibi-Témiscamingue | 52 465 \$ | 68 266 \$ | | 1 500 \$ |
| Association diabète de Rouyn-Noranda | 7 997 \$ | 1 999 \$ | | |
| Diabète Val-d'Or | 17 721 \$ | 18 904 \$ | | |
| Lueur du phare | 3 119 \$ | 3 188 \$ | | |
| Ressource pr pers. hand. A.-T. Nord du Québec | | | 138 365 \$ | 141 409 \$ |
| Société sclérose en plaques Abitibi-Témiscamingue | 55 018 \$ | 73 620 \$ | | |
| Total Santé physique | 184 802 \$ | 217 548 \$ | 138 365 \$ | 142 909 \$ |
| Santé publique - prévention | | | | |
| Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est | | | 21 722 \$ | 21 722 \$ |
| Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Ouest | | | 33 300 \$ | 33 300 \$ |
| Interlocal jeunes de Rouyn-Noranda | | | 34 089 \$ | 34 089 \$ |
| Jeunesse action Val-d'Or | | | 28 829 \$ | 28 829 \$ |
| Maison jeunes de La Sarre | | | | |
| Maison jeunes du Témiscamingue | | | 18 970 \$ | 18 970 \$ |
| Mobilisation espoir jeunesse | | | 31 984 \$ | 31 984 \$ |
| ORDET | 118 857 \$ | 126 472 \$ | | 1 500 \$ |
| Total Santé publique | 118 857 \$ | 126 472 \$ | 168 894 \$ | 170 394 \$ |
| Travail de rue | | | | |
| Arrimage jeunesse | | | 107 292 \$ | 109 652 \$ |
| Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est | | | 107 673 \$ | 110 042 \$ |
| Carrefour jeunesse emploi du Témiscamingue | | | 99 220 \$ | 101 403 \$ |
| Groupe IO | | | 58 505 \$ | 59 792 \$ |
| Mouvement Relève d'Amos | | | 59 000 \$ | 60 298 \$ |
| Total Travail de rue | | | 431 690 \$ | 441 214 \$ |
| Surdose opioïdes | | | | |
| Arrimage jeunesse | | | 32 679 \$ | 32 679 \$ |
| Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est | | | 25 553 \$ | 38 588 \$ |
| Carrefour jeunesse emploi du Témiscamingue | | | 22 527 \$ | 22 527 \$ |

12. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

| Nom organisme | Mission globale | | Activité spécifique | |
|--|----------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| | 2019-2020 | 2020-2021 | 2019-2020 | 2020-2021 |
| Groupe IO | | | 20 915 \$ | 20 915 \$ |
| Mouvement Relève d'Amos | | | 25 291 \$ | 25 291 \$ |
| Total Surdose opioïdes | | | 126 965 \$ | 140 000 \$ |
| Prévention des dépendances | | | | |
| Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est | | | | 86 199 \$ |
| Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Ouest | | | | 71 542 \$ |
| Carrefour jeunesse emploi du Témiscamingue | | | | 64 490 \$ |
| Centre ressource jeunesse AT | | | | 89 193 \$ |
| Mouvement Relève d'Amos | | | | 76 610 \$ |
| Total Prévention des dépendances | | | | 394 034 \$ |
| VIH/Sida | | | | |
| Centre ROSÉS Abitibi-Témiscamingue | 92 872 \$ | 121 269 \$ | 1 500 \$ | 1 500 \$ |
| Total VIH/Sida | 92 872 \$ | 121 269 \$ | 1 500 \$ | 1 500 \$ |
| Total général | 16 527 196 \$ | 19 627 193 \$ | 2 264 223 \$ | 2 515 829 \$ |

ANNEXES



CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

PRÉAMBULE

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

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

Section 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

Fondement légal

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

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

ANNEXE

Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Champ d'application

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

Disposition finale

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois (3) ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

Diffusion

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

Section 2 – PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

Principes d'éthique

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

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

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie;
- Remplir ses devoirs et obligations généraux en privilégiant les exigences de la bonne foi;
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables;
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne;
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population;

ANNEXE

- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles;
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement;
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur;
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

Règles de déontologie

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

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

Disponibilité et compétence

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

Respect et loyauté

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

Impartialité

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

Transparence

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

Discrétion et confidentialité

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

Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

Relations publiques

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

Charge publique

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

Biens et services de l'établissement

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

Avantages et cadeaux

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

Interventions inappropriées

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

Section 3 - CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 4 - APPLICATION

Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

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

Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

Comité d'examen ad hoc

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

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

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

- a. Faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;

ANNEXE

- b. Déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
- c. Faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

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

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

Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE

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

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

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

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

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

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

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

Notion d'indépendance

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

Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXE

Engagement et affirmation du membre

Je, soussigné, _____, [prénom et nom en lettres moulées] membre du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le 28 janvier 2016, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

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

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

En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et je m'engage à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Avis de bris du statut d'indépendance

Je, soussigné, _____, [prénom et nom en lettres moulées] déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue en raison des faits suivants :

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

| Fonction | Employeur |
|----------|-----------|
| | |
| | |

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

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et je m'engage à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et je m'engage à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE

Déclaration de conflit d'intérêts

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE

Signalement d'une situation de conflit d'intérêts

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

Québec 