



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



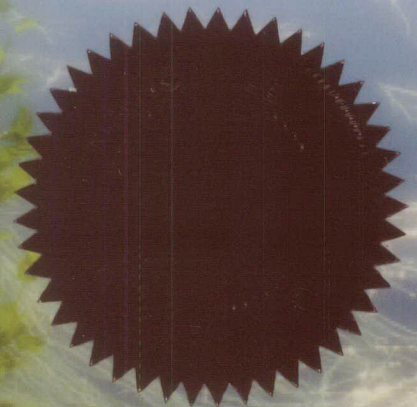
ASSEMBLÉE NATIONALE

N° 501-80061018

RAPPORT ANNUEL de gestion

RAPPORT ANNUEL
sur l'application
de la procédure
d'examen des plaintes
et l'amélioration
de la qualité

2005-2006



La forme masculine utilisée dans ce texte désigne,
lorsqu'il y a lieu, aussi bien les femmes que les hommes.

Adopté par le conseil d'administration du
Centre régional de santé et des services sociaux de la Baie-James
à la séance du 20 septembre 2006.

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque nationale du Québec, 2006

Bibliothèque nationale du Canada, 2006

ISBN 2-922250-48-2

MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE INTÉRIMAIRE

L'année qui vient de se terminer a été riche en projets. Nous faisons ici ressortir les éléments majeurs qui ont marqué le travail et les services au cours de 2005-2006.

Projet clinique

La démarche d'élaboration du projet clinique du CRSSS de la Baie-James a permis de mobiliser les équipes des centres de santé autour des objectifs poursuivis : accessibilité, continuité et qualité des services. En juin 2005, au terme d'une consultation locale auprès du personnel, de l'équipe médicale et de groupes de la population, les comités des centres de santé ont fait la présentation des priorités pour chaque communauté au conseil d'administration, aux gestionnaires et aux autres comités locaux. Les travaux se poursuivent en vue de parvenir à un plan de mise en œuvre du projet clinique.

Tomodensitomètre

C'est au cours de l'année que le tomodensitomètre axial a été livré au Centre de santé de Chibougamau. L'appareil a été installé dans un agrandissement où se situent maintenant tous les services d'imagerie médicale du Centre de santé : échographie, radiologie et mammographie. Le projet total représente un investissement de 2,4 millions de dollars dont une partie, 400 000 \$, a été fournie par la Fondation de l'Hôpital Chibougamau.

Les premiers examens ont été réalisés en avril 2006. L'ouverture de ce service représente une amélioration extrêmement intéressante pour la clientèle qui n'a plus à se rendre à Roberval pour passer cet examen, en plus d'avoir accès à des locaux où la confidentialité et l'intimité sont mieux préservées. Enfin, le réaménagement du service d'imagerie médicale et le nouvel appareil viennent soutenir les professionnels de la santé dans leur pratique quotidienne et favorisent le recrutement et la rétention du personnel et des médecins.

Intervenants en saines habitudes de vie et lutte au cancer

Nous avons réalisé un travail de mise en commun des différents besoins organisationnels pour répondre à certaines priorités dans les centres de santé. Ainsi, à l'automne 2005, des ententes de service internes ont été conclues avec les cinq centres de santé pour la dotation de postes à temps complet en saines habitudes de vie et lutte au cancer. En effet, auparavant, les ressources en place avaient des mandats diversifiés et étaient financées trop souvent par des enveloppes non récurrentes.

Les ententes viennent formaliser les engagements respectifs de chacune des directions concernées et des centres de santé relativement à la mise en œuvre du plan d'action en santé publique et à la mise en place des services à la population concernant le *Programme de lutte contre le cancer* et les maladies chroniques.

Plus spécifiquement, les ententes visent à développer ou à consolider les services intégrés en périnatalité et à la petite enfance, les centres d'abandon du tabagisme (CAT), le programme de prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile et les services intégrés en ITSS (infections transmissibles sexuellement et par le sang), elles visent également à promouvoir une saine alimentation et l'activité physique. En lutte au cancer et en maladies chroniques, les infirmières pivots et les équipes interdisciplinaires seront à même d'offrir des services aux personnes atteintes d'un cancer ou d'une maladie chronique évolutive et à leurs proches en tenant compte de tous les volets d'intervention soit la promotion, la prévention, le dépistage, l'investigation, le traitement, la réadaptation, le soutien et les soins de fin de vie. Enfin, le développement de ces postes permet de

rehausser l'offre de service de première ligne pour les personnes souffrant d'une maladie chronique évolutive (diabète, maladies pulmonaires obstructives, maladies cardiovasculaires, asthme) dans le but de réduire, voire éviter, l'hospitalisation de cette clientèle.

Par le biais de ces ententes, ce sont 8,5 postes (ETC) qui ont été créés dans les centres de santé de la région.

Travaux à Matagami

Les travaux de réaménagement fonctionnel du Centre de santé Isle-Dieu, attendus depuis plusieurs années, ont été annoncés le 29 août 2005. Le projet prévoit une importante rénovation des unités de soins de longue et de courte durée, de l'urgence, de l'accueil et des services de première ligne, des bureaux de la direction locale, du laboratoire, de la dentisterie et de la cuisine.

Enfin, du côté technique, des gicleurs seront ajoutés, la génératrice sera changée et le monte-charge converti en ascenseur pour améliorer l'accès au centre de santé pour les personnes à mobilité réduite. Le système de chauffage subira aussi une réfection.

Toutefois, un dépassement des coûts est apparu étant donné certaines problématiques concernant les devis. Les travaux qui devaient débiter au printemps ou à l'automne 2006 ont donc été retardés au moins jusqu'au printemps 2007. Le MSSS manifeste une ouverture pour en venir à une solution et démarrer la rénovation fonctionnelle dans les meilleurs délais. Au moment de l'annonce, les travaux étaient estimés à un peu plus de 3 millions de dollars.

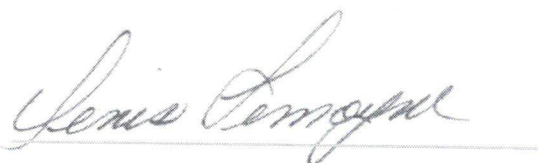
Relance CII et CM

Depuis quelques années, le Conseil des infirmières et infirmiers et le Conseil multidisciplinaire avaient graduellement cessé leurs activités. Au cours de la dernière année, des exécutifs provisoires, appuyés de la direction, ont mené à bien la préparation des assemblées générales incluant l'approbation des règlements généraux des conseils. En mai 2006, chaque conseil élit un exécutif pour l'année 2006-2007.

Nous vous invitons à poursuivre votre lecture pour en connaître un peu plus sur les accomplissements de l'année 2005-2006. Évidemment, aucun rapport annuel ne saurait rendre compte de tout le travail accompli quotidiennement par notre personnel, l'équipe médicale et les gestionnaires qui ont toujours à cœur d'offrir de bons services à la population du Nord-du-Québec. Nous tenons également à remercier tous les partenaires de notre organisation pour leur appui dans la réalisation de notre mission.

Le président du conseil d'administration

La directrice générale intérimaire,



Denis Lemoyne



Diane Laboissonnière

DÉCLARATION DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE INTÉRIMAIRE

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion 2005-2006 du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'établissement;
- Présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- Présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2006.

Rapport de la direction

Les états financiers du CRSSS de la Baie-James ont été dressés par la direction des services financiers et techniques, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les principes comptables généralement reconnus au Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle comptable interne, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

Le CRSSS de la Baie-James reconnaît qu'il est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui le régissent.

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

Le vérificateur externe a procédé à la vérification des états financiers du CRSSS de la Baie-James, conformément aux normes de vérification généralement reconnues au Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification ainsi que l'expression de son opinion. Le vérificateur externe peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de finances et de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

La directrice générale intérimaire,



Diane Laboissonnière

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux et des graphiques	VII
Liste des acronymes	VIII

Première partie

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

Présentation du territoire, de la population et de l'organisation	1
1. LES PROGRAMMES-SERVICES	
Les programmes-services destinés à la population	7
Le programme de santé publique	7
Les services généraux, activités cliniques et d'aide.....	13
Les programmes-services répondant à des problématiques particulières	19
Perte d'autonomie liée au vieillissement.....	19
Déficience physique, intellectuelle et troubles envahissants du développement	21
Jeunes en difficulté	22
Dépendances	23
Santé mentale	23
Santé physique.....	24
2. LES PROGRAMMES-SOUTIEN	
Administration et soutien aux services	27
Ressources humaines.....	27
Ressources financières	33
Ressources informationnelles	33
Gestion des bâtiments et des équipements	35
3. LE PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	39
4. LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE, LES MESURES D'URGENCES ET LA TRAUMATOLOGIE.....	45

5. PRINCIPALES ACTIVITÉS DES CONSEILS CONSULTATIFS DU CONSEIL
D'ADMINISTRATION

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.....	49
Le Conseil des infirmières et infirmiers.....	49
Le Conseil multidisciplinaire	50

ANNEXES DU RAPPORT ANNUEL DE GESTION

Annexe 1 – Bilan de suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité	53
Annexe 2 – Organigramme du CRSSS de la Baie-James au 31 mars 2006.....	93
Annexe 3 – Données financières	97
Annexe 4 – <i>Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration</i>	107

Deuxième partie

RAPPORT ANNUEL 2005-2006 SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

Tableau 1	Distances en kilomètres	2
Tableau 2	Dépenses de recherche et d'embauche de candidats en 2005-2006	29
Tableau 3	Effectifs du CRSSS de la Baie-James	29
Tableau 4	Effectifs en omnipratique	31
Tableau 5	Effectifs en médecine spécialisée (Chibougamau)	31
Tableau 6	Coûts reliés à l'assurance salaire	32
Tableau 7	Statistiques sur les consultations des employés, les conjoints et les enfants (secteurs est et ouest)	32
Tableau 8	Statistiques sur le groupe d'âge et le sexe des individus qui ont consulté durant cette période (secteurs est et ouest)	32
Tableau 9	Provenance des sommes allouées aux organismes communautaires en 2004-2005	40
Graphique 1	Évolution des subventions versées aux organismes communautaires, 1994-1995 à 2005-2006	41

LISTE DES ACRONYMES

CAT	Centre d'abandon tabagique
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CM	Conseil multidisciplinaire
CLARA	Clinique accréditée de radiologie
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRSSS de la Baie-James	Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
CS	Centre de santé
DSP	Direction de santé publique
DSPAM	Direction des services professionnels et affaires médicales
ETC	Équivalent temps complet
INSPQ	Institut national de santé publique
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PACS	Picture archiving and communication system
PAR	Plan d'action régional
PNF	Programme national de formation
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PSSP	Programme de subventions en santé publique
RTSS	Réseau de télécommunication sociosanitaire
RUIS	Réseaux universitaires intégrés de santé
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SARV	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la vancomycine
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
TCNPP	Table de concertation nationale en prévention et promotion
TCNSP	Table de concertation nationale en santé publique
TCPIP	Transport Control Protocol/Internet Protocol (Protocoles de communication utilisés sur l'Internet)

Première partie
Première partie

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2005-2006



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

Le CRSSS de la Baie-James est l'unique établissement basé dans la région et offrant des services de santé et des services sociaux à la population de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec (10). Son territoire, celui de la Baie-James (anciennement Radissonie), est immense avec une superficie de 300 000 km². Les Jamésiens sont regroupés principalement dans cinq villes et localités très éloignées les unes des autres : Chapais, Chibougamau, Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Radisson. On retrouve, au sein de l'établissement, les missions de centre hospitalier, de centre d'hébergement et de soins longue durée, de CLSC, de centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle et pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes. Le CRSSS de la Baie-James compte un centre local de service dans chacune de ces communautés :

- | | |
|-----------------------|---------------------------------|
| ‣ Chapais | Centre de santé René-Ricard; |
| ‣ Chibougamau | Centre de santé de Chibougamau; |
| ‣ Lebel-sur-Quévillon | Centre de santé Lebel; |
| ‣ Matagami | Centre de santé Isle-Dieu; |
| ‣ Radisson | Centre de santé de Radisson. |

Les localités de Valcanton et Villebois font également partie de la région. Le CRSSS de la Baie-James les dessert en ce qui concerne le financement des soins et services et celui des organismes communautaires. Les volets de prévention et de promotion de la santé et l'offre de service sont assurés par entente de service avec le Centre de santé et de services sociaux des Aurores boréales de La Sarre. Une infirmière de milieu et un intervenant social œuvrent dans ces localités depuis 2004.

Les distances entre chaque localité, l'isolement et l'éloignement des grands centres contribuent à rendre difficile l'organisation des services. On ne peut, par exemple, faire beaucoup de partages entre deux villes séparées par des centaines de kilomètres. Cette situation force le maintien des services de base et d'infrastructures dans des localités dont la population est restreinte. De plus, le déplacement des usagers pour les services spécialisés ou les cas d'urgence est une réalité inévitable et entraîne des coûts qu'on ne retrouve pas nécessairement dans d'autres régions.

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

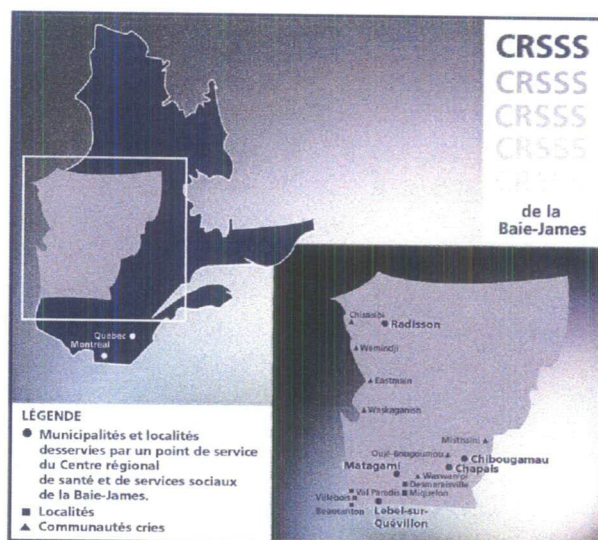


Tableau 1 : Distances en kilomètres

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

* Lebel-sur-Quévillon

Source : Société de développement de la Baie-James

1 Kilométrage via la route traditionnelle/Kilométrage via R-1005 (route forestière)

2 Kilométrage via la route traditionnelle/Kilométrage via la Route du Nord

Les communautés crie et inuite possèdent leur propre organisation de santé et de services sociaux, respectivement le Conseil cri de santé et de services sociaux de la Baie-James (région sociosanitaire 18) et la Régie régionale Kativik (région sociosanitaire du Nunavik, 17). Ensemble, les trois régions sociosanitaires desservent la population de la grande région administrative du Nord-du-Québec.

Malgré ses dimensions phénoménales, le territoire est peu densément peuplé. En effet, les données non corrigées du dernier recensement établissent à 16 314 personnes la population jamésienne. Toutefois, lorsqu'on ajoute la population crie habitant le territoire (12 629 personnes selon la même source), ce nombre s'élève à 28 943 personnes. Si les Crie possèdent leur propre réseau de santé et de services sociaux, en pratique, il arrive tout de même que nous ayons à offrir des services aux autochtones, surtout pour certaines

communautés du sud, situées à l'intérieur des terres : Mistissini, Oujé-Bougoumou et Waswanipi. Cette clientèle de l'intérieur des terres s'élevait à 4 977 personnes en 2001. Fait intéressant : ces trois communautés ont enregistré une augmentation de leur population de 13,5 % entre 1996 et 2001.

Le CRSSS de la Baie-James emploie dans ses cinq centres locaux de service et au siège social quelque 550 employés. En 2005-2006, sa masse salariale s'établissait à plus de 27 millions de dollars. Une table régionale intersyndicale, réunissant les représentants syndicaux régionaux et la direction du développement organisationnel et des ressources humaines, joue un rôle essentiel dans la coordination des accréditations syndicales actives dans l'organisation.

Contexte géopolitique

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

Les citoyens de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec partagent ce grand territoire avec les Cris, desservis par leur propre réseau de santé et de services sociaux, conformément à la *Convention de la Baie-James et du Nord québécois*. Toutefois, surtout à Chibougamau, les résidents des communautés crie ont recours aux services du CRSSS de la Baie-James. Plus au nord, les habitants du village de Radisson sont référés régulièrement à Chisasibi lors des visites de médecins spécialistes ou pour des examens radiologiques.

Juin 2001 a été marqué par le lancement de la *Politique de développement du Nord-du-Québec* « par laquelle le gouvernement manifeste à la population de cette région sa détermination à appuyer de manière exceptionnelle le développement de cet immense territoire québécois¹. »

Elle traduit la volonté du gouvernement du Québec de soutenir l'initiative et la vie dans le Nord-du-Québec en collaboration avec les peuples autochtones, en « [misant] sur une approche de développement durable, [valorisant] la responsabilisation des populations du territoire [...], [reconnaissant] et [intégrant] dans la gouverne de l'État québécois les spécificités du Nord-du-Québec et de son développement². » Il est de la responsabilité des communautés du Nord-du-Québec de faire valoir leurs besoins et la politique vise à appuyer et valoriser les initiatives des communautés pour offrir aux résidents la meilleure qualité de vie possible. Dans cet ordre d'idées, notre plan d'organisation vise à pourvoir le CRSSS de la Baie-James d'une assise de développement solide en matière de santé et de services sociaux afin de soutenir la population du territoire dans les domaines de la santé et des services sociaux.

¹ Politique de développement du Nord-du-Québec, p. V

² *Ibid.*

Enfin, toujours en juin 2001, l'Assemblée nationale adoptait le projet de loi n° 28 (Loi 24) sur la gouverne qui amenait des modifications à la façon de gérer le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, y compris pour le Nord-du-Québec. Tout d'abord, un amendement important pour la région a été apporté à l'article 530.45 qui stipulait jusqu'alors qu'« aucune régie régionale [n'était] instituée sur le territoire. » Dorénavant, cet article se lit comme suit : « [...] l'établissement public visé par la présente partie est réputé agir comme une agence lorsqu'il exerce les diverses attributions et responsabilités que lui confèrent les dispositions particulières édictées par la présente partie. » Le risque de glissement de l'important acquis régional qu'avait été la création de la Régie a été écarté.

Le CRSSS de la Baie-James est donc à la fois une agence et un établissement et se révèle une organisation unique au Québec par cette double appartenance et aussi par le nombre de missions qui lui ont été confiées. De plus, cette organisation est implantée dans une région jeune et dynamique, riche d'avenir et possédant les outils pour prendre en charge son développement.

1

|

Les programmes-services



Les programmes-services destinés à la population

LE PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE

Au cours de la dernière année, il y a eu nomination d'une coordonnatrice en santé publique afin d'accroître l'autonomie régionale sur place. La gestion administrative ainsi que la gestion des ressources humaines sont maintenant sous la responsabilité de la coordonnatrice. La direction demeure sous la responsabilité légale de la directrice de santé publique des Laurentides, par entente de service, et l'Agence de santé et de services sociaux des Laurentides apporte son soutien dans certains dossiers et ainsi que de l'encadrement offert par l'adjoint médical.

Également, la dernière année s'est caractérisée par une implication plus marquée des membres de l'équipe de santé publique sur la scène provinciale. Une agente de recherche s'est impliquée dans le comité de suivi du *Cadre d'orientation pour le développement et l'évolution de la fonction surveillance* dirigé par le MSSS. L'adjoint médical et la coordonnatrice en santé publique ont participé à une mission exploratoire des pratiques en développement social en France. La coordonnatrice a été nommée répondante de la TCNPP (table de concertation nationale en prévention et promotion) dans le dossier développement social et développement des communautés. De plus, elle a été mandatée par la TCNSP (table de concertation nationale en santé publique) pour être membre du forum des partenaires de la revue *Développement social*.

LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS : UNE APPROCHE GLOBALE ET INTÉGRÉE

a) Milieu en santé

École en santé, mieux vivre ensemble...

En adhérant à l'approche *École en santé, mieux vivre ensemble...* au cours de l'année scolaire 2005-2006, l'école primaire et secondaire anglophone MacLean Memorial School et l'école secondaire La Porte-du-Nord sont venues compléter le tableau régional déjà bien garni. Ainsi, les 13 établissements scolaires du territoire jamésien sont maintenant reconnus École en santé.

Cette approche, qui se veut globale et intégrée, permet d'intervenir en prévention et en promotion de la santé à partir de l'école, grâce à des activités ancrées dans les préoccupations des jeunes qui visent à la fois l'estime de soi, les compétences sociales, les saines habitudes de vie, les comportements sains et sécuritaires ainsi que les différents environnements d'influences que sont l'école, la famille et la communauté. Le partenariat entre le secteur de l'éducation et celui de la santé et des services sociaux favorise la concertation et permet une plus grande collaboration avec les parents et le milieu. Le comité École en santé mis en place dans chacune des écoles initie des activités qui placent le jeune au centre des intérêts et des priorités en

maximisant les conditions propices à sa santé, son bien-être ainsi que sa réussite éducative.

L'entente spécifique en développement social

Le Comité de développement social de la Baie-James a franchi une étape importante au niveau de sa reconnaissance régionale grâce à la conclusion d'une entente spécifique en développement social pour la période 2006-2009. Avec le concours de quatre autres partenaires (le CRSSS de la Baie-James, la Conférence régionale des élus de la Baie-James, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale ainsi que le ministère des Affaires municipales et des Régions), le Comité de développement social de la Baie-James disposera d'une somme globale de 465 000 \$ pour les trois années de l'entente. Cette somme servira entre autres à la création de la *Subvention relative à l'initiative sociale de la Jamésie* qui permettra de financer des projets locaux et régionaux en développement social.

L'entrée en vigueur de l'entente spécifique et la disponibilité de la subvention sont prévues pour l'été 2006. Une ressource a été affectée à la coordination de la gestion de l'entente et des activités qui seront subventionnées. La participation totale du CRSSS de la Baie-James à l'entente spécifique en développement social se chiffre à 285 000 \$.

Embauche d'une ressource en développement des communautés

Dans le cadre de sa participation à l'entente spécifique en développement social, le CRSSS de la Baie-James a pris l'engagement de réserver une somme annuelle de 75 000 \$ dédiée à l'embauche de la personne-ressource responsable de coordonner l'entrée en vigueur de l'entente. C'est en février 2006 que la Direction de santé publique a procédé au recrutement de cette personne à qui on a confié également l'ensemble des dossiers reliés au développement social (Comité de développement social de la Baie-James), au développement des communautés (Villes et villages en santé, École en santé et sécurité alimentaire) ainsi qu'aux traumatismes routiers.

b) Pratiques cliniques préventives

Bulletin À votre santé

C'est en juin 2005 que le bulletin *À votre santé* a été diffusé par la première fois. Ce bulletin s'adresse aux cliniciens et est publié quatre fois par année, soit en juin, septembre, décembre et mars et traite de différents sujets de santé publique qui interpellent directement les professionnels de la santé dans leur pratique quotidienne (maladies infectieuses, dépistage, pratiques cliniques préventives, etc.). Il est également un moyen de mettre en œuvre le *Plan d'action en santé publique du CRSSS de la Baie-James 2004-2007 : vers un développement durable, pour des communautés et des individus en santé*. Deux cents copies du bulletin sont distribuées à chaque tirage.

Les sujets traités au cours de la dernière année ont été les suivants :

- Juin 2005 > Mission, rôle et responsabilités de la Direction de santé publique et composition de l'équipe régionale
- Septembre 2005 > Les infections transmissibles sexuellement et par le sang
- Décembre 2005 > Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
- Mars 2006 > La globésité : Nouvelle épidémie mondiale

c) Campagnes sociétales

Campagne de sensibilisation sur la drogue du viol

En collaboration avec la Sûreté du Québec, une campagne de sensibilisation et de prévention sur la drogue du viol a été mise en œuvre dans la région. Les activités réalisées sont :

- utilisation de verres à alcool ayant une mise en garde lors d'activités estivales;
- affichettes électrostatiques distribuées dans les bars;
- soutien financier pour une sensibilisation en milieu scolaire effectuée par la Sûreté du Québec en collaboration avec le Centre de Femmes Les Elles du Nord de Chibougamau.

Un budget de 5 000 \$ a été alloué à ces différentes activités.

LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

La dernière année a été marquée par le déploiement des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance au Centre de santé Lebel. Rappelons qu'au Centre de santé de Chibougamau ainsi qu'au Centre de santé René-Ricard, les SIPPE sont offerts à la clientèle ciblée, les mères de moins de 20 ans ou sous-scolarisées et vivant de l'isolement, depuis 2003. En ce qui concerne le Centre de santé Isle-Dieu, le déploiement est prévu au cours de la prochaine année et pour le Centre de santé de Radisson les services seront offerts au besoin.

C'est dans le but de consolider les services dans la région que la formation continue s'est poursuivie avec le module 3 : *L'attachement au cœur du développement du nourrisson*. Les formatrices régionales (une infirmière du Centre de santé de Chibougamau et une psycho-éducatrice du Centre de santé René-Ricard) ont reçu la formation de formateur en avril 2006. C'est à l'automne 2006 qu'elles offriront la formation aux intervenants de la région.

Également, deux outils de travail ont vu le jour soit l'avis universel de grossesse, c'est-à-dire pour l'ensemble des femmes enceintes, qui a pour but de faciliter le démarchage de la clientèle. Le second est le consentement aux SIPPE qui vise à faciliter le transfert d'information entre différents intervenants.

Les objectifs visés dans l'entente de gestion et d'imputabilité dans ce dossier ont été atteints : Soutien aux jeunes parents (cible 83 % → résultat 100 %) et Soutien aux familles vivant en contexte d'extrême pauvreté (cible 43 % → résultat 45 %)³. Il faut toutefois rappeler que nos données sont toujours à considérer avec prudence étant donné qu'elles reposent sur de petits nombres. Voir à ce sujet l'annexe 1.

Centres désignés : implantation des centres désignés pour la région du Nord-du-Québec

Un centre désigné se définit comme étant un établissement du réseau de la santé et des services sociaux destiné aux victimes d'agressions sexuelles, qu'elles soient envers des enfants, adolescents, femmes ou hommes et dont l'état nécessite une évaluation de la santé (physique et psychologique), un examen médical ou médico-légal. Le centre désigné est accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Le centre a pour but d'uniformiser l'intervention, permettre le développement d'expertise, doter les intervenants et intervenantes d'une meilleure formation et de créer un réseau intersectoriel.

Les centres désignés pour la région du Nord-du-Québec sont les centres de santé de Radisson, de Matagami, de Lebel-sur-Quévillon et de Chibougamau. Ce dernier dessert également Chapais. C'est au début de l'année 2006 que les intervenants et intervenantes ont été formés. Ainsi, l'information aux médecins et les sommes nécessaires pour l'achat d'équipement ont été distribuées aux centres désignés de la région.

De plus, les rencontres intersectorielles avec le Centre jeunesse et les policiers ont eu lieu afin d'établir un protocole d'intervention, et ce, pour le secteur de Chapais et Chibougamau.

Entente de service avec le Centre de prévention du suicide du Saguenay – Lac-Saint-Jean

Après une consultation effectuée auprès d'intervenants du Centre de santé de Chibougamau et du Centre de santé René-Ricard, une entente de service a été conclue entre le CRSSS de la Baie-James et le Centre de prévention du suicide de la région 02. Cette entente est valide pour le secteur de Chapais et Chibougamau.

Le Centre de prévention du suicide viendra soutenir la Direction de santé publique dans la réalisation de son plan d'action régional et établira une collaboration afin d'offrir les services en prévention du suicide les plus complets possibles. Le budget total de l'entente est de 35 000 \$, ce qui représente un montant additionnel de 8 000 \$ par rapport aux années antérieures. L'entente est renouvelable annuellement.

LE DOMAINE DES HABITUDES DE VIE ET DES MALADIES CHRONIQUES

La Loi sur le tabac

Les modifications de la *Loi sur le tabac* sont entrées en vigueur le 31 mai 2006. Dès novembre 2005, une nouvelle ressource a été affectée à la réalisation d'interventions ciblées. Parmi ces activités, mentionnons un effort soutenu au niveau de la diffusion d'information et

3. Voir annexe 1.

l'offre d'expertise et de service de cessation. Pour répondre au milieu scolaire, un échange avec les directions d'école a eu lieu afin d'offrir un accompagnement pour faciliter la mise en œuvre des changements prévue en septembre 2006. Nous avons également répondu à la demande des directions locales du CRSSS de la Baie-James par des activités d'information et de soutien.

Nouvelles interventions en promotion de la saine alimentation

Avec le nouveau défi que représente l'épidémie d'obésité, la région du Nord-du-Québec a réagi par l'ajout d'une spécialiste en alimentation (contrat de un an à raison de deux jours par semaine). En plus de partager son expertise pour la préparation d'un plan d'action en habitudes de vie, la nutritionniste a déployé le programme « Chaque jour, moi j'croque 5 fruits et légumes » en milieu scolaire, soutenu la campagne « Fruits et légumes en vedette » auprès des restaurateurs et atteint d'excellents résultats et une mention d'honneur au gala provincial avec le « Défi 5-30 » d'Acti-menu. Plusieurs nouveaux projets en alimentation ont vu le jour dans le cadre du *Mois du cœur* et du *Mois de la nutrition*.

Activités dans le cadre du *Mois de la santé dentaire* : avril 2006

L'activité du *Mois de la santé dentaire* a eu lieu en avril 2006. Elle consistait en une campagne de sensibilisation sur l'importance de la première visite chez le dentiste, de même que l'utilisation mensuelle de la technique « Relève la lèvre » par les parents. En même temps que l'envoi postal des affiches et feuillets d'information, chaque dentiste, médecin et intervenant œuvrant auprès de la petite enfance de la région du Nord-du-Québec ont reçu un *Guide de soutien destiné à l'équipe dentaire*. Ainsi, tous ont été informés sur les interventions à privilégier afin de prévenir la carie de la petite enfance. L'objectif de cette activité était d'améliorer la santé buccodentaire des enfants d'âge préscolaire en :

- Sensibilisant les parents à l'importance de la première visite de leur enfant chez le dentiste, et ce, dès l'âge d'un an;
- Diminuant l'incidence de la carie de la petite enfance;
- Réduisant le nombre d'enfants ayant recours au traitement dentaire sous anesthésie générale en milieu hospitalier.

LA SURVEILLANCE, LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION

La réalisation des deux premières études présentées dans cette section a été rendue possible grâce au *Programme de subventions en santé publique* (PSSP), lequel supporte les projets de recherche favorisant la promotion de la santé et la prévention. Quant au bilan du *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN* (PQDCS), il s'inscrit dans la volonté de mener des études évaluatives afin d'expliquer les spécificités de certaines activités déployées.

Portrait de communauté

Le *Portrait de la communauté Radisson* constitue le sixième d'une série de sept. Tout comme les autres portraits réalisés jusqu'à maintenant, cette démarche s'inscrit à l'intérieur de l'approche *Villes et villages en santé*, laquelle considère que la santé des individus et des collectivités passe par le développement harmonieux de la communauté. À partir de groupes

de discussion, les citoyens ont relevé les forces de leur milieu ainsi que les enjeux et perspectives concourant à une meilleure qualité de vie.

Au Nord-du-Québec, nos ados nous parlent...

La reconduction de l'enquête sur la jeunesse nord-québécoise a permis de vérifier l'évolution dans le temps de certaines problématiques chez les jeunes à partir de leur vécu et de leurs perceptions.

Quelques changements positifs sont survenus chez les jeunes de la région du Nord-du-Québec entre 1995 et 2002, notamment en ce qui concerne la consommation de tabac et d'alcool. Ces améliorations sont associées aux diminutions observées par rapport au climat de violence dans deux milieux de vie importants : à l'école et au sein de la famille. Ces résultats sont plutôt encourageants puisque depuis 1995, la famille a connu plusieurs bouleversements. À l'instar du risque de consommation de drogue, le risque de décrochage scolaire s'est accru. Malgré que le climat scolaire semble s'être amélioré, il demeure qu'un élève sur cinq présente des signes de désintégration scolaire. Finalement, il ressort que certains comportements à risque sont amplifiés lorsque l'estime de soi est meilleure. Ces résultats, quoique plutôt surprenants, font appel à une gestion des risques qu'il serait intéressant de mieux documenter. Enfin, plusieurs prédictors qui semblent agir comme facteurs de protection n'ont que peu ou pas changé entre les enquêtes de 1995 et de 2002. Ils constituent des cibles potentielles d'intervention au sens où, s'ils s'amélioraient, ils pourraient réduire les risques de certaines situations défavorables.

Les pistes d'intervention dégagées par l'enquête permettront au secteur de la santé et des services sociaux mais aussi aux autres secteurs, dont celui de l'éducation, de s'appuyer sur un référent commun dans le cadre de leurs activités de planification et ainsi, augmenter l'efficacité des actions posées.

Bilan du Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN dans la région du Nord-du-Québec : Janvier 2002 à décembre 2003

Cette deuxième publication du *Bilan du Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN dans la région du Nord-du-Québec* vise à mieux connaître l'évolution du programme afin d'assurer la qualité des activités de dépistage. Le rapport fournit un bilan général de la situation du dépistage systématique dans la région afin d'en tirer des constats.

Parmi les faits saillants, l'excellente participation des femmes de la région au programme mérite d'être mentionnée. En effet, le taux de participation régional (75,1 %) a considérablement augmenté depuis l'implantation du PQDCS en 1999, allant même jusqu'à dépasser l'objectif du programme établi par le MSSS (70 %). Il va sans dire que pour les années 2002 et 2003, la région affiche le plus haut taux au Québec. L'accessibilité accrue des services, due à la visite de l'unité mobile CLARA, l'excellent travail réalisé par le personnel des centres de santé de même que la sensibilisation et l'ouverture des médecins expliquent en grande partie le succès du programme.

Tomodensitomètre axial

L'installation physique du tomodensitomètre axial au Centre de santé de Chibougamau a été complétée en cours d'année. Au coût de 2,4 millions de dollars, le projet a notamment permis un agrandissement de tout le service d'imagerie médicale (radiologie, mammographie et échographie). L'appareil de tomodensitométrie axiale a nécessité un investissement de 838 000 \$ dont 400 000 \$ en provenance de la Fondation de l'Hôpital Chibougamau.

Une entente de principe a été négociée avec l'équipe de radiologistes de l'Hôpital Laval de Québec pour sa couverture après le retrait du dossier de l'équipe de l'Hôpital Sainte-Justine par manque d'effectif. D^r Santiago Miro, délégué par son groupe, nous supporte admirablement et a assuré le démarrage les 19, 20 et 21 avril 2006 avec les équipes du Centre de santé de Chibougamau.

Après de multiples efforts, les premiers examens réalisés en avril 2006 sont une grande amélioration pour la clientèle qui n'a plus à se rendre à Roberval pour passer cet examen. De plus, le réaménagement du service et le nouvel appareil viennent soutenir les professionnels de la santé dans leur pratique quotidienne et favorisent le recrutement et la rétention du personnel et des médecins.

Enfin, une solution devra être trouvée pour la lecture en urgence des scannographies numérisées. Toutefois, les solutions technologiques et la complexité du processus de réalisation d'ententes entre deux établissements en retardent l'aboutissement.

Gestion des produits sanguins

En mars 2006, l'adaptation et l'élaboration du cahier des pratiques transfusionnelles et l'adoption d'une *Politique sur la gestion des inventaires de produits sanguins labiles et stables* pour le Centre de santé de Chibougamau et le Centre de santé René-Ricard étaient terminées. Ce travail a été basé sur les données de notre centre désigné en médecine transfusionnelle, soit le Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi. Nous présentons ce document afin de répondre aux exigences du ministère de la Santé et des Services sociaux et de nous assurer d'avoir une gestion efficace et optimale des inventaires et des produits sanguins des banques de sang. Cet écrit servira à encadrer la pratique transfusionnelle des médecins, des technologistes médicaux, des infirmières et infirmiers et des inhalothérapeutes.

Un travail semblable a été mené pour l'ouest de notre région en lien avec l'autre centre désigné en médecine transfusionnelle, le Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or, et couvrant le Centre de santé Isle-Dieu et le Centre de santé Lebel.

Pharmacie

L'équipe de la pharmacie régionale a procédé au cours de l'année à l'application de mesures correctives appropriées visant à appliquer les recommandations de l'Ordre de pharmaciens du Québec :

- Acquisition de guides d'accompagnement;
- En octobre 2005, installation d'une 2^e hotte (10 000 \$) afin de réserver la hotte de type B2 à la préparation exclusive des antinéoplasiques;
- En février 2006, acquisition de chaises de travail conformes;
- Vérification et validation des modes de fonctionnement au niveau de la constitution des protocoles de fabrication en oncologie.

Le comité d'inspection professionnelle a envoyé un écrit stipulant sa satisfaction ainsi que la fermeture de ce dossier. Une prochaine visite de l'Ordre des pharmaciens du Québec veillera à évaluer la suite des recommandations qui s'avèrent hors du contrôle direct de la pharmacie (réorganisation des locaux de préparations stériles nécessitant un agrandissement, rehaussement au niveau de l'entretien des locaux, changement des fenêtres afin d'augmenter l'étanchéité, etc.).

Télésanté

Le mandat du développement de la télésanté au Québec a été confié aux RUIS et le déploiement doit se faire selon les territoires des RUIS et leurs corridors de services afin de faciliter l'intégration et la distribution des services de santé, surtout en région éloignée. Au cours de l'année 2005-2006, nous avons donc participé aux rencontres du comité directeur télésanté du RUIS McGill, des comités directeur RUIS McGill et RUIS Laval, des Tables des coordonnateurs ainsi qu'aux sous-comités de téléobstétrique, de téléoncologie, de télépsychiatrie et de télécardiologie. Plusieurs travaux ont été effectués afin de permettre d'identifier les besoins de notre région en matière de télésanté, en complémentarité avec les services existants et les priorités identifiées par le ministère.

La télédermatologie est offerte à la clientèle de chacun des centres de santé depuis quelques mois et semble très appréciée des patients. Les dermatologues consultants répondent à nos demandes de consultation rapidement et ajoutent des commentaires élaborés dans un but d'éducation continue.

La téléreadaptation est disponible seulement à Chibougamau pour l'instant. Les équipements nécessaires à un tel programme ont été fournis par le MSSS. Considérant l'absence de centre de readaptation en déficience physique dans la région, le CRSSS de la Baie-James s'est intégré au projet provincial en justifiant la nécessité de tels services sur le territoire. Nous espérons pouvoir étendre ces services rapidement à Lebel-sur-Quévillon et à Matagami. Les professionnels, ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, ont accès à des équipements spécialisés de visioconférence, leur permettant d'obtenir la collaboration de professionnels d'autres centres ou d'autres régions afin d'effectuer des évaluations, consultations ainsi que des traitements plus spécialisés sans le déplacement des clients sur de longues distances. La salle leur permet également d'assister à des formations.

Laboratoires

Un comité régional sur les laboratoires a été mis sur pied pour assurer la qualité des processus et services dans nos trois laboratoires et uniformiser nos façons de faire. Les services de biologie médicale sont en pleine évolution depuis quelques années et cette lancée se poursuivra avec *L'organisation territoriale des services de biologie médicale*. Dans ce document le MSSS a mis de l'avant les concepts d'approches populationnelle et géographique ainsi que de hiérarchisation des services. Au cours des prochains mois, le CRSSS de la Baie-James doit procéder à un état de situation de ses installations, rédiger un plan d'action régional pour les services de biologie médicale et poursuivre l'informatisation.

Accès aux services spécialisés

Un *Protocole d'entente cadre relatif à une couverture pour des services de santé spécialisés et surspécialisés* entre notre établissement et l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, a été signé le 16 février 2006. Des pourparlers sont en cours avec l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue pour reproduire le même type d'entente cadre.

Accréditation du centre de dépistage désigné de Chibougamau dans le cadre du PQDCS

En août 2005, l'équipe de radiologie du Centre de santé de Chibougamau a réussi pour une troisième fois consécutive à franchir avec succès toutes les étapes nécessaires au maintien de la certification du Centre de dépistage désigné (CDD) qui doit être renouvelée à tous les trois ans. La première accréditation du centre remontait à mai 1998.

Prévention des infections

Une série d'activités ont été déployées au cours de l'année avec comme objectif d'assurer la prévention des infections dans les centres de santé. D'ailleurs, un plan d'action a été élaboré à cet effet.

Ainsi, le programme de surveillance des infections à *C. difficile* se poursuit. Le Ministère a mandaté l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour développer un programme de surveillance des maladies infectieuses dont le SARM et le SARV. Ce programme est sous la responsabilité de l'infirmière clinicienne en prévention des infections.

Le *Programme de gestion du soin des plaies* a été mis en marche. Dans chaque centre de santé, des infirmières-pivots ont reçu la formation et assurent la bonne marche du programme.

À la suite d'une demande du Ministère, nous avons procédé à l'implantation du système intégré de récupération des seringues et des aiguilles usagées dans chaque centre de santé.

Le programme de formation *Pratiques de base et précautions additionnelles* est élaboré. La diffusion et la formation se feront au cours de 2006-2007.

Enfin, dans chaque centre de santé, on a procédé à l'installation des distributeurs de gel alcoolisé à l'intention de la clientèle, des visiteurs et du personnel.

Procédures de soins et ordonnances collectives

En décembre 2005 et en janvier 2006, il y a eu la mise à jour d'une procédure de soins *ante* et *post partum* ainsi qu'une procédure de soins pour une meilleure réponse en cas d'accouchement d'urgence au Centre de santé Lebel. Ces procédures ont été transmises également au Centre de santé Isle-Dieu et au Centre de santé de Radisson afin de suivre les nouvelles tendances en regard de la pratique infirmière dans ces secteurs, en cas de besoin.

En février 2006, l'infirmière clinicienne, en collaboration avec les pharmaciennes et les médecins, a implanté le cahier des ordonnances collectives qui remplacera éventuellement le cahier des actes médicaux délégués présentement utilisé. Le cahier des ordonnances a été produit principalement pour répondre aux exigences de la *Loi médicale* et aux changements apportés à la *Loi sur les infirmières et infirmiers* et à la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (projet de loi 90) adoptées le 14 juin 2002. Il a été élaboré dans le but de maximiser l'accessibilité des soins pour l'utilisateur en favorisant la collaboration entre médecins et infirmières. C'est un outil pour les infirmières dans les cinq centres de santé du CRSSS de la Baie-James afin d'uniformiser, de standardiser et d'harmoniser la pratique infirmière dans la région. Éventuellement, le même travail sera effectué pour les technologistes médicaux, les technologues en radiologie et les inhalothérapeutes.

Cette année, 19 ordonnances collectives ont été développées. Nous nous sommes concentrés sur les secteurs spécifiques suivants : hémodialyse (9), la planification des naissances (4), le bloc opératoire versus gynécologie et urologie (4) et deux ordonnances collectives touchant tous les secteurs d'activités.

Info-santé et Info-social

Les discussions entre la direction des services professionnels et des affaires médicales et les responsables de la Centrale Info-santé CLSC du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est d'Alma ont mené à l'implantation de ces services en avril 2006 pour tous les citoyens du Nord-du-Québec. Le démarrage du service a été précédé par un vaste exercice de préparation des intervenants de la Centrale : connaissance des services disponibles dans le Nord-du-Québec, profil socio-démographique, distances, etc. Plusieurs des directions ont contribué à cette préparation.

Le coût de l'entente s'élève à 124 400 \$ et permet d'offrir une réponse téléphonique de première ligne, standardisée et facilement accessible 24 heures par jour, 7 jours semaine.

Chimiothérapie au Centre de santé René-Ricard

Grâce à un travail multidisciplinaire, une politique sur la dispensation des différentes chimiothérapies intraveineuses sur place au Centre de santé René-Ricard a été développée. Certaines chimiothérapies plus bénignes, c'est-à-dire avec un plus faible risque de complications lors de l'administration des produits étaient déjà offertes. Il s'agit d'une amélioration importante du service à la clientèle qui n'aura plus à se déplacer à l'extérieur de Chapais pour recevoir un traitement si important et souvent anxiogène.

Amélioration de l'offre de services à Chapais

Les services médicaux déjà offerts au Centre de santé René-Ricard ont été bonifiés cette année. Ainsi, deux médecins effectuent des suivis obstétricaux, et les horaires de bureaux sur rendez-vous ont été modifiés pour y inclure les fins de semaine. Une clinique sans rendez-vous est ouverte en après-midi et en soirée.

De surcroît, un *Protocole d'entente relatif à une couverture des services de santé entre les centres de santé de Chapais et Chibougamau* a été signé le 30 juin 2005. Ce protocole facilitera l'accessibilité, la continuité, la qualité et l'équité au niveau des services offerts à la clientèle de Chapais et de Chibougamau.

Radiologie à Chibougamau

La numérisation du service de radiologie et le déploiement du système d'archivage d'images PACS (*Picture archiving and communication system*) ont été réalisés il y a quelques années et les efforts se poursuivent en vue d'obtenir des lectures en urgence des radiographies douteuses. Pour le moment, les radiographies doivent toujours être acheminées à Roberval par autobus dans les cas problématiques jugés plus urgents.

Soutien à domicile

Un montant de 14 250 \$ a été octroyé afin d'engager une chargée de projet au printemps dernier pour débiter l'élaboration du Cadre de référence régional en soutien à domicile basé sur la politique du MSSS sur le soutien à domicile, *Chez-soi : le premier choix*. Ce cadre de référence favorisera l'harmonisation de l'offre de soutien à domicile aux clientèles vulnérables en respectant les principes d'accessibilité, de continuité et de hiérarchisation des services. De plus, le cadre de référence permettra une meilleure intégration des services de soutien à domicile. Un comité de travail régional poursuit le travail d'élaboration et devrait compléter ses travaux à l'automne 2006. Sa mise en œuvre débutera vers la fin de 2006.

Aide à domicile

Un protocole d'entente, intervenu entre le CRSSS de la Baie-James et une entreprise d'économie sociale, a été révisé et signé au printemps 2006 de façon à garantir à la population une offre de service de qualité aux personnes référées par notre organisation. Nous avons intégré au protocole plusieurs points comme l'élaboration d'un code d'éthique, une assurance de formation adéquate pour le personnel de l'entreprise d'économie sociale et des mécanismes de traitement des insatisfactions et des plaintes. Ce protocole nous permet d'assurer disponibilité, accessibilité, complémentarité et continuité des services offerts.

Crise forestière à Lebel-sur-Quévillon

En novembre 2005, la compagnie forestière et papetière Domtar annonçait qu'elle cessait temporairement ses activités à Lebel-sur-Quévillon. En réponse à cette situation particulièrement difficile dans une petite ville monoindustrielle, la direction, l'équipe des intervenants sociaux, le médecin du comité des mesures d'urgence locales du Centre de santé Lebel ainsi que le responsable régional des mesures d'urgence ont réalisé un état de situation de la santé psychologique de la population en regard des effets de la crise forestière (fermeture d'usine, mises à pied indirectes, etc.). Par la suite, un plan d'action a

été élaboré et mis en œuvre. Il contenait entre autres certaines mesures spéciales comme une garde psychosociale, un comité de vigilance. Des actions ont été également posées en vue de soutenir l'équipe d'intervention psychosociale dans ses interventions dans la communauté. L'équipe psychosociale du Centre de santé de Chibougamau était mobilisée au cas où des ressources supplémentaires aient été nécessaires.

Service d'orthophonie à Chibougamau

Depuis plusieurs années, le service d'orthophonie était assuré de façon temporaire par une orthophoniste itinérante et des psychoéducatrices qui réalisaient les plans d'intervention. En cours d'année, le poste d'orthophoniste a été comblé par une ressource à temps complet et celle-ci a procédé à la consolidation du service. De plus, une entente de service a été conclue avec le Centre de santé Lebel pour leur offrir des services.

Entente MSSS-MELS

Dans la mise en œuvre de l'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, le CRSSS de la Baie-James a mis sur pied un comité régional en mars 2005. Dans son plan d'action, le comité régional s'est donné comme mandat de :

- › Mettre en place l'entente de complémentarité MSSS-MELS dans la région du Nord-du-Québec.
- › Soutenir l'action intersectorielle en créant des liens fonctionnels avec les partenaires qui s'intéressent au développement des jeunes.
- › Analyser les besoins de formation conjointe et organiser des formations concernant l'entente MSSS-MELS telle que formulée dans la région.
- › Développer un mécanisme de médiation en cas de litiges ou de problématiques particulières.
- › Effectuer un suivi des recommandations émanant de la consultation régionale effectuée en mars 2002.
- › Effectuer une étude définissant la nature des services requis par la clientèle adulte de même que la faisabilité pour le réseau de la santé d'offrir ces services.

En octobre 2005, le comité régional, assisté de membres des instances nationales des deux ministères tenait à Lebel-sur-Quévillon une journée importante d'appropriation de l'entente pour tous les partenaires des localités de la région. Cette rencontre a donné le coup d'envoi au développement des structures locales qui travailleront à l'application de l'entente. Les travaux du comité régional comme des structures locales se poursuivront en 2006-2007.

Les programmes-services répondant à des problématiques particulières

PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

Plan d'action régional

Adopté par le conseil d'administration le 13 décembre 2005, le plan d'action régional (PAR) *Vision stratégique et plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux aînés en perte d'autonomie, Région du Nord-du-Québec (10)* a été rendu possible grâce à la participation des membres du comité de travail représentant les centres de santé et la contribution de la direction générale et de la direction de santé publique.

En vue de l'élaboration de ce plan d'action, un sondage avait été effectué auprès des proches aidants afin de connaître leurs besoins. Une rencontre de consultation et d'échange regroupant des organismes communautaires et diverses associations a aussi permis de recueillir les commentaires et suggestions quant aux priorités et besoins de la clientèle âgée de notre territoire.

Le vieillissement accéléré de la population est un phénomène qui aura des impacts tout aussi importants à l'échelle de la région du Nord-du-Québec qu'à l'ensemble du Québec. D'ici 20 ans, la proportion de personnes âgées de notre région passera de 6,9 % à 19,7 % (selon les projections démographiques 2001-2025). C'est pourquoi, nous devons agir précocement en mettant en place les mesures qui nous permettront de faire face au vieillissement de la population de notre territoire.

L'ensemble des actions prévues dans le plan d'action intègrent le volet de la promotion et de la prévention dans chacune des priorités et sont en lien avec le Projet clinique du CRSSS de la Baie-James.

Concrètement, les priorités retenues qui permettront la consolidation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie dans la région se résument ainsi :

- Mettre en place des services de prévention de la perte d'autonomie tels que présentés dans le Plan d'action en santé publique du CRSSSBJ 2004-2007;
- Offrir des milieux de vie de qualité, adaptés aux besoins des différentes clientèles selon leur profil d'autonomie;
- Diversifier l'offre de service au niveau de l'hébergement substitut;
- Consolider et harmoniser le panier de services de base selon la politique de soutien à domicile;
- Implanter un réseau intégré de services pour les aînés en perte d'autonomie dans chacun des territoires de la région;

- S'assurer que toutes les actions s'appuient sur l'adaptation des pratiques professionnelles, à l'évolution des interventions et à l'amélioration continue de la qualité des milieux d'hébergement public et privé.

Milieu de vie

En lien avec les recommandations de l'équipe ministérielle d'appréciation de la qualité des services en hébergement et soins de longue durée, le suivi de l'implantation approche milieu de vie au Centre de santé de Chibougamau se poursuit activement. Une chargée de projet a été embauchée pour sa mise en œuvre et une ressource supplémentaire est en poste pour l'animation du milieu de vie et l'organisation d'activités pour les résidents.

Un comité de travail du Centre de santé Lebel a élaboré un plan d'action pour l'implantation de l'approche milieu de vie en CHLSD. Le début de la mise en œuvre est prévu en mai 2006. Il y aura donc ajout d'heures d'animation, réorganisation du travail, permettant ainsi l'amélioration de la qualité de vie des résidents et faisant en sorte que la clientèle hébergée en soins de longue durée retrouve un environnement et des conditions de vie qui correspondent le plus possible à leurs habitudes de vie. L'objectif est également de créer un environnement favorable au maintien de leurs capacités résiduelles.

Mécanismes d'accès à l'hébergement

Le CRSSS de la Baie-James a travaillé activement à la mise à jour des mécanismes d'accès aux ressources d'hébergement sur le territoire de la région. Ce document définit le processus donnant accès aux services d'hébergement en ressources institutionnelles, en ressources intermédiaires ou en ressources de type familial pour les adultes et les personnes âgées en perte d'autonomie. Cette révision était rendue nécessaire pour adapter les mécanismes à la mise en place du réseau intégré de services ce qui nécessitait le rapprochement du lieu décisionnel au niveau local, dans un souci d'efficacité et d'efficience dans l'utilisation des ressources d'hébergement disponibles.

La décentralisation et l'adaptation des mécanismes d'accès actuels permettront l'amélioration de la qualité du processus décisionnel quant à l'évaluation, l'orientation, la complémentarité et la continuité des services. Mis à jour en cours d'année, ce document a été accepté au conseil d'administration en juin 2006.

Ressources intermédiaires et de type familial

À partir des budgets de développement 2005-2006, le CRSSS de la Baie-James a investi dans l'augmentation de sa capacité d'hébergement non institutionnel par l'ajout de places en ressources intermédiaires ou de type familial. Ainsi, un organisme communautaire à Chibougamau, spécialisé en santé mentale a été reconnu ressource intermédiaire et a développé quatre places pour une clientèle spécifique.

Nous avons développé une ressource intermédiaire à Chapais pour la clientèle en perte d'autonomie. Cette ressource compte deux places d'hébergement temporaire et deux places régulières. Une formation de mise à niveau a été amorcée pour les responsables des ressources de même qu'aux intervenants en 2005-2006.

Le budget total pour toutes les places en ressources intermédiaires est de 125 000 \$. Six autres places en ressources intermédiaires pour personnes en perte d'autonomie sont en voie d'être développées pour le secteur de Lebel-sur-Quévillon et seront disponibles dès l'été 2006.

DÉFICIENCE PHYSIQUE, INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Le CRSSS de la Baie-James a maintenu ses engagements auprès des personnes handicapées et leur famille par le biais de diverses interventions. En plus des services de base, plusieurs interventions ont permis à des enfants et des familles de bénéficier d'allocations financières ponctuelles pour supporter des mesures d'hébergement exceptionnelles et urgentes et favoriser l'insertion sociale de jeunes à des activités estivales dans leur communauté.

Dans le même ordre d'idée, le CRSSS de la Baie-James, en collaboration avec le ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, a soutenu financièrement l'intégration d'un enfant handicapé aux services de garde de son milieu.

Le CRSSS de la Baie-James a de plus appuyé financièrement un certain nombre d'organismes communautaires pour supporter l'intégration des personnes handicapées dans les activités de loisir de leur municipalité, et dans un cas, pour supporter la mise en œuvre d'un centre de jour où l'on offre plusieurs activités d'intégration et de sensibilisation.

En l'absence d'un guide formel de pratique en matière de services aux enfants souffrant de troubles envahissants du développement ou à leur famille, le CRSSSBJ supporte financièrement les services offerts sur le territoire sur une base se rapprochant des orientations ministérielles qui semblent se dessiner autour du document intitulé : *Un geste porteur d'avenir, des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches*. Plus de 125 000 \$ ont été investis pour ces services.

À l'automne 2005, le CRSSS de la Baie-James a travaillé activement à la rédaction d'un cadre de référence pour le programme personnes handicapées. Ce cadre de référence fait l'objet d'une consultation régionale qui se poursuivra en 2006-2007.

Afin d'assurer une offre de service adéquate par le centre de jour au Centre de santé René-Ricard, une allocation non récurrente au montant de 23 000 \$ a été accordée cette année pour financer les services offerts en termes de réadaptation active par le centre.

Encore cette année, dans le cadre de la mise en application de la *Politique provinciale de soutien à domicile*, le CRSSS de la Baie-James a procédé à l'acquisition d'équipements additionnels d'oxygénothérapie et d'appareils d'aide à la vie quotidienne et domestique pour favoriser le maintien à domicile de la clientèle. Ceci a permis de combler différents besoins dans chacun des centres de santé. De plus, une collaboration des centres de santé pour la

reddition de comptes effectuée auprès du ministère concernant tous les programmes d'aides techniques a permis d'effectuer un suivi des ressources distribuées dans la région et d'envisager un apport financier ponctuel plus réaliste pour le prochain exercice financier. Le travail d'un ergothérapeute au Centre de santé de Chibougamau à la fin de l'année financière 2005-2006 a aussi permis un rattrapage au niveau des aides techniques auprès de la clientèle handicapée qui se poursuivra tout au cours de la prochaine année.

Au niveau régional, l'application des programmes pour personnes handicapées s'est soldée par le versement des sommes suivantes :

- Soutien à domicile : 41 737 \$;
- Transport et hébergement (niveau de remboursement fixé à 80 %) : 43 427 \$;
- Maintien à domicile : 200 997 \$.

Toutes ces interventions font en sorte que la clientèle en déficience physique, en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement bénéficie d'une offre de service adéquate, nous assurant ainsi l'atteinte de nos cibles d'intervention.

Organisation des services à Lebel-sur-Quévillon

En vue d'offrir des services personnalisés et de qualité à la clientèle souffrant de troubles envahissants du développement et en fonction du cadre de référence du Ministère, un cadre de gestion interne a été développé et des ententes seront éventuellement conclues avec les Centres de réadaptation en déficience intellectuelle de l'Abitibi-Témiscamingue de manière à soutenir et à optimiser nos stratégies d'intervention.

JEUNES EN DIFFICULTÉ

Programme national de formation (volet gestionnaire)

Le PNF est un programme de formation continue en cours d'emploi, axé sur le développement des compétences. Centré sur les besoins des familles, des enfants et des jeunes desservis par les centres jeunesse et les CLSC, le PNF se fait également promoteur du développement des organisations et de l'amélioration continue des pratiques cliniques et de gestion. Le PNF, conçu dans le but d'apporter des changements au sein du système organisationnel, redéfinit à partir de la recherche, les principes et les indicateurs des « meilleures pratiques » et développe les compétences nécessaires à leur réalisation. La standardisation des pratiques des intervenants œuvrant en famille, enfance, jeunesse permet enfin aux gestionnaires de mieux les supporter.

Le déploiement du PNF fait suite à la demande du MSSS, en 2004, d'adhérer et d'investir de façon récurrente au programme de formation continue du PNF.

En 2005-2006, un montant de 32 482 \$ a été investi dans la formation d'une dizaine de gestionnaires de la région qui ont reçu quatre blocs de formation de trois jours chacun entre septembre 2005 et mars 2006 :

- Module 501 *La gestion stratégique dans un réseau intégré de services à la famille, à l'enfance et à la jeunesse : Leadership, gestion et amélioration de la performance*
- Module 502 *La gestion stratégique dans un réseau intégré de services à la famille, à l'enfance et à la jeunesse : Gérer les différences individuelles au travail*
- Module 503 *Transfert d'apprentissage : Rôle du gestionnaire dans le développement de la compétence du personnel*
- Condensé clinique aux gestionnaires : *Compétences génériques pour superviser l'intervention auprès des familles en difficulté.*

En 2006-2007, 40 intervenants des programmes famille, enfance et jeunesse : infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, des techniciens en assistance sociale ou en éducation spécialisée, des psychoéducateurs, recevront la formation générique du PNF.

DÉPENDANCES

Ajout de ressources

Certaines lacunes mentionnées au rapport annuel de gestion 2004-2005, concernant l'offre de service en toxicomanie, ont été comblées cette année. En effet, deux nouvelles ressources ont été développées afin de répondre aux besoins de la clientèle. Dans un premier temps, nous avons consolidé les services de première ligne au Centre de santé de Chibougamau par l'ajout d'un nouveau poste. De plus, nous avons développé, en fin d'année, un poste de réadaptation en toxicomanie jeunesse pour le secteur est de la région couvrant les municipalités de Chapais et de Chibougamau.

SANTÉ MENTALE

Élaboration d'un plan d'action régional

Dans la foulée du projet clinique, un comité *ad hoc*, formé d'intervenants psychosociaux, d'un médecin, du responsable du dossier santé mentale et des professionnels concernés, a amorcé une démarche visant l'élaboration d'un *Plan d'action en santé mentale* en partenariat avec le Centre de santé de Chibougamau. La même démarche sera effectuée auprès des autres centres de santé afin d'en arriver à un plan d'action régional en santé mentale. Ces activités permettront d'actualiser et de rendre disponibles à la population de la région du Nord-du-Québec des services adaptés à notre région et préconisés dans le *Plan d'action 2005-2010 : La force des liens* émanant du MSSS.

Création de postes en habitudes de vie, maladies chroniques et lutte au cancer

À l'automne 2005, un travail de mise en commun des différents besoins organisationnels pour répondre à certaines priorités dans les centres de santé s'est conclu par des ententes de service internes avec les cinq centres de santé. L'offre de postes à temps complet favorise grandement la dotation.

Les ententes viennent formaliser les engagements respectifs de chacune des directions concernées et des centres de santé relativement à la mise en œuvre du plan d'action en santé publique et à la mise en place des services à la population concernant le *Programme de lutte contre le cancer* et les maladies chroniques.

Plus spécifiquement, les ententes visent à développer ou à consolider les services suivants, sous la responsabilité respectivement de la direction de santé publique (DSP) et de la direction des services professionnels et des affaires médicales (DSPAM) :

En santé publique :

- Services intégrés en périnatalité et à la petite enfance
- Centre d'abandon du tabagisme (CAT)
- Promotion d'une saine alimentation
- Promotion de l'activité physique
- Programme de prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile
- Services intégrés en ITSS (infections transmissibles sexuellement et par le sang)

En lutte au cancer et en maladies chroniques :

- Infirmière-pivot et équipe interdisciplinaire pour les personnes atteintes d'un cancer ou d'une maladie chronique évolutive et leurs proches en tenant compte de tous les volets d'intervention soit la promotion, la prévention, le dépistage, l'investigation, le traitement, la réadaptation, le soutien et les soins de fin de vie.
- Rehausser l'offre de service de première ligne pour les personnes souffrant d'une maladie chronique évolutive (diabète, maladies pulmonaires obstructives, maladies cardiovasculaires, asthme) dans le but de réduire voire éviter l'hospitalisation de cette clientèle.

Par le biais de ces ententes, ce sont 8,5 postes (ETC) qui ont été alloués aux centres locaux de santé de la région répartis de la façon suivante :

- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| ‣ Chapais : | 1 ETC (0,6 DSP et 0,4 DSPAM) |
| ‣ Chibougamau : | 4 ETC (2 DSP et 2 DSPAM) |
| ‣ Lebel-sur-Quévillon : | 2 ETC (1,3 DSP et 0,7 DSPAM) |
| ‣ Matagami : | 1 ETC (0,6 DSP et 0,4 DSPAM) |
| ‣ Radisson : | 0,5 ETC (0,25 DSP et 0,25 DSPAM) |

2

1

Les programmes-soutien



Administration et soutien aux services

RESSOURCES HUMAINES

Repositionnement interne de la direction du développement organisationnel et des ressources humaines

Le repositionnement de la Direction du développement organisationnel et des ressources humaines devenait nécessaire entre autres pour s'adapter à l'entrée de l'organisation dans les transformations issues de la *Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic* (projet de loi n° 30, sanctionné en décembre 2003). Également, ces démarches visaient à assurer une équité régionale et une vision commune dans les dossiers de ressources humaines.

Ces changements ont permis d'améliorer le service régional en matière de gestion des ressources humaines, en lien avec le plan d'organisation de l'établissement, par une concentration de l'expertise à la direction et une redéfinition des services soutien aux clientèles internes.

En mai 2005, le diagnostic sur la situation de la direction était déposé et dès septembre 2005, la création des services de gestion de la présence au travail et des relations de travail et avantages sociaux débutait. L'équipe de gestion des ressources humaines du Centre de santé de Chibougamau (personnel de la liste de rappel et conseiller en gestion de ressources humaines) et la ressource du Centre de santé Lebel ont par la suite été intégrées à l'équipe régionale en février 2006. C'est également à ce moment que les nouvelles façons de faire en matière de relations de travail ont été implantées, en lien avec la fusion des accréditations syndicales. Un niveau de fonctionnement optimal devrait être atteint à l'automne 2006.

Mise en place d'un programme de bourses d'études en santé et services sociaux

En vue d'assurer une relève dans les secteurs en pénurie de main-d'œuvre et de contrer l'exode des jeunes détenant une qualification professionnelle en les motivant à revenir dans la région, un programme de bourses a été développé et déployé au cours de l'année. L'octroi des bourses est assorti à certaines modalités de retour et de maintien en emploi, par exemple, pour une bourse de 5 000 \$, le boursier s'engage, après l'obtention de son diplôme, à offrir un an de service au CRSSS de la Baie-James.

De la mi-avril à la fin de mai 2006, une campagne d'information a été menée dans les médias et auprès des partenaires (Centre local d'emploi, Commission scolaire, Centre d'études collégiales et Carrefour Jeunesse emploi) pour susciter les candidatures d'étudiants qu'ils soient aux études dans le Nord-du-Québec ou à l'extérieur. En tout, 33 demandes de bourses ont été reçues. La sélection, qui a eu lieu en juillet 2006, a permis d'octroyer 7 bourses totalisant 18 000 \$ à des étudiants en orthophonie, ergothérapie, soins infirmiers et

techniques de laboratoire médical. De plus, 18 bourses de 1 000 \$ seront remises aux étudiantes de la cohorte en soins infirmiers de Chibougamau. La pérennité du financement du programme sera évaluée et assurée à chaque année par le conseil d'administration.

L'amélioration de la stratégie de promotion et des outils promotionnels

Le renouvellement de la stratégie de recrutement et des outils promotionnels a été entamé au cours de l'année. La concurrence entre les établissements en matière de recrutement est féroce et il est essentiel de se doter de moyens modernes et percutants pour se démarquer et continuer de projeter une image organisationnelle externe de qualité favorisant l'attraction et le recrutement des ressources humaines.

Dans un premier temps, la bannière promotionnelle a été renouvelée. Cette nouvelle bannière s'avère un excellent outil de promotion puisqu'elle met en valeur notre organisation en tant qu'établissement composé de plusieurs centres de santé en un seul coup d'œil. Elle suscite davantage l'intérêt des candidats extérieurs puisqu'ils réalisent que le territoire desservi est plus près des grands centres qu'ils ne le croyaient initialement.

La révision de la brochure promotionnelle a été initiée en juillet 2005 et devrait être finalisée au début de septembre 2006. Comme l'ancienne version, la brochure permettra d'assurer la visibilité du CRSSS de la Baie-James lors des salons et des activités de recrutement. Elle contiendra des informations sur les services offerts, de la qualité de vie professionnelle, sociale et familiale ainsi que les avantages qu'offre la pratique dans le Nord-du-Québec.

Activités de recrutement

En 2005-2006, nous avons participé à plus d'une quinzaine d'activités de promotion et de recrutement à Montréal, Québec, au Saguenay-Lac-Saint-Jean, à Val-d'Or, de même que dans notre région. Ces activités s'adressaient tant aux finissants qu'à la main d'œuvre expérimentée dans les domaines de la santé et des services sociaux. Nous nous sommes ainsi assuré une visibilité auprès de la relève et des professionnels en emploi à la recherche de nouveaux défis.

La participation à ces activités a permis notamment de recruter quelques infirmières d'expérience, plusieurs candidates à l'exercice de la profession infirmière, une orthophoniste, des archivistes médicales, deux psychologues, un physiothérapeute et une ergothérapeute.

Nous avons également été très présents dans les revues et journaux professionnels spécialisés. Ces activités publicitaires représentent près du tiers des dépenses de publicité et permettent d'assurer une visibilité durant toute l'année et d'atteindre un marché cible pertinent.

Tableau 2 : Dépenses de recherche et d'embauche de candidats en 2005-2006

Nature de la dépense	Coût 2004-2005	Coût 2005-2006
Publicité et affichages de postes	63 458 \$	47 929 \$
Frais de consultant (tests psychométriques)	838 \$	0 \$
Frais de déplacement (entrevue personnel cadre)	4 654 \$	4 025 \$
Frais de déménagement (personnel cadre)	28 164 \$	68 392 \$
Frais de déplacement (entrevue personnel non cadre)	16 917 \$	18 979 \$
Frais de déménagement (personnel non cadre)	63 599 \$	98 233 \$
Bourses d'études	15 000 \$	22 500 \$
Frais de salons de recrutement	20 722 \$	30 041 \$
Total	213 352 \$	290 099 \$

Les effectifs

L'exercice de titularisation des postes, débuté en 2003-2004 et complété au cours de l'année 2004-2005, nous a permis de maintenir le même niveau d'effectifs que l'an dernier. Cette titularisation avait été initiée en vue de diminuer le taux de roulement des effectifs et d'augmenter la rétention et l'attraction d'effectifs infirmiers. De plus, certains développements au siège social et dans les centres se sont concrétisés en cours d'année, menant l'organisation vers des services bonifiés en vue d'assurer une réponse plus adéquate aux besoins de sa clientèle.

Tableau 3 : Effectifs du CRSSS de la Baie-James

ANNÉE / STATUT	Personnel d'encadrement			Employés réguliers			Employés occasionnels	
	TEMPS COMPLET	TEMPS PARTIEL	STABILITÉ D'EMPLOI	TEMPS COMPLET	TEMPS PARTIEL (ETC)	SÉCURITÉ D'EMPLOI	NOMBRE D'HEURES	ETC
2005-2006 (au 31 mars 2006)	29	0	1	338	72,5	1	188 054	102
2004-2005 (au 31 mars 2005)	24	0	0	337	68,1	0	153 829	84
2003-2004 (au 31 mars 2004)	25	1	0	285	66	0	188 698	103

Les effectifs pharmaceutiques et médicaux

Effectifs en pharmacie

Alors que le plan d'effectifs prévoit la présence de quatre ressources, deux pharmaciennes ont assuré les services régionaux, assistées d'une équipe de dépannage, pour une bonne partie de l'année.

Afin d'assurer un maintien des services en pharmacie, les responsables de la pharmacie ont participé à des représentations auprès du MSSS dans le but de faire reconnaître des mesures visant à assurer le recrutement de pharmaciens et le maintien d'une équipe stable à long terme. Des mesures palliatives, dont l'autorisation d'avoir recours au dépannage, ont permis à notre organisation de maintenir tous les services déjà en place. L'équipe de dépannage, constituée principalement de six pharmaciens du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, assure une présence en rotation d'une semaine à la fois et permet ainsi de maintenir l'offre actuelle de service. Quelques autres pharmaciens se sont joints au groupe afin de couvrir une partie des semaines non couvertes par l'équipe de Chicoutimi.

En avril 2006, le MSSS déployait de nouvelles mesures administratives suivant une consultation de l'Association des pharmaciens en établissement de santé (APES). Ces nouvelles mesures devraient nous aider à concrétiser nos efforts de recrutement puisqu'elles incluent un forfait d'installation de 25 000 \$ aux pharmaciens et une majoration du salaire pour les quatre prochaines années.

Trois stagiaires en pharmacie ont été accueillis au cours de la dernière année dans le cadre des stages obligatoires de l'Ordre des pharmaciens du Québec au cours du baccalauréat. Nous espérons que ces mesures favoriseront le recrutement de nouveaux pharmaciens à long terme.

Recrutement et effectifs médicaux

Une nouvelle omnipraticienne s'est jointe à l'équipe de Chibougamau en février 2006. De plus, trois membres associés sont maintenant des membres actifs du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, dont deux à Chapais et un à Lebel-sur-Quévillon. Du côté des spécialistes, nous avons accueilli un médecin biochimiste, maintenant responsable des laboratoires de Lebel-sur-Quévillon et Matagami.

La situation des effectifs médicaux en omnipratique est présentée au tableau 4. Dans le but de conserver les ressources présentement en place, de nombreuses mesures ont été déployées. Les négociations au comité interrégional sur les mesures non négociées ont aussi permis d'offrir des primes d'installation et de rétention majorées.

À Chibougamau, l'admissibilité à la *Lettre d'entente 132, ayant pour objet d'expérimenter certaines modalités de rémunération des services de garde d'un service d'urgence de première ligne d'un établissement dans le cadre d'une prise en charge de la couverture complète de ces services par un groupe de médecins*, a permis de recruter et de stabiliser une équipe de médecins dépanneurs en soutien à l'équipe en place. Cette mesure nous a permis de combler plus facilement la liste de garde à l'urgence.

La participation de nos représentants aux travaux du Comité interrégional, au Jury des boursiers et au Comité consultatif sur la répartition des boursiers se poursuit et pourra contribuer à l'amélioration de la situation.

Tableau 4 : Effectifs en omnipratique

CENTRE DE SANTÉ	Évolution des effectifs			
	PRÉVUS AU PLAN	EN PLACE AU 31 MARS 2004	EN PLACE AU 31 MARS 2005	EN PLACE AU 31 MARS 2006
CS René-Ricard	6	6	6	6
CS de Chibougamau	18	9	13	14
CS Lebel	6	4	4	5
CS Isle-Dieu	6	4	4	4
CS de Radisson	1	1	1	1
TOTAL	37	24	28	30

Tableau 5 : Effectifs en médecine spécialisée (Chibougamau)

SPÉCIALITÉ	Effectifs	
	PRÉVUS AU PLAN D'EFFECTIFS	EN PLACE AU 31 MARS 2006
Anesthésie	1	Équipe itinérante
Chirurgie générale	1	Équipe itinérante
Médecine interne	1	0
Psychiatrie	1	0
Radiologie diagnostique	1	0
Santé communautaire	1	1*

* Occupé actuellement par un médecin omnipraticien.

L'amélioration du ratio d'assurance salaire

Les coûts en assurance salaire ont diminué en 2005-2006. Cette baisse de 0,5 % par rapport à 2004-2005 peut s'expliquer en partie par les efforts déployés pour favoriser le retour au travail des employés par des mesures de réadaptation comme le retour progressif et l'assignation temporaire.

Malgré qu'il faille être prudent dans l'interprétation des données parce qu'elles sont basées sur de petits nombres, on peut observer un retour des coûts et du ratio au même niveau qu'en 2003-2004. Cela s'explique en partie par la hausse du nombre d'heures travaillées.

En regardant attentivement les chiffres du tableau 6, nous pouvons aussi observer une réduction des pourcentages des heures à la suite d'invalidités d'ordre psychologique. Malgré ce fait, nous croyons que ce sera toujours un défi pour notre organisation de réduire les coûts ainsi que le nombre de ce type d'invalidité, et ce, en essayant d'accroître nos actions en prévention.

En somme, ce sont près de 150 000 \$ d'économies qui ont pu être réinvestis dans nos services à la population.

Assurance salaire

Tableau 6 : Coûts reliés à l'assurance salaire

	2003-2004	2004-2005	2005 - 2006
Heures en assurance salaire	34 183	39 938	39 163
Heures travaillées	615 397	641 405	680 682
Ratio heures trav./heures assurance salaire	5,55 %	6,23 %	5,75 %
Coûts des prestations versées en assurance salaire	610 166 \$	766 171 \$	619 015 \$
Pourcentage des heures d'invalidité reliées à des raisons d'ordre psychologique	58 %	58 %	54 %

L'utilisation du programme d'aide aux employés (Période du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2006)

Tableau 7 : Statistiques sur les consultations des employés vs les conjoints et les enfants

	Nombre d'employés	Employés	Conjoints	Enfants	Total
CRSSSBJ (secteur est)	452	56	0	0	56
CRSSSBJ (secteur ouest)	161	6	0	0	6

Tableau 8 : Statistiques sur le groupe d'âge et le sexe des individus qui ont consulté durant cette période (secteurs est et ouest)

Groupe d'âge	Femmes		Hommes		Total	
20 ans et moins	0	0 %	0	0 %	0	0%
21 à 30 ans	9	17 %	1	11 %	10	16%
31 à 40 ans	25	47 %	0	0 %	25	40%
41 à 50 ans	13	25 %	3	33 %	16	26%
51 ans et plus	6	11 %	5	56 %	11	18%
Total	53		9		62	
Nombre total d'individus : 62	Nombre d'inconnus : 0					
Moyenne d'âge : 39.5 ans						

RESSOURCES FINANCIÈRES

Respect de la cible budgétaire 2005-2006

Le MSSS et le CRSSS de la Baie-James ont signé une entente de gestion en début d'année financière dans laquelle l'établissement s'engageait à ne pas dépasser le déficit autorisé de 168 387 \$. L'établissement, grâce aux efforts de tous ses gestionnaires et des équipes, a respecté la cible établie et a terminé son exercice financier avec un excédent des charges sur les revenus de 162 956 \$.

Le lecteur trouvera à l'annexe 3, le sommaire des états financiers 2005-2006.

RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Cadre global de gestion des actifs informationnels - volet sécurité

De janvier 2006 à avril 2006, une chargée de projet a travaillé à la mise en œuvre du cadre global de gestion des actifs informationnels dans l'organisation. Celle-ci a prévu une formation en 2 volets, l'une de sensibilisation à tous les employés et la deuxième sur la catégorisation des actifs informationnels. Une politique de gestion des incidents a été développée et est implantée dans l'organisation. D'ailleurs, une campagne d'affichage a permis de la faire connaître à l'interne.

Plan directeur clinico-administratif

Dans le cadre de la vision et des priorités d'action du Gouvernement du Québec, le MSSS a élaboré un plan provincial d'informatisation du réseau de façon à rendre disponible aux intervenants l'information sur la santé des personnes pour améliorer l'organisation des services et des soins aux plans clinique et administratif.

Les responsables des ressources informationnelles du CRSSS de la Baie-James ont travaillé à positionner le *Plan directeur clinico-informatique* (PDCI) en s'appuyant sur l'expertise disponible. Le PDCI exclut les applications à caractère administratif puisque l'intégration de ce type d'applications a déjà été réalisée. Le plan directeur retient quatre fondements pour soutenir l'action : la mise en place du projet clinique régional, la réutilisation de l'expertise disponible dans la région et hors-région, la reconnaissance des opportunités d'accélération et des actions étagées à la mesure des moyens financiers.

Passage à la version 6.5 de *Lotus Notes* et rationalisation de l'environnement

À la suite d'une étude du MSSS sur la rationalisation de l'environnement *Lotus Notes*, la région était ciblée pour passer de 5 à 1 seul serveur. Dans le même ordre d'idées, le renouvellement de près de 75 % de nos usagers au mode *INotes* lors du rehaussement permettra d'économiser près de 50 % du coût des licences. Ces économies deviendront

perceptibles lors du prochain exercice financier car la migration a été complétée après le 1^{er} avril 2006.

Comité directeur de la sécurité du périmètre du RTSS

Ce comité, formé à la demande du MSSS et de la Table des technocentres, vise à identifier, conjointement avec la Sogique, des solutions pour assurer la sécurité du périmètre du RTSS. Au cours de la dernière année, le coordonnateur des ressources informationnelles par intérim a participé à ces travaux, il a contribué à l'élaboration de l'appel d'offres et à l'analyse des soumissions. Ce comité a permis au coordonnateur de s'assurer que la solution serait adaptée aux problématiques régionales.

Migration de l'environnement Omnitech de *Windows 2000* à *Windows 2003*

Cette migration était rendue nécessaire afin de permettre le passage à la version 12 de Cortex, l'application des laboratoires. Cette réalisation s'est faite à même le budget de fonctionnement du technocentre et avec la collaboration du personnel des laboratoires de Lebel-sur-Quévillon, Matagami et de Chibougamau.

Implantation d'un logiciel de demande d'assistance

Un logiciel de demande d'assistance a été implanté au cours de la dernière année en vue d'effectuer une liste de priorité des appels au technocentre, de constituer une base de données de résolution des problèmes et d'en arriver éventuellement à une standardisation de la réponse. Les demandes sont traitées rapidement, classées en ordre de priorité et attribuées à la ressource la plus en mesure de régler le problème.

Médi-patient +* et *3M

Nous avons procédé en 2005-2006 à l'implantation d'une nouvelle application aux archives, *Médi-patient +*, rendue nécessaire par l'abandon par le fournisseur de *Médi-admission* et *Médi-index*. Le coût associé à cette implantation et à la formation est de 70 000 \$.

Le déploiement de *Médi-patient +*, jumelé à la mise à jour de la *CIM-9* vers la *CIM-10*, a également entraîné l'implantation d'une nouvelle version de codification de l'abrégié médical nécessitant la conversion de *MedEcho* vers *3M*. La formation des archivistes à la nouvelle application et à version de *CIM-10* a été complétée en cours d'année et à temps pour un démarrage le 1^{er} avril 2006. Cette activité a nécessité un budget de 54 000 \$.

Mise à jour d'*I-CLSC* (version 4,05) et mise à jour du cadre normatif

Un vaste travail de mise à niveau d'*I-CLSC* a été entamé l'an dernier. Cette année, la version 4,05 d'*I-CLSC* a été déployée et les intervenants de toute la région ont été formés. De plus, nous avons procédé à la mise à jour du cadre normatif. Ce travail est donc complété et nous pouvons désormais assurer la fiabilité des données qui reflètent réellement la situation des services de première ligne de type CLSC.

Gestion des bâtiments et des équipements

Réaménagement fonctionnel du Centre de santé Isle-Dieu

Les travaux au Centre de santé Isle-Dieu, attendus depuis plusieurs années, ont été annoncés le 29 août 2005. Le projet consiste à faire le réaménagement fonctionnel général du Centre de santé Isle-Dieu. L'unité de soins de longue durée sera rénoverée, de même que l'unité de soins de courte durée. L'unité de soins de longue durée comprendra quatre lits de même que deux lits d'hébergement temporaire.

L'urgence et l'accueil seront entièrement réaménagés et les services de première ligne, actuellement au sous-sol de l'édifice, seront regroupés au rez-de-chaussée et donc plus accessibles pour la population. Par le fait même, la direction locale, le laboratoire, la dentisterie, la cuisine et les locaux de services connaîtront aussi une réfection et se situeront au sous-sol.

Enfin, du côté technique, des gicleurs seront ajoutés, la génératrice sera changée et le monte-charge converti en ascenseur pour améliorer l'accès au centre de santé pour les personnes à mobilité réduite. Le système de chauffage subira aussi une réfection.

Toutefois, des dépassements des coûts sont apparus étant donné des problématiques au niveau des devis. Les travaux qui devaient débiter au printemps ou à l'automne 2006 ont donc été retardés au moins jusqu'au printemps 2007. Le MSSS manifeste une ouverture pour en venir à une solution et démarrer la rénovation fonctionnelle dans les meilleurs délais. Au moment de l'annonce, les travaux étaient estimés à un peu plus de 3 millions de dollars.

Projets au Centre de santé de Chibougamau

Le projet majeur de l'année au Centre de santé de Chibougamau a sans nul doute été le réaménagement et l'agrandissement du service de radiologie, incluant la nouvelle salle de tomodensitométrie axiale. Les salles de mammographie, de radiologie et d'échographie sont désormais plus grandes et la clientèle bénéficie de plus d'intimité et d'une meilleure confidentialité des services. Le personnel et la clientèle évoluent maintenant dans un environnement plus convivial et fonctionnel.

En plus du réaménagement, certains travaux ont aussi été effectués dont la climatisation de l'urgence, le rehaussement de l'entrée électrique et de la génératrice, maintenant située à l'extérieur du bâtiment principal dans un local séparé. Ces travaux ont nécessité un investissement de 2 427 000 \$ dont 838 000 \$ pour l'acquisition du tomodensitomètre axial. La Fondation de l'Hôpital de Chibougamau a versé 400 000 \$ pour la réalisation de ce projet.

Toute l'équipe du service enfance-jeunesse-famille est maintenant localisée au sous-sol du Centre de santé de Chibougamau. Tout le secteur est adapté à la clientèle, dans des couleurs dynamiques.

Également situé au sous-sol, le technocentre a été relocalisé dans des espaces plus fonctionnels et plus sécuritaires (à l'abri des dégâts d'eau provenant des canalisations,

climatisés et inaccessibles au personnel non autorisé). Le montant total investi dans ce projet s'élève à 275 000 \$.

Enfin, mentionnons qu'une aire extérieure de repos pour le personnel, les bénéficiaires, les visiteurs et les résidents des soins de longue durée a été aménagée. Parsemée de fleurs et d'arbustes et comptant une allée en pavé, l'aire permet aux résidents de marcher ou de simplement se détendre à l'extérieur. Réalisé en collaboration avec les auxiliaires bénévoles qui ont assumé la moitié de l'investissement, ce projet a coûté environ 16 000 \$.

3

***Le programme de soutien aux
organismes communautaires***



LE PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (PSOC)

Au cours de 2005-2006, les organismes communautaires reconnus au programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) dans la région du Nord-du-Québec ont poursuivi leur excellent travail auprès de la population jamésienne.

Le cadre de référence qui gère les relations entre le milieu communautaire et le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James étant en révision à la suite des travaux en cours avec le comité d'harmonisation mis sur pied par le MSSS, le programme SOC est toujours appliqué pour la reddition de comptes des organismes.

Les documents requis dans la reddition de comptes sont analysés par la Direction de la planification et de l'organisation des services de façon à s'assurer de la concordance des activités des organismes en fonction de leur charte, de la rigueur des processus démocratiques et de la validité des rapports financiers produits.

Bien que le budget global du fonds du programme SOC ait augmenté en 2005-2006, nous avons maintenu un moratoire sur le développement de nouveaux organismes. Aucun nouvel organisme n'a donc été admis au programme cette année. Nous avons misé sur la consolidation des organismes existants en favorisant le financement des organismes moins bien nantis.

Les fonds affectés au dossier de la violence faite aux femmes ont contribué de façon importante à l'accroissement du fonds encore cette année, pour un montant de 188 321 \$, réparti dans huit organismes, soit un centre d'hébergement pour femmes, six centres de femmes et un organisme d'aide aux hommes.

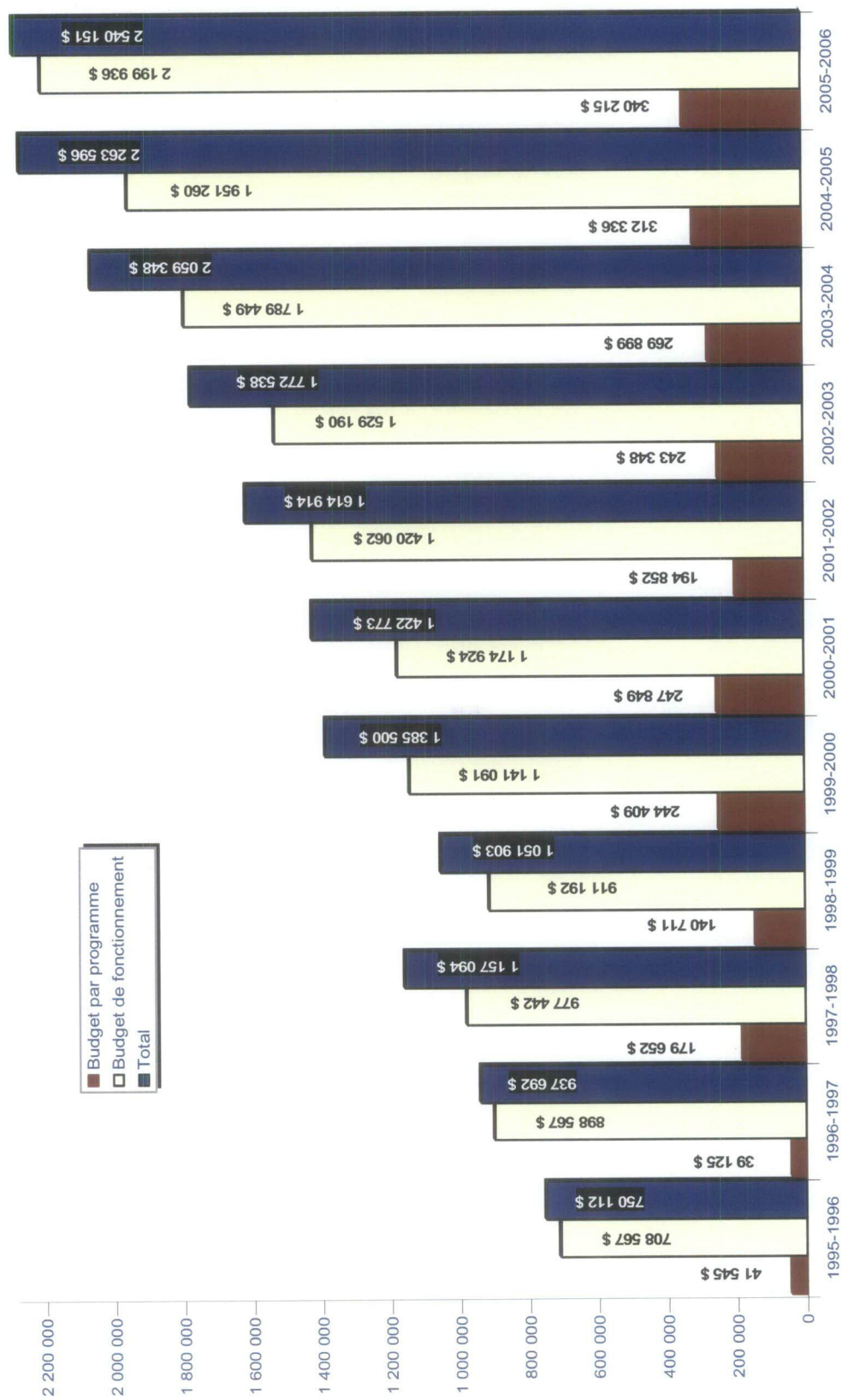
Les organismes communautaires demandent un rehaussement budgétaire significatif et ont entrepris diverses démarches tant au niveau régional qu'auprès du MSSS.

Lors de la remise des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux, en mai 2005, l'organisme communautaire en santé physique *Association À fleur de sein* recevait des mains du ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard, une mention d'honneur associée à un prix de 10 000 \$ dans la catégorie *Impact sur la communauté*. Cet organisme œuvre depuis plus de quinze ans dans le domaine du cancer du sein et apporte son soutien aux personnes atteintes et à leur famille par des activités de prévention et de promotion de même que par des activités d'éducation.

Tableau 9 : Provenance des sommes allouées aux organismes communautaires en 2005-2006

Programme	Nombre d'organismes		SOC		Réallocations		Programmes	
	2004-2005	2005-2006	2004-2005	2005-2006	2004-2005	2005-2006	2004-2005	2005-2006
PROMOTION ET SERVICES À LA COMMUNAUTÉ								
› Familles	3	3					114 129 \$	122 102 \$
› Services d'aide et d'accompagnement	1	1	116 874 \$	116 874 \$	11 800 \$	11 800 \$		
› Consultation et concertation régionale	1	1	43 796 \$	45 227 \$	20 000 \$	20 000 \$		
› Lutte à la pauvreté	1	1	7 780 \$	10 780 \$	1 220 \$	3 844 \$	14 000 \$	13 000 \$
› Centre d'action bénévole	1	1	6 800 \$	6 800 \$	3 200 \$	3 200 \$		
› Personnes handicapées	2	2	50 000 \$	70 000 \$				
› Services aux hommes	1	1	36 800 \$	61 800 \$	15 000 \$	5 248 \$	3 170 \$	16 681 \$
SANTÉ PHYSIQUE	1	1	9 500 \$	13 000 \$	27 000 \$	15 000 \$	5 000 \$	1 800 \$
SERVICES AUX FEMMES ET AUX CONJOINTS EN DIFFICULTÉ								
› Maison d'hébergement pour femmes	1	1	440 633 \$	480 656 \$				
› Centres de femmes	6	6	348 032 \$	474 785 \$	64 500 \$	64 500 \$	25 632 \$	28 922 \$
SERVICES À LA JEUNESSE								
› Maisons de jeunes	6	6	264 199 \$	266 199 \$	75 000 \$	24 000 \$	80 755 \$	99 810 \$
› Autres ressources pour les jeunes	2	2			24 000 \$		6 000 \$	6 000 \$
MAINTIEN À DOMICILE	2	2	11 500 \$	13 000 \$				
SERVICES EN SANTÉ MENTALE								
› Santé mentale	3	2	106 510 \$	114 780 \$	204 775 \$	200 775 \$	51 800 \$	51 900 \$
› Suicide	2	2	32 841 \$	34 041 \$	29 500 \$	32 500 \$	1 850 \$	
Total	33	32	1 475 265 \$	1 707 942 \$	475 995 \$	491 994 \$	312 336 \$	340 215 \$

Graphique 1 : Évolution des subventions versées aux organismes communautaires



4

***Les services préhospitaliers d'urgence, les
mesures d'urgence et la traumatologie***

Évacuations médicales à Chibougamau

Les discussions avec Air Médic, organisme à but non lucratif portant secours aux personnes en détresse et dont l'état nécessite l'administration rapide de soins médicaux, débutées l'an dernier, ont mené à la conclusion d'une entente en juin 2005. Air Médic assure plusieurs des évacuations médicales pour le Centre de santé de Chibougamau, en complément du service ambulancier et d'autres transporteurs aériens. Air Médic offre l'avantage des transports hélicoptérés qui évitent d'avoir à déplacer un patient vers l'aéroport, l'hélicoptère se posant directement à côté du Centre de santé. De plus, la compagnie peut également fournir une équipe de transfert, ce qui est intéressant pour les périodes où l'établissement vit des pénuries de personnel plus importantes.

Principaux événements de mesures d'urgence

L'année 2005-2006 fut très active au niveau des mesures d'urgence. Les feux de forêt de juin 2005 dans le secteur de Chibougamau, d'une grande ampleur, ont menacé la ville et ont nécessité une mobilisation du réseau régional. Les actions posées se sont avérées d'une qualité exceptionnelle. Il y eut également des feux de forêts, de moins grande ampleur toutefois, à quelques kilomètres de Lebel-sur-Quévillon qui ont nécessité de lancer les mesures d'urgence locales.

Nous avons été également très proactifs sur le plan psychosocial lors de la crise de l'industrie forestière à Lebel-sur-Quévillon à l'automne.

Enfin, le *Plan régional de sécurité civile, mission santé* a été mis à jour au cours de l'année et a bénéficié des apprentissages et expériences réalisées lors du déploiement de ces mesures d'urgence. Ce document constitue le nouveau cadre de référence en terme de mesures d'urgence pour tous les centres de santé du CRSSS de la Baie-James. Enfin, le projet de réorganisation des mesures d'urgence se concrétisera en cours d'année 2006 par la finalisation des plans locaux des cinq centres de santé.

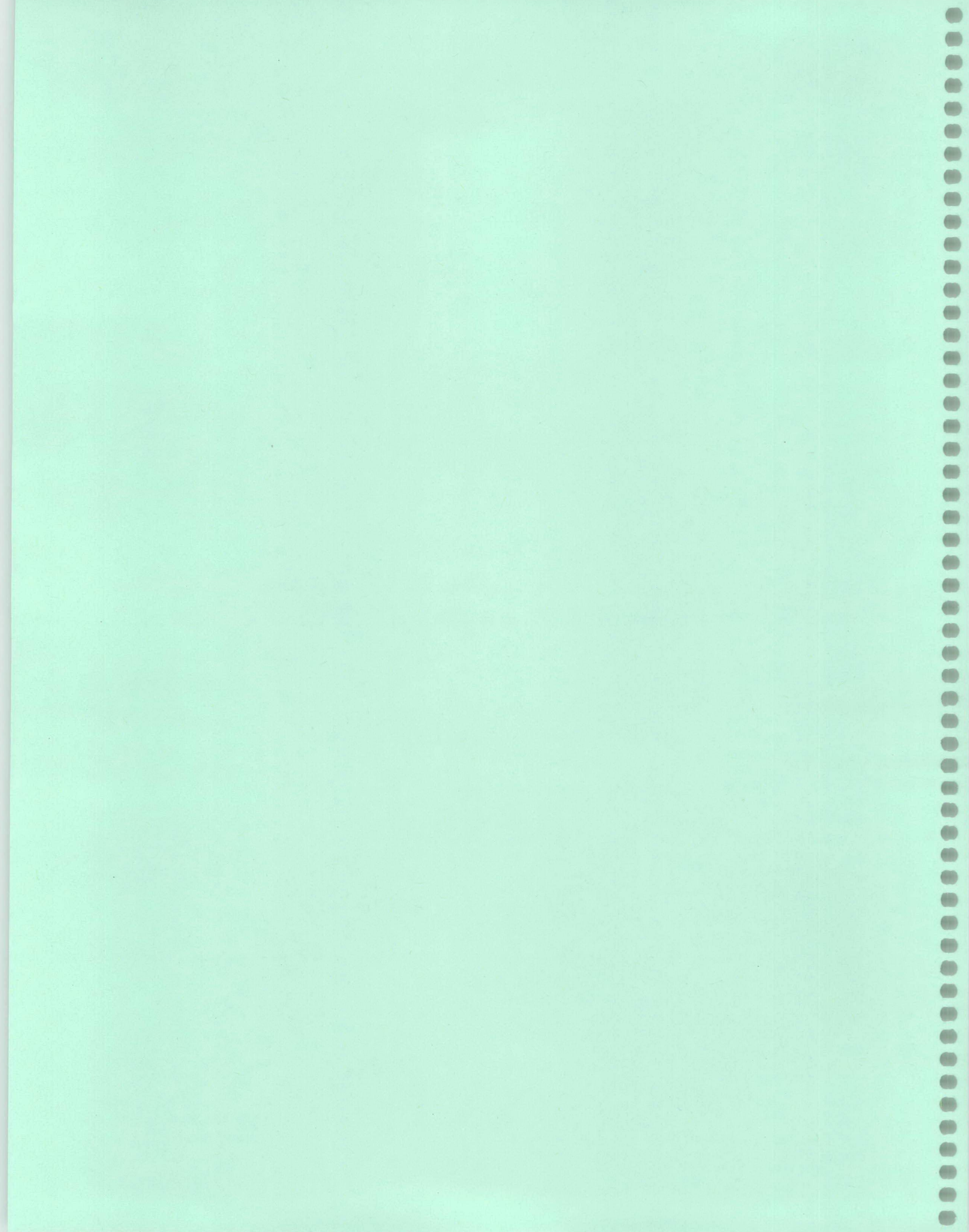
Pandémie

Cette année a vu poindre une nouvelle priorité, soit tous les travaux entourant la conception du *Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza*. Le plan régional est déjà très avancé, les plans locaux seront réalisés en première moitié de la prochaine année. Nous aurons aussi, pour la première fois, un plan suprarégional nordique grâce à une nouvelle concertation des régions nordiques (Abitibi-Témiscamingue, Nunavik, Terres-cries-de-la-Baie-James, Nord-du-Québec). Le CRSSS de la Baie-James assure la circulation de l'information et le leadership de ce plan suprarégional.

5



***Principales activités des conseils
consultatifs du conseil d'administration***



CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) régional est formé de tous les médecins, dentistes et pharmaciens qui œuvrent pour le CRSSS de la Baie-James et compte 32 membres actifs (omnipraticiens et pharmaciennes) et plus de 150 membres associés (spécialistes et dépanneurs).

Le CMDP régional compte quatre comités :

- Le comité exécutif D^r Martin Lépine, président;
- Le comité de pharmacologie M^{me} Lyne Savage, présidente;
- Le comité d'évaluation de l'acte D^{re} Claire Lord, présidente;
- Le comité d'examen des titres D^r Martin Leclerc, président.

Les comités sont formés d'au moins un représentant par centre de santé. Les membres de chaque comité tiennent au minimum quatre réunions par année soit par visioconférence ou par conférence téléphonique. Les membres actifs du CMDP se rencontrent deux fois par an : au printemps, lors de l'assemblée générale annuelle qui a lieu en rotation à Chapais, Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Radisson et à l'automne, lors de l'assemblée générale qui se tient toujours à Chibougamau. Les rencontres dans les différentes localités ont permis de développer un esprit d'appartenance et de camaraderie au sein de l'équipe médicale régionale.

Les 10 et 11 novembre 2005 à Chibougamau, se tenaient les réunions de comités et l'assemblée générale du CMDP. La participation fut excellente et tous les centres de santé étaient représentés. Les membres de l'assemblée ont adopté deux amendements à leurs Règlements de régie interne, concernant des précisions sur les statuts.

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

L'année qui se termine fut importante pour le conseil des infirmières et infirmiers (CII) puisqu'un redémarrage des activités a été entrepris. Un comité exécutif provisoire a préparé l'assemblée générale annuelle en informant les membres des activités et de l'importance du CII dans l'établissement. Malgré le peu de membres présents à l'assemblée générale, un comité exécutif comptant des représentants de chacun des centres de santé a été formé. Le comité des infirmières et infirmiers auxiliaires est également formé. Au cours de la prochaine année, les efforts de promotion du conseil se poursuivront, notamment par la distribution du porte-carte d'identification portant l'identification visuelle provincial du CII.

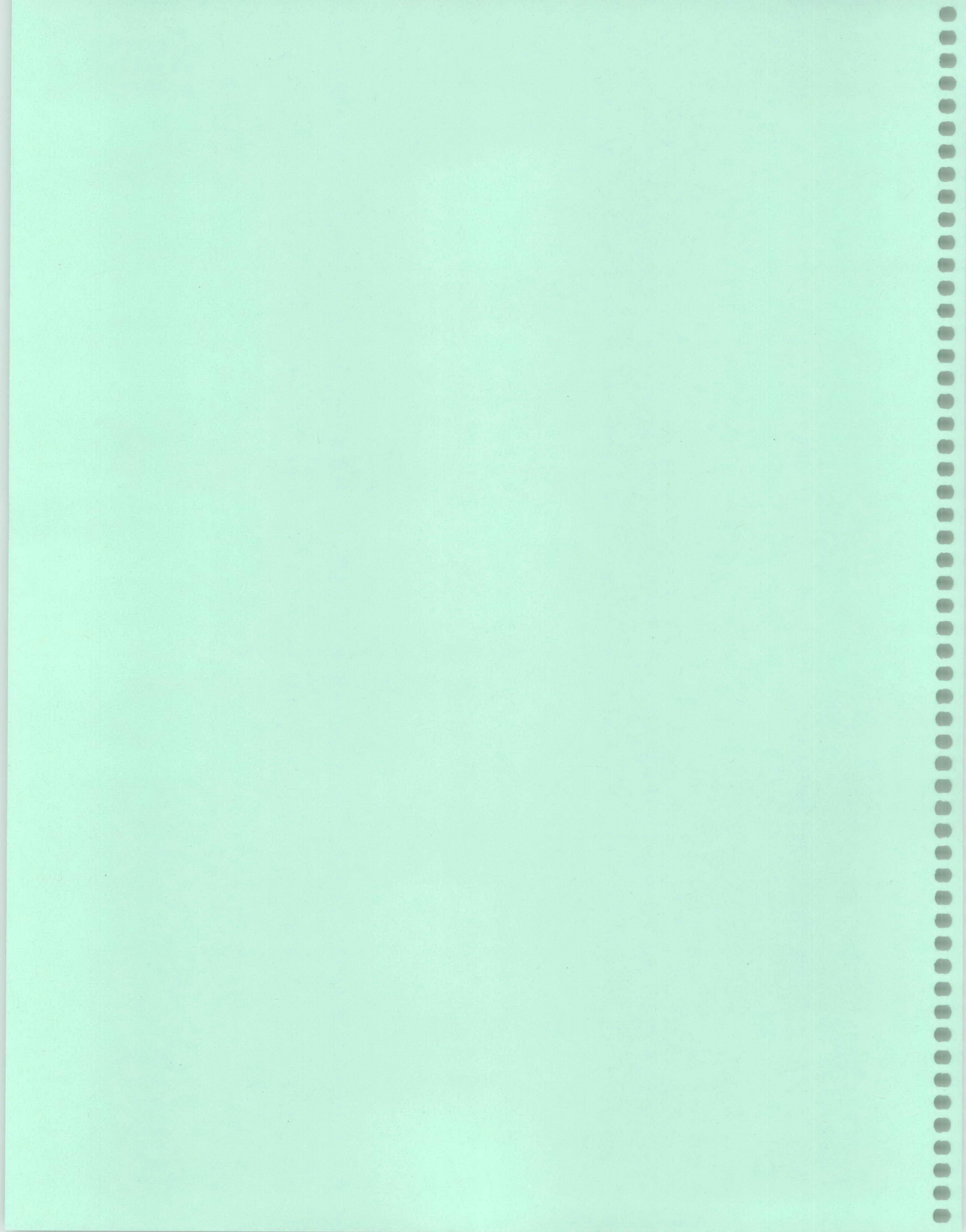
CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

À l'instar du CII, le conseil multidisciplinaire a connu un redémarrage après quelques années d'inactivité. Les membres du comité exécutif provisoire ont entrepris plusieurs activités d'information en plus de travailler à la préparation des règlements généraux en vue de l'assemblée générale annuelle. Le comité exécutif a aussi adopté une signature visuelle originale qui sera reprise sur un objet promotionnel et sur un porte-carte d'identification, au cours de la prochaine année. L'assemblée générale a permis l'élection du comité exécutif qui compte des représentants, de secteurs d'emploi diversifiés, dans chaque centre de santé.

Annexe 1

Annexe 1

***Bilan de suivi de l'entente de
gestion et d'imputabilité***





DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2005-2006 du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James :

- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables, sauf pour les résultats provenant du système I-CLSC. Bien que la saisie des données se soit améliorée, il reste du travail à faire afin de pouvoir attester de la fiabilité des résultats obtenus via ce système d'information.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2005-2006.

La directrice générale par intérim,

LUE ET AUTORISÉE LE 31 MAI 2006

Diane Laboissionnière

ML/lg

2006-05-31

Fiche de reddition de comptes	
-------------------------------	--

Axe:	Promotion et prévention – jeunes et familles
-------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité en s'assurant de rejoindre 75 % des femmes enceintes et des mères âgées de 20 ans et plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de la pauvreté.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Proportion de femmes âgées de 20 ans ou plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de faible revenu, ayant accouché dans l'année rejointes par les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance – Volet soutien aux familles qui vivent dans l'extrême pauvreté	37,5 %	43 %	43 % (5/13)

Commentaires

Étant donné les petits nombres de notre région et le déclin démographique observé regionalement, il est irréaliste de comparer les naissances de 2002 avec celles de 2005-2006. Nous avons donc élaboré un fichier de naissance (à partir des déclarations de naissances vivantes) régional pour l'année financière 2005-2006.

Le fichier de naissance 2002 indique 24 femmes potentielles à rejoindre dont 3 de ces femmes sont desservies par entente de service, par la région de l'Abitibi-Témiscamingue (comptabilisée dans leurs statistiques). À partir du dénominateur potentiel de 21, nous avons rejoint 24 % (5/21) de la clientèle de plus de 20 ans sous-scolarisée comparativement à 43 % (5/13) selon les données tirées du registre de naissance régional. Puisque celui-ci (mortinascence et sous-scolarité inconnues non comptabilisées) nous indique qu'il y a eu pour cette période 16 femmes dont la scolarité est inférieure à la 11^e année et 4 dont la scolarité est inconnue. De ces 16 femmes, 3 sont desservies, par entente de service, par la région de l'Abitibi-Témiscamingue (comptabilisée dans leurs statistiques). Au réel, nous avons rejoint 5 femmes sur 13, donc 43 % de la clientèle. Nous avons donc atteint notre cible.

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Prévention – tabagisme
Objectifs de résultats 2005-2010	Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme.

Indicateurs	<i>Résultats 2004-2005</i>	<i>Cibles* 2005-2006</i>	<i>Résultats 2005-2006</i>
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme	74 fumeurs	55 fumeurs	64 fumeurs

Commentaires

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2006
-----------------------------------	---------------------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes	
-------------------------------	--

Axe:	Dépistage du cancer du sein
-------------	------------------------------------

Objectifs de résultats 2005-2010	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Taux de participation au <i>Programme québécois de dépistage du cancer du sein</i> (PQDCS)	73,8 %	70 %	n/d ⁽¹⁾
Taux de détection initial du cancer du sein	n/d ⁽²⁾	n/d ⁽²⁾	n/d ⁽²⁾
Taux de détection subséquent du cancer du sein	n/d ⁽²⁾	n/d ⁽²⁾	n/d ⁽²⁾
Taux de référence initial pour investigation	n/d ⁽³⁾	n/d ⁽³⁾	n/d ⁽³⁾
Taux de référence subséquent pour investigation	n/d ⁽³⁾	n/d ⁽³⁾	n/d ⁽³⁾

Commentaires

- (1) Le taux de participation pour l'année 2005-2006 sera disponible seulement en septembre 2006.
- (2) Les données ne sont pas disponibles car il s'agit de trop petits nombres.
- (3) Pour notre région, le taux de référence en investigation s'avère instable et difficile à interpréter en raison de notre petite population admissible (environ 1 450 femmes). Par ailleurs, toutes les mammographies effectuées dans notre région sont lues par les radiologistes de la Clinique Audet de Québec. La région de la Capitale nationale a pour sa part, des objectifs à atteindre ce qui, inévitablement, a de l'incidence sur notre région.

Nom : Diane Laboissonnière

Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Protection – infections transmissibles sexuellement et par le sang
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Volume de tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisé par les SIDEPS auprès de l'ensemble de la clientèle	80	100	447
Volume de tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisés auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEPS	0	5	0 (1)
Volume de vaccinations auprès de l'ensemble de la clientèle du SIDEPS	0	30	31
Volume de vaccinations des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEPS	0	5	0 (1)

Commentaires

- (1) Concernant les objectifs visés par les SIDEPS, nous rencontrons des difficultés à déployer ce programme au Nord-du-Québec. Il va sans dire que pour une région comme la nôtre, identifier des milieux de proximité (les bars et les saunas) pour réaliser des activités de dépistage hors les murs s'avère un défi.

La clientèle vulnérable semble plus rare et moins visible donc, plus difficile à rejoindre. Ceci implique que les centres de santé doivent déployer des efforts considérables et soutenus avec souvent peu de résultats (où les individus rejoints ne sont pas nécessairement ceux qu'il faut rejoindre).

Dans le contexte de pénurie de personnel médical (médecins et infirmières) nous nous questionnons sur l'intensité des efforts à consentir pour le déploiement d'activités hors les murs. Nous croyons qu'il serait préférable de consolider les services de dépistage à l'intérieur des centres de santé avant d'intensifier les services hors les murs. Cependant, nous poursuivons nos efforts à soutenir la mise en œuvre de la stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le SIDA, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement.

Nom : Diane Laboissonnière

Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes	
-------------------------------	--

Axe:	Services infirmiers et psychosociaux généraux
-------------	--

Objectifs de résultats 2005-2010	Garantir, en tout temps et à toute la population, un accès aux services d'information et de conseils, de référence et d'orientation par Info-santé 24/7, dans un délai de moins de 4 minutes.

Indicateurs	<i>Résultats 2004-2005</i>	<i>Cibles* 2005-2006</i>	<i>Résultats 2005-2006</i>
Taux d'utilisation du service Info-Santé	S.O.	S.O.	S.O.

Le service sera implanté en 2006-2007.		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nom : Diane Laboissonnière</td> <td style="width: 50%;">Date : 31 mai 2006</td> </tr> </table>	Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2006
Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2006	

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Services infirmiers et psychosociaux généraux
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'utilisateurs desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	390	349	552
Nombre moyen d'interventions par utilisateur réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	4.04	4.3	4.3

Commentaires

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2006
----------------------------	--------------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe: Services dans la communauté – personnes âgées en perte d'autonomie

Objectifs de résultats 2005-2010 Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	220	195	180
Nombre moyen d'intervention en soutien à domicile reçu par les personnes en perte d'autonomie	35,6	48,1	39,09

Commentaires

- Nous observons une diminution du nombre de personnes en raison de l'amélioration de la classification des différentes clientèles SAD lors de la saisie dans I-CLSC.
- Nous atteignons la cible 2010 du MSSS en regard du nombre moyen d'interventions en SAD.

Nom : Diane Laboissonnière **Date :** 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	4,95	3,25	5,48
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	.30	.23	.54

Commentaires

- L'augmentation des résultats en soins infirmiers et d'assistance peut s'expliquer par le regroupement et le réaménagement requis de la clientèle avec troubles cognitifs visant à mieux répondre aux besoins en lien avec l'approche milieu de vie.
- Les heures en services professionnels ont augmenté dû à l'ajout d'heures en animation, en ergothérapie, physiothérapie et en services de nutrition.

Nom : Diane Laboissonnière

Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Soutien à domicile – déficience physique
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	135	157	202
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	10,9	13,3	14,43

Commentaires

Les résultats de l'année 2005-2006 pour le soutien à domicile pour les personnes ayant une déficience physique dépassent largement ceux de l'an dernier par plus de 70 personnes recevant des services. Le nombre de clients augmente à chaque année, ce qui nous donne un nombre de 202 personnes différentes ayant reçues des services cette année comparativement à 135 personnes en 2004-2005. Étant donné que nous n'avons aucun centre de réadaptation en région, l'offre de service pour les personnes ayant une déficience physique se concentre davantage autour des services à domicile. Par contre, le nombre d'intervenants donnant les services est demeuré sensiblement le même que par les dernières années, ceci a pour effet de ne pas augmenter le nombre d'interventions par personne donnée. Le défi est donc d'augmenter le nombre d'interventions par personne dans les prochaines années tout en répondant adéquatement à toute la clientèle.

Nom : Diane Laboissonnière

Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Soutien à domicile – déficience physique
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'utilisateurs ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	23	23	16

Commentaires

Cette année, le nombre de familles recevant des services par allocation directe a diminué car les résultats de l'année 2004-2005 comprenaient autant les personnes ayant une déficience physique que ceux ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Maintenant, le nombre est de 16 familles qui comprend uniquement le nombre d'utilisateurs ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services par allocation directe.

Nom : Diane Laboissonnière

Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes	
-------------------------------	--

Axe:	Services spécialisés – déficience physique
-------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies et en maintenant.
----------------------------------	--

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés de réadaptation	S.O.	S.O.	S.O.
Nombre de personnes ayant une déficience visuelle recevant des services spécialisés de réadaptation	S.O.	S.O.	S.O.
Nombre de personnes ayant une déficience auditive recevant des services spécialisés de réadaptation	S.O.	S.O.	S.O.
Nombre de personnes ayant une déficience de la parole et du langage recevant des services spécialisés de réadaptation	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

En ce qui a trait aux services spécialisés de réadaptation, notre région ne possède pas de centre de réadaptation, donc, nous n'avons aucun résultat concernant le nombre de personnes recevant des services spécialisés. Les personnes ayant une déficience physique doivent se déplacer dans les régions limitrophes afin de recevoir les services dont ils ont besoin. Pour l'instant, ce sont les régions qui desservent les services qui possèdent le nombre de clients recevant les services. Éventuellement, il serait intéressant pour la région et le CRSSS de la Baie-James de connaître le nombre de personnes recevant des services spécialisés en réadaptation afin d'établir un portrait réel de sa clientèle en déficience physique.

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2006
----------------------------	--------------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Soutien à domicile – déficience intellectuelle
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	-	-	39
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI)	-	-	7,92

Commentaires

Étant donné qu'aucun résultat n'a été présenté pour l'année 2004-2005, il est difficile d'établir un comparatif avec les résultats de cette année. Donc, pour cette année, un total de 39 personnes présentant une déficience intellectuelle reçoivent des services de soutien à domicile. Selon une étude ayant été faite par un consultant externe, le nombre de familles recevant des services correspond au nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle dans la région. Par contre, le nombre d'effectifs est assez restreint ce qui fait en sorte que le nombre d'interventions par personne est de 7,92. Tout comme le nombre d'interventions en soutien à domicile par les centres de santé pour les personnes ayant une déficience physique, le défi est d'augmenter ce nombre afin de répondre adéquatement à la demande.

Nom : Diane Laboissonnière

Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes	
-------------------------------	--

Axe:	Soutien à domicile – déficience intellectuelle
-------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'utilisateurs ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	11	6	9

Commentaires

Tout comme en déficience physique, les résultats de cette année ont diminué car les résultats du nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe comportaient une erreur et comprenaient toutes les clientèles en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement. La cible avait été fixée à la baisse afin d'établir cette année, le portrait réel de la situation régionale de la clientèle en déficience intellectuelle seulement. Donc, pour l'année 2005-2006, neuf familles ont reçu des services par allocation directe.

Nom : Diane Laboissonnière

Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Soutien à domicile – trouble envahissant du développement
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant un trouble envahissant du développement et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	--	4	11
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (TED)	--	4,6	6

Commentaires

Étant donné qu'aucun résultat n'a été présenté pour l'année 2004-2005, la comparaison est difficile à établir avec les résultats de cette année. Par contre, le CRSSS de la Baie-James désirait faire la différence entre les personnes ayant une déficience intellectuelle et celles présentant un trouble envahissant du développement. Nous voulions aussi nous assurer de maintenir les services déjà existant en déficience intellectuelle et augmenter les services offerts en TED. Cette année, 11 personnes ont reçu des services de soutien à domicile avec un nombre moyen de 6 interventions par personne.

Nom : Diane Laboissonnière

Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes	
-------------------------------	--

Axe:	Soutien à domicile – trouble envahissant du développement
-------------	--

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'usagers ayant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	--	5	8

Commentaires

Étant donné qu'aucun résultat n'a été présenté pour l'année 2004-2005, la comparaison est difficile à établir avec les résultats de cette année. Par contre, la cible que s'était fixée le CRSSS de la Baie-James est atteinte par 3 familles de plus. Le défi sera de maintenir les services aux familles.

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2006
----------------------------	--------------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Services spécialisés – trouble envahissant du développement
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement en augmentant le nombre d'enfants desservis.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	--	1	0
Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de 6 ans	--	20	N.A.

Commentaires

Cette année, aucun enfant de moins de 6 ans n'est diagnostiqué dans notre région. Donc, le nombre d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive par enfant est non applicable.

Nom : Diane Laboissonnière

Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe: Services spécialisés – trouble envahissant du développement

Objectifs de résultats 2005-2010 Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de jeunes desservis, âgés de 6 à 21 ans et en augmentant le nombre d'adultes desservis, de 21 ans et plus.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de jeunes âgées de 6 à 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	--	2	3
Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	--	0	0

Commentaires

Comme la région ne possède aucun centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement, seulement 3 jeunes reçoivent des services plus spécialisés dans la région. C'est seulement un de plus que l'an dernier. Le CRSSS de la Baie-James devra se donner des moyens afin d'offrir des services d'adaptation et d'intégration à davantage de jeunes ayant un trouble envahissant du développement.

Pour l'instant, la région ne dénombre aucun adulte de 21 ans ou plus présentant un trouble envahissant du développement. Ce sont les services pour les enfants qui sont davantage développés et consolidés. Le CRSSS de la Baie-James devra s'assurer d'offrir les mêmes services à cette clientèle.

Nom : Diane Laboissonnière **Date :** 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'utilisateurs (jeunes et leur famille) rejoins en CSSS (mission CLSC)	297	282	344
Nombre moyen d'intervention par utilisateur (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	4,77	5,6	5,01

Commentaires

Nous travaillons sur le contour du *Programme jeunes en difficulté* et sur une démarche d'harmonisation de la saisie dans I-CLSC, et ce, auprès de chacune de nos installations. Cette opération se poursuivra en 2006-2007. Ceci, conjugué à un effort soutenu en 2006-2007 afin d'augmenter le nombre d'interventions, en plus d'une diminution significative de la population jeune projetée selon l'*Institut de la statistique du Québec* (ISQ), janvier 2005 aura une incidence possible à la baisse sur le nombre de jeunes rejoins.

Nom : Diane Laboissonnière

Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes	
-------------------------------	--

Axe:	Promotion et prévention – jeunes et familles
-------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, en s'assurant de rejoindre 90 % des jeunes femmes enceintes et des mères âgées de moins de 20 ans.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Proportion de femmes de moins de 20 ans ayant accouché dans l'année rejointes par les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance – Volet Programme de Soutien aux jeunes parents	50 %	82 %	100 % (7/7)

Commentaires

Étant donné les petits nombres de notre région et le déclin démographique observé régionalement, il est irréaliste de comparer les naissances de 2002 avec celles de 2005-2006. Nous avons donc élaboré un fichier de naissance (à partir des déclarations de naissances vivantes) régional pour l'année financière 2005-2006.

Le fichier de naissance 2002 nous indique 18 femmes potentielles à rejoindre dont une de ces femmes est desservie, par entente de service, par la région de l'Abitibi-Témiscamingue (comptabilisée dans leurs statistiques). À partir du dénominateur potentiel de 17 nous aurions rejoint 41 % (7/17) de la clientèle comparativement à 100 % avec notre registre de naissance régional. Puisque celui-ci (mortinaissance non comptabilisée) nous indique qu'il y a eu pour cette période 8 femmes (réelles) qui répondent au critère d'âge dont une femme sur les 8 qui est desservie, par entente de service, par la région de l'Abitibi-Témiscamingue (comptabilisée dans leurs statistiques). Au réel, nous avons suivi 7 femmes sur 7 donc 100 % de la clientèle. Nous avons donc atteint notre cible.

Nom : Diane Laboissonnière

Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Services de deuxième ligne – jeunes et leur famille en difficulté
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	S.O.	S.O.	S.O.
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	S.O.	S.O.	S.O.
Nombre de semaines où le taux d'engorgement dans les unités régulières excède 8 %	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

La région 10, Nord-du-Québec est desservie, pour ce volet, par les centres jeunesse des régions 02 et 08 par entente. Les données seront fournies par ces régions.

Nom : Diane Laboissonnière

Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes	
-------------------------------	--

Axe:	Services de première ligne - toxicomanies
-------------	--

Objectifs de résultats 2005-2010	Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de jeunes évalués et référés par un mécanisme d'accès concerté et coordonné en toxicomanie	0	5	0

Commentaires

Il n'y a toujours pas de mécanismes d'accès concertés et coordonnés en toxicomanie jeunesse. Le nombre d'intervenants très limité, la bonne connaissance des services par ceux-ci et le nombre réduit de la clientèle engendrent une ambivalence sur la légitimité d'un tel mécanisme, diminuent l'adhésion des partenaires dans les investissements humains à y consacrer.

Nom : Diane Laboissonnière

Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Jeu pathologique
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	14	12	14

Commentaires

Il existe toujours, dans notre région, des difficultés au recrutement et à la rétention du personnel psychosocial, et ce, davantage dans ce programme puisque les tâches assignées aux intervenants sont très partielles. Ceci a des impacts sur notre capacité à éviter les ruptures de service.

Nom : Diane Laboissonnière

Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Services de première ligne – santé mentale
-------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateurs	<i>Résultats 2004-2005</i>	<i>Cibles* 2005-2006</i>	<i>Résultats 2005-2006</i>
Nombre d'utilisateurs (moins de 18 ans) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation, de traitement et de suivi en première ligne santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)	17	8	18
Nombre d'utilisateurs (18 ans et plus) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation, de traitement et de suivi en première ligne en santé mentale en CLSC (mission CLSC)	180	149	182

<i>Commentaires</i>	
Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : - En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants) - En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants)

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre moyen d'utilisateurs de 18 ans et plus ayant reçu des services de soutien d'intensité variable dans la communauté	2	10	1.13
Nombre moyen d'utilisateurs de 18 ans et plus qui ont reçu des services de suivi intensif	N.A.	N.A.	N.A.

Commentaires

Les résultats ne comprennent pas la clientèle desservie par l'organisme communautaire *Corporation le Zéphir*.

Nom : Diane Laboissonnière

Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes	
-------------------------------	--

Axe:	Services d'urgence
------	--------------------

Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Séjour moyen sur civière	S.O.	S.O.	S.O.
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	S.O.	S.O.	S.O.
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	S.O.	S.O.	S.O.
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus			

Commentaires

Délai d'attente faible et prise en charge rapide dans les urgences de la région.

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2006
----------------------------	--------------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Soins palliatifs
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'utilisateurs desservis en soins palliatifs à domicile	18	23	15
Nombre moyen d'interventions par utilisateur en soins palliatifs à domicile	7,3	10	8,73

Commentaires

L'absence de faisabilité d'une équipe 24/7 dans chaque centre de santé explique le faible nombre d'interventions par utilisateur à domicile et, par le fait même, l'utilisation plus élevée des services en hospitalisation. La clientèle est référée vers l'urgence en dehors des heures de travail régulière. Il n'y a aucun soins infirmiers à domicile le soir et la nuit.

Par contre à Chibougamau, Chapais et à Lebel-sur-Quévillon, les infirmières assument une *disponibilité volontaire* (garde) à tour de rôle au besoin, lors d'un suivi palliatif en phase terminale. Par contre, à Matagami, le manque de ressources empêche d'assurer un service de garde au besoin

Nom : Diane Laboissonnière

Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes	
-------------------------------	--

Axe:	Lutte contre le cancer
-------------	-------------------------------

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 8 semaines.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de patients en attente de plus de 8 semaines entre la consultation du radio-oncologue et le début du traitement	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

Les services de radio-oncologie ne sont pas disponibles dans la région.

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2006
----------------------------	--------------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Cardiologie tertiaire
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en hémodynamie.

Indicateurs	<i>Résultats 2004-2005</i>	<i>Cibles* 2005-2006</i>	<i>Résultats 2005-2006</i>
Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie	S.O.	S.O.	S.O.
Priorité 1 à 4 :	S.O.	S.O.	S.O.
Priorité 5.1 et 5.2 :	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

Aucun service dans la région.

Nom : Diane Laboissonnière

Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes	
-------------------------------	--

Axe:	Cardiologie tertiaire
-------------	------------------------------

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en chirurgie cardiaque.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque	S.O.	S.O.	S.O.
Priorité 1 à 4 :	S.O.	S.O.	S.O.
Priorité 5.1 et 5.2 :	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires		
Aucun service dans la région.		
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nom : Diane Laboissonnière</td> <td style="width: 50%;">Date : 31 mai 2006</td> </tr> </table>	Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2006
Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2006	

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Cardiologie tertiaire
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en électro-physiologie.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en électro-physiologie	S.O.	S.O.	S.O.
Priorité 1 et 2 :	S.O.	S.O.	S.O.
Priorité 3, 4 et 5 :	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

Aucun service dans la région.

Nom : Diane Laboissonnière

Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe: Chirurgie

Objectifs de résultats 2005-2010

Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de chirurgies réalisées en orthopédie pour le remplacement total de la hanche	S.O.	S.O.	S.O.
Nombre de chirurgies réalisées en orthopédie pour le remplacement total du genou	S.O.	S.O.	S.O.
Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	S.O.	S.O.	S.O.
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	438	394	440
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	227	168	161

Commentaires

Aucun service de chirurgie en orthopédie ou de la cataracte.

Nom : Diane Laboissonnière **Date :** 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Gestion des bâtiments et des équipements
Objectifs de résultats	Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux de dépenses en administration et en soutien aux services et la réduction de la consommation d'énergie.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Taux des dépenses en administration et en soutien aux services			
Consommation en giga joules par mètre carré	1.91		1.85

Commentaires

Nom : Diane Laboissonnière

Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Personnel du réseau et du Ministère
-------------	--

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées			

Commentaires Non applicable à la région 10.		
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nom : Diane Laboissonnière</td> <td style="width: 50%;">Date : 31 mai 2006</td> </tr> </table>	Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2006
Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2006	

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Prévention des infections nosocomiales
Objectifs de résultats 2005-2010	Réduire l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales en centre hospitalier courte durée - 1 ETP pour 133 lits de courte durée	1	1	1
Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales en centre d'hébergement et de soins de longue durée - 1 ETP pour 250 lits de longue durée	1	1	1

Commentaires

Nom : Diane Laboissonnière

Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes	
-------------------------------	--

Axe:	Prestation sécuritaire des services
-------------	--

Objectifs de résultats 2005-2010	Mettre en place des mesures spécifiques, dans 100 % des établissements, pour assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux.
----------------------------------	---

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 1 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'établissements ayant mis en place un comité de gestion du risque et de la qualité	0	1	Amorcé
Nombre d'établissements dont le conseil d'administration a entériné une politique de divulgation de tout accident à un usager	1	1	1
Nombre d'établissements qui déclarent les incidents/accidents	1	1	1
Nombre d'établissements ayant mis en place un registre local des incidents/accidents	1	1	1
Nombre d'établissements ayant sollicité l'agrément de leurs services par un organisme d'accréditation reconnu	0	1	1

Commentaires

Empty space for comments

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2006
----------------------------	--------------------

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

1. La cible étant 100 % des établissements, inscrire dans cette colonne le nombre total d'établissements de la région pour pouvoir juger du degré d'atteinte de la mesure.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	Équilibre budgétaire
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Résultat d'exploitation	<281 808 \$>	<168 387 \$>	<162 956 \$>

Commentaires

Le résultat 2005-2006 est sous réserve des modifications pouvant être apportées à la suite de l'analyse du vérificateur externe.

Nom : Diane Laboissonnière

Date : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Annexe 2

***Organigramme
du Centre régional de santé et
de services sociaux de la Baie-James
au 31 mars 2006***





Annexe 3

Données financières



Aux membres du conseil d'administration du
CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

J'ai vérifié les états financiers, renseignements complémentaires, données et annexes énumérés à la table des matières du rapport financier annuel du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James de l'exercice terminé le 31 mars 2006, lequel a été présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en conformité avec l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La responsabilité de ce rapport financier annuel incombe à la direction de l'Établissement. Ma responsabilité consiste, en me fondant sur ma vérification, à exprimer une opinion sur ce rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux.

Ma vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que le rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux sont exempts d'inexactitudes importantes, d'omissions et de lacunes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans le rapport financier annuel. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble du rapport financier annuel.

À mon avis:

- l'Établissement s'est conformé aux dispositions de la Loi susmentionnée et aux Règlements s'y rapportant dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses charges ou son volume de services ou d'activités, à l'exception du commentaire numéro 1 mentionné à l'annexe au rapport du vérificateur, page 121.00;
- l'Établissement s'est conformé aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;
- les pratiques comptables de l'Établissement sont conformes aux normes et définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux;
- les unités de mesure utilisées par l'Établissement sont conformes aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'exception du commentaire numéro 2 mentionné à l'annexe au rapport du vérificateur, page 121.00;
- les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives suivies par l'Établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel, sont valables;
- les procédures de contrôle interne relative aux données financières suivies par l'Établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel, sont valables;

Rapport du vérificateur externe

exercice terminé le 31 mars 2006

- L'établissement s'est conformé aux directives administratives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'exception du commentaire numéro 1 mentionné à l'annexe au rapport du vérificateur, page 121.00;

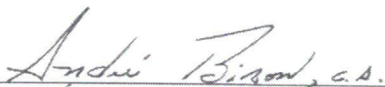
Le rapport financier annuel donne, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'établissement au 31 mars 2006, ainsi que ses revenus et ses charges, de l'évolution de sa situation financière et des données financières et quantitatives de ses centres d'activités pour l'exercice terminé à cette date conformément aux normes et aux pratiques comptables reconnues dans les établissements relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le rapport financier annuel, qui n'a pas été établi, et qui n'avait pas à être établi, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, est fourni uniquement à titre d'information et pour être utilisé par les administrateurs de l'établissement ainsi que par le ministère de la Santé et des Services sociaux, afin de satisfaire à l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le rapport financier annuel n'est pas destiné à être utilisé, et ne doit pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles il a été établi.

Nom de
l'associé
responsable André Biron, CA

Nom du
vérificateur ANDRÉ BIRON, COMPTABLE AGRÉÉ
552, 3ième Rue, bureau 203
Chibougamau, Québec
G8P 1N9

Téléphone: 418-748-2684


ANDRÉ BIRON, COMPTABLE AGRÉÉ

Télécopieur: 418-748-7391

Le 13 juin 2006

Annexe au rapport du vérificateur

exercice terminé le 31 mars 2006

NUMÉRO DU
COMMENTAIRE

COMMENTAIRES

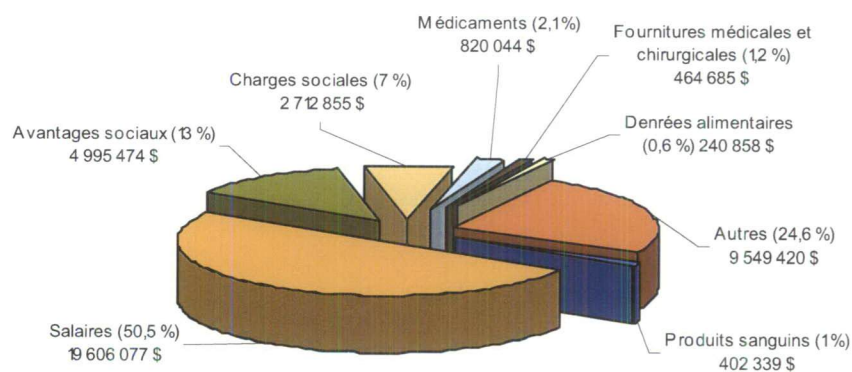
- 1 - Des garanties de travail ont été versées au personnel infirmier pour un montant de 3 336\$. De plus, du temps supplémentaire a été payé à certains cadres, pour un montant de 414\$, en rapport avec les mesures d'urgence. Enfin, une prime a été versée aux pharmaciens. Ces montants n'ont pas été comptabilisés dans les charges extraordinaires.
- 2 - Certaines unités de mesure n'étaient pas disponibles et/ou non compilées correctement pour fins de vérification.

États des résultats – Activités principales Pour l'exercice terminé le 31 mars 2006

Revenus	Exercice courant	Exercice précédent
Agence ou Ministère	36 824 728 \$	34 123 336 \$
Revenus provenant des usagers	1 067 193 \$	930 041 \$
Ventes de services	221 726 \$	264 720 \$
Recouvrements	347 519 \$	281 640 \$
Revenus d'autres sources	167 630 \$	152 639 \$
Total des revenus	38 628 796 \$	35 752 376 \$

Charges	Exercice courant	Exercice précédent
Salaires	19 606 077 \$	18 309 710 \$
Avantages sociaux	4 995 474 \$	4 755 037 \$
Charges sociales	2 712 855 \$	2 518 079 \$
Médicaments	820 044 \$	689 836 \$
Produits sanguins	402 339 \$	0 \$
Fournitures médicales et chirurgicales	464 685 \$	416 952 \$
Denrées alimentaires	240 858 \$	229 348 \$
Autres	9 549 420 \$	9 115 222 \$
Total des charges	38 791 752 \$	36 034 184 \$
Déficit	<162 956> \$	<281 808> \$

Répartition des charges par nature



Répartition des charges par programmes ou services Pour l'exercice terminé le 31 mars 2006

Programmes et services	Exercice courant	Exercice précédent
Mission CLSC		
Administration et soutien aux services	586 473 \$	526 173 \$
Gestion des bâtiments et des équipements	297 908 \$	314 857 \$
Enfance, jeunesse, famille	504 585 \$	503 602 \$
Dépendance	277 150 \$	289 732 \$
Personnes âgées en perte d'autonomie	32 521 \$	16 479 \$
Déficience physique	71 609 \$	75 233 \$
Déficience intellectuelle	251 637 \$	107 945 \$
Santé mentale	1 012 240 \$	1 243 051 \$
Santé physique	1 454 651 \$	1 451 101 \$
Santé publique	1 083 283 \$	962 899 \$
Soutien à domicile et autres	2 413 360 \$	1 908 682 \$
Charges attribuables à la mission CLSC	7 985 417 \$	7 399 754 \$
Mission CH		
Soins infirmiers et soins d'assistance – usagers admis	4 547 519 \$	4 374 060 \$
Ressources intermédiaires de type familial et autres	161 300 \$	65 501 \$
Services ambulatoires	1 707 081 \$	1 728 097 \$
Santé publique	10 998 \$	12 281 \$
Services de soutien à domicile	59 990 \$	36 244 \$
Services diagnostiques et thérapeutiques	8 181 782 \$	6 962 385 \$
Mesures de sécurité et stabilité d'emploi	143 641 \$	33 980 \$
Administration et soutien aux services	7 916 853 \$	8 342 031 \$
Gestion des bâtiments et des équipements	2 935 830 \$	2 578 902 \$
Charges attribuables à la mission CH	25 664 994 \$	24 133 481 \$
Mission CHSLD		
Soins infirmiers et soins d'assistance – usagers hébergés	1 940 427 \$	1 843 024 \$
Services diagnostiques et thérapeutiques	255 250 \$	193 663 \$
Charges attribuables à la mission CHSLD	2 195 677 \$	2 036 687 \$
Mission CR		
Ressources intermédiaires de type familial et autres ressources	25 792 \$	0 \$
Soutien à la personne et à la communauté (déficience intellectuelle)	0 \$	0 \$
Charges attribuables à la mission CR	25 792 \$	0 \$

Suivi de certaines charges

Charges	Réel 2004-2005	Réel 2005-2006	Budget 2005-2006	Écart budgétaire
Assurance salaire	766 170 \$	728 654 \$	627 860 \$	< 100 794 > \$
Aide à domicile (6530)	643 115 \$	666 593 \$	557 790 \$	< 108 803 > \$
Transport des bénéficiaires	1 805 066 \$	2 073 517 \$	1 772 106 \$	< 301 411 > \$
Médicaments	689 836 \$	820 425 \$	720 365 \$	< 100 060 > \$
Total	3 904 187 \$	4 289 189 \$	3 678 121 \$	<611 068 > \$

Bilan du fonds d'exploitation au 31 mars 2006

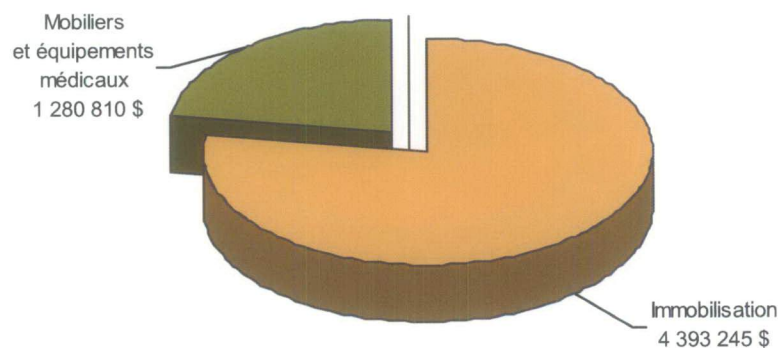
Actif	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF À COURT TERME		
Encaisse	784 297 \$	1 030 882 \$
Débiteur - Agence et Ministère	1 900 598 \$	522 349 \$
Autres débiteurs	1 029 711 \$	809 764 \$
Charges payées d'avance	385 965 \$	331 759 \$
Stocks	329 299 \$	310 199 \$
Créances interfonds : Fonds d'immobilisation	24 056 \$	82 486 \$
Total de l'actif à court terme	4 453 926 \$	3 087 439 \$
Autres éléments d'actif	84 835 \$	205 330 \$
Total de l'actif	4 538 761 \$	3 292 769 \$
Passif et solde de fonds		
PASSIF À COURT TERME		
Autres créiteurs	3 037 195 \$	2 850 324 \$
Dettes interfonds : Fonds d'immobilisation	0 \$	0 \$
Revenus reportés	2 577 500 \$	1 312 740 \$
Total du passif à court terme	5 614 695 \$	4 163 064 \$
Autres éléments du passif	156 317 \$	199 017 \$
Total du passif	5 771 012 \$	4 362 081 \$
Solde de fonds	< 1 232 251 > \$	< 1 069 312 > \$
Total du passif et du solde de fonds	4 538 761 \$	3 292 769 \$

Bilan du fonds d'immobilisation au 31 mars 2006

Actif	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF À COURT TERME		
Encaisse	540 036 \$	1 249 114 \$
Débiteur - Agence et Ministère	133 316 \$	165 109 \$
Autres débiteurs	499 518 \$	46 288 \$
Créances interfonds	0 \$	0 \$
Total de l'actif à court terme	1 172 870 \$	1 460 511 \$
Immobilisations	42 079 383 \$	36 583 615 \$
Total de l'actif	43 252 253 \$	38 044 126 \$

Passif et solde de fonds	Exercice courant	Exercice précédent
PASSIF À COURT TERME		
Autres créiteurs	173 318 \$	19 983 \$
Dettes interfonds	24 056 \$	82 486 \$
Fraction à moins d'un an de la dette à long terme	0 \$	0 \$
Autres éléments	0 \$	912 311 \$
Total du passif à court terme	197 374 \$	1 014 780 \$
PASSIF À LONG TERME		
Financement temporaire – Enveloppes décentralisées	2 208 333 \$	1 823 657 \$
Obligations et autres éléments	16 613 696 \$	13 154 931 \$
Total du passif à long terme	18 822 029 \$	14 978 588 \$
Total du passif	19 019 403 \$	15 993 368 \$
Solde de fonds	24 232 850 \$	22 050 758 \$
Total du passif et du solde de fonds	43 252 253 \$	38 044 126 \$

Fonds immobilisations - Acquisition de l'année : 5 674 055 \$



Annexe 4

*Code d'éthique et de déontologie
du conseil d'administration*

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le *Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration* a été adopté par les membres du conseil le 7 décembre 1999. Comme le prévoit la *Loi sur le ministère exécutif* (art. 3.0.4), vous trouverez une copie de ce code aux pages suivantes du présent rapport. Au cours de l'année 2005-2006, aucun cas de manquement des membres du conseil n'a été constaté ni traité.

Code d'éthique et de déontologie

**DU
CONSEIL D'ADMINISTRATION**

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

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

LE 7 DÉCEMBRE 1999

TABLE DES MATIÈRES

<i>DÉCLARATION DE PRINCIPE</i>	113
<i>DISPOSITIONS GÉNÉRALES</i>	113
1. <i>DEVOIRS ET OBLIGATIONS</i>	113
2. <i>RÈGLES RELATIVES AUX CONFLITS D'INTÉRÊTS</i>	114
3. <i>DÉCLARATION D'INTÉRÊTS</i>	114
4. <i>RÈGLES RELATIVES AUX ASSEMBLÉES</i>	115
5. <i>INTERDICTION DES PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION</i>	116
6. <i>DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT</i>	116
7. <i>MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE</i>	116
8. <i>ENQUÊTE ET IMMUNITÉ</i>	117
9. <i>PUBLICITÉ DU CODE</i>	117
<i>ENGAGEMENT PERSONNEL</i>	118
<i>DÉCLARATION DES INTÉRÊTS</i>	119

DÉCLARATION DE PRINCIPE

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

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

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

- **priorisation des intérêts de la population à desservir ;**
- **distribution équitable des ressources de la région.**

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

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

1. DEVOIRS ET OBLIGATIONS

- 1.1 Le membre s'engage à agir avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne de bonne foi, raisonnable, avec honnêteté et loyauté.
- 1.2 Le membre s'engage à agir de façon courtoise et à maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
- 1.3 Le membre s'engage à aborder ses décisions en fonction de leurs implications sur la qualité et l'accessibilité des services ; il tient donc compte de l'ensemble des conséquences que peut avoir son administration sur le service à donner au public et sur le bon usage des fonds publics.
- 1.4 Le membre s'engage à assister aux assemblées du conseil d'administration.

- 1.5 Le membre s'engage, dans le processus décisionnel, à prendre connaissance de tous les éléments de la question, à demander des informations complémentaires et des éclaircissements au besoin ; il se prononce alors de la manière la plus objective possible.
- 1.6 Le membre s'engage à agir avec respect et dignité dans la manifestation publique de ses opinions.
- 1.7 Le membre s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus dans l'exercice de sa fonction ; à ce chapitre, il devra s'abstenir de toute fuite ou confidence lorsque le conseil aura décidé de les maintenir à huis clos.
- 1.8 Le membre s'engage à s'acquitter de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.
- 1.9 Le membre s'engage à éviter toute partisanerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

2. RÈGLES RELATIVES AUX CONFLITS D'INTÉRÊTS

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

3. DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

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

Article 154

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

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

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

4. RÈGLES RELATIVES AUX ASSEMBLÉES

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

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

5. INTERDICTION DES PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION

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

6. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT

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

7. MÉCANISME D'APPLICATION DU CODE

- 7.1 Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie, en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.
- 7.2 Le président ou le vice-président en saisit le Comité d'éthique et de déontologie qui doit alors se réunir, au plus tard, dans les trente jours suivants.

Tout membre du comité peut aussi, de sa propre initiative, saisir le Comité d'éthique de toute situation de comportement irrégulier d'un administrateur.
- 7.3 Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation ; il est entendu que la confidentialité doit être compatible avec l'équité procédurale.

- 7.4 Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, cette personne a le droit d'être entendue, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'elle juge pertinent.
- 7.5 Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de mesure à prendre. Ce rapport est confidentiel.
- 7.6 Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision mais il peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.
- 7.7 Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, différentes mesures peuvent être prises (le rappel à l'ordre, le blâme, la réprimande, la suspension, le recours en déchéance de charge, etc.). L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

8. ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

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

9. PUBLICITÉ DU CODE

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

ENGAGEMENT PERSONNEL

Je, _____
membre du conseil d'administration,

ai pris connaissance du

Code d'éthique et de déontologie

*applicable aux membres du conseil d'administration
du Centre régional de santé et de services sociaux
de la Baie-James.*

Je déclare en comprendre le sens et la portée.

Signature

Date

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

***d'un membre du conseil d'administration
autre que le directeur général***

Je, _____, déclare les intérêts suivants :

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

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

3. J'occupe les emplois suivants :

Emploi

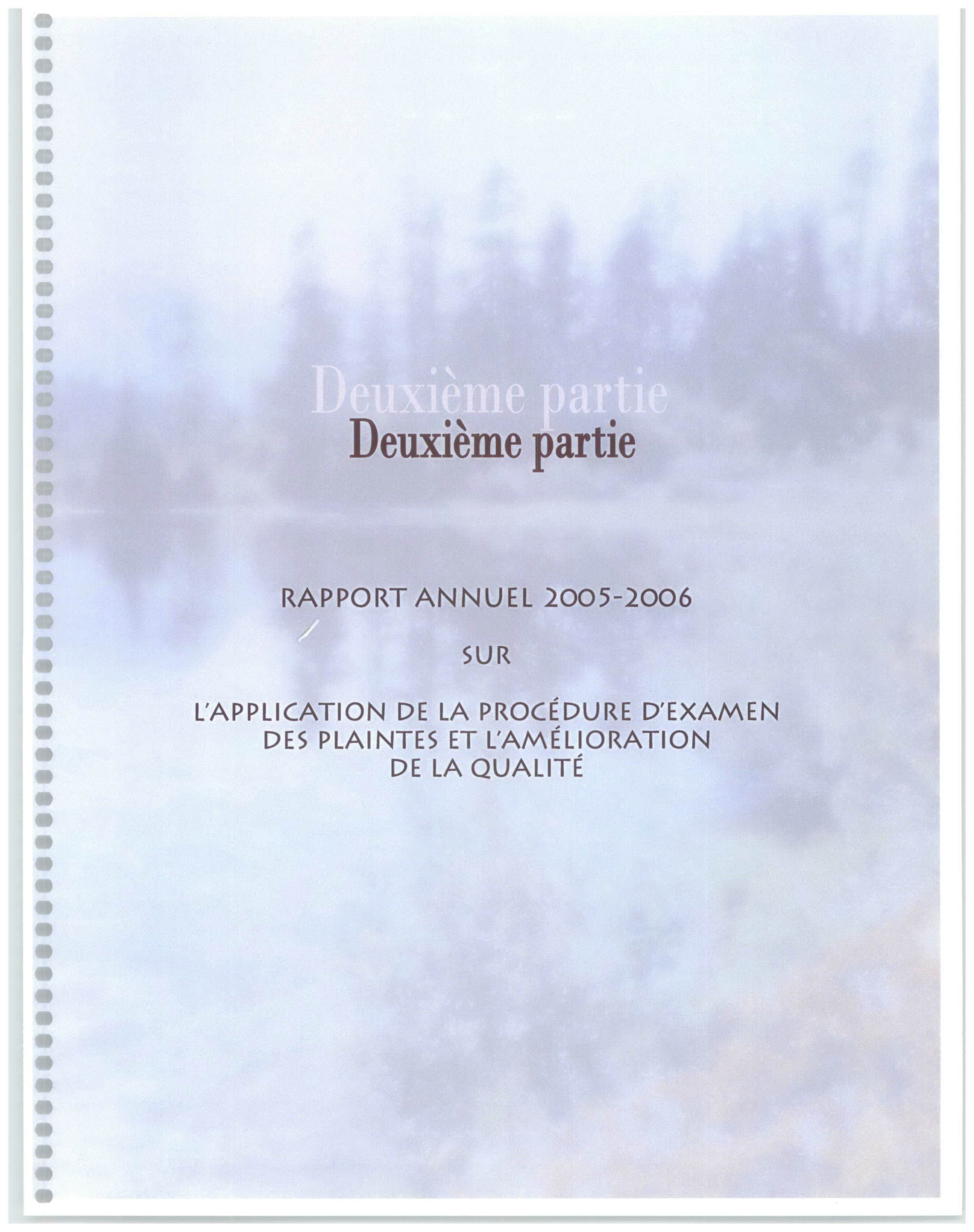
Employeur

_____	_____
_____	_____

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

Prénom et nom

Date

The background of the page is a soft-focus photograph of a forest with tall, thin trees. On the left side of the page, there is a vertical line of small, dark, circular dots.

Deuxième partie Deuxième partie

RAPPORT ANNUEL 2005-2006

/
SUR

L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN
DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION
DE LA QUALITÉ





RAPPORT ANNUEL 2005-2006

**SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE
D'EXAMEN DES PLAINTES**

ET

L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Auteurs : M^{me} Diane Laboissonnière
M^{me} Caroline Frigon

Adopté par
le conseil d'administration
le 20 septembre 2006

TABLE DES MATIÈRES

MOT DE LA COMMISSAIRE RÉGIONALE ET LOCALE ADJOINTE À LA QUALITÉ DES SERVICES	127
--	-----

SECTION 1

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DES CLIENTÈLES : DES ACTIONS STRUCTURÉES ET COORDONNÉES

Code d'éthique et de déontologie du CRSSS de la Baie-James	130
Régime d'examen des plaintes en 2005-2006	131
Les étapes succinctes du cheminement d'une plainte au CRSSS de la Baie-James	133
Protocole d'entente entre le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James et le Protecteur des usagers	133
Comité des usagers du Centre de santé de Chibougamau	134
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Nord-du-Québec (Jamésie) (CAAP)	134
Démarches d'agrément de l'établissement	135
Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle	135
Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux	136
Prévention des infections	136
Plan régional des mesures d'urgence – mission santé et Plan de lutte à une Pandémie influenza – mission santé	137
Visite d'appréciation de la qualité de vie assurée aux personnes hébergées dans un établissement à vocation d'hébergement et de soins de longue durée « Milieux de vie »	137

SECTION 2

Bilan des plaintes examinées par le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James en 2005-2006

Mission d'agence (niveau régional)

Nombre de plaintes régionales	138
Mode de dépôt des plaintes conclues	139
Délais de traitement des plaintes	139
Objets de la plainte	139
Suites données aux plaintes selon les types d'action	140

Mission établissement (niveau local)

Nombre de plaintes locales	141
Répartition des plaintes en traitement, reçues et conclues par mission – 2005-2006	142
Mode de dépôt des plaintes conclues.....	142
Délais de traitement des plaintes.....	143
Objets de plaintes	143
Suites données aux plaintes selon les types d'action	145

Bilan des demandes d'intervention, d'assistance et d'information au Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James en 2005-2006	146
--	------------

SECTION 3

Conclusion.....	148
------------------------	------------

ANNEXE I – DÉFINITION DES DIFFÉRENTS OBJETS DE PLAINTES	149
--	------------

Liste des tableaux

Mission agence (niveau régional)

Tableau 1	Nombre de plaintes	138
Tableau 2	Mode de dépôt des plaintes conclues.....	139
Tableau 3	Auteur de la plainte et nature de l'intérêt.....	139
Tableau 4	Délais de traitement	139
Tableau 5	Objets de plaintes des dossiers conclus selon leur niveau de traitement	140
Tableau 6	Motifs des objets de plaintes et mesures correctives.....	140
Tableau 7	Suites données aux plaintes selon les types d'action	140

Mission établissement (niveau local)

Tableau 8	Nombre de plaintes	141
Tableau 9	Mode de dépôt des plaintes conclues.....	142
Tableau 10	Auteur de la plainte et nature de l'intérêt.....	142
Tableau 11	Qualité de l'assistant et lien avec l'utilisateur	142
Tableau 12	Délais de traitement	143
Tableau 13	Objets de plaintes des dossiers conclus selon leur niveau de traitement	144
Tableau 14	Objets des plaintes et mesures correctives conclues par la commissaire à la qualité des services.....	144
Tableau 15	Objets de plaintes et mesures correctives conclues par le médecin examinateur ..	145
Tableau 16	Suites données aux plaintes selon les types d'action	145

MOT DE LA COMMISSAIRE RÉGIONALE ET LOCALE ADJOINTE À LA QUALITÉ DES SERVICES

Madame,
Monsieur,

C'est avec quelque peu d'appréhension que j'ai pris la relève de madame Diane Laboissonnière, commissaire régionale et locale à la qualité des services, suite à sa nomination à titre de directrice générale intérimaire en novembre 2005. Dans un esprit de continuité, j'ai assuré le suivi du traitement des plaintes en cours ainsi que le traitement des nouvelles plaintes reçues. J'ai également été mise à contribution en soutien et en assistance auprès des usagers, de leur famille ou encore d'intervenants lors de demandes d'intervention plus spécifique ou encore en suivi d'une démarche d'amélioration continue de qualité suite à l'initiative de la commissaire à la qualité. Je dois souligner que la collaboration obtenue de mes partenaires de la région et du Bureau du Protecteur des usagers m'a permis de m'acquitter de cette responsabilité avec plus d'assurance et de confiance.

Ce présent rapport annuel sur le régime d'examen des plaintes en matière de santé et de services sociaux et sur l'amélioration continue de la qualité des services dans la région Nord-du-Québec témoigne des efforts constants de notre organisation à assurer la promotion des droits des usagers et leur satisfaction à l'égard des services qu'ils reçoivent ou devraient recevoir ainsi qu'aux actions entreprises en vue de l'amélioration de la qualité des services.

Le régime d'examen des plaintes des usagers et sur l'amélioration continue de la qualité des services a subi quelques changements au fil des années, ce qui illustre bien son évolution constante. Celle-ci est plus apparente depuis l'adoption en novembre dernier du *Projet de Loi 83 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS)*, dont l'implantation se fait progressivement depuis, et se poursuivra au cours de la prochaine année.

Il importe de souligner certains changements majeurs qui ont un impact direct sur le régime et qui donneront des leviers qui apparaîtront plus objectifs pour la population et les usagers.

D'abord, la Loi modifie le titre de commissaire régional et local à la qualité des services par celui de commissaire aux plaintes et à la qualité des services, ce qui témoigne de la volonté du législateur de mettre l'accent sur le traitement des plaintes et des insatisfactions des usagers dans une perspective de respect des droits des usagers et de leur satisfaction à l'égard des soins et des services qu'ils reçoivent ou devraient recevoir. Cette nouvelle appellation reflète plus fidèlement le rôle de commissaire.

De plus, les modifications apportées à la LSSS ont introduit des changements importants dans la fonction de commissaire. Ce dernier est nommé par le conseil d'administration dont il relèvera, et exerce exclusivement les fonctions prévues dans la Loi. Le commissaire est le seul responsable envers ce conseil d'administration de la procédure d'examen des plaintes, qui doit prendre tous les moyens pour préserver en tout temps l'indépendance du commissaire régional et local aux plaintes et à la qualité des services. Cette exclusivité de fonctions a pour but d'assurer qu'il soit perçu par la population et les usagers comme une personne indépendante et crédible, qui peut agir comme conciliateur, médiateur ou arbitre dans les situations qui lui sont soumises, sans interférence avec d'autres fonctions de l'organisation.

La direction de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux assume un leadership dans la mise en place des changements prescrits par la LSSS en publiant des lignes directrices relatives au commissaire aux plaintes et à la qualité des services qui, tout en demandant quelques ajustements dans nos façons de faire, guident la démarche de ces changements.

L'adoption du *Projet de Loi 83* conduit vers d'autres changements ou encore consolide des changements déjà amorcés, qui ont ou auront un impact significatif dans notre établissement.

La Loi prévoit la mise en place du Comité de vigilance et de la qualité formé par le Conseil d'administration, duquel est membre le commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Elle prévoit également la mise en place d'un comité régional des usagers, dont les travaux seront amorcés cet été en vue de sa création, de sa représentation des communautés de l'ensemble de notre territoire et de son intégration dans les activités de l'organisation. Il existe actuellement un comité local des usagers, et ce dernier sera mis à profit pour soutenir la démarche de création du comité régional.

La LSSS prévoit également que l'établissement s'inscrive dans le processus d'agrément de son établissement. La demande a été adressée au Conseil canadien d'agrément des établissements de santé et de services sociaux en décembre 2005, et la visite est prévue en septembre 2008. D'ici là, notre établissement élaborera sa démarche et son plan d'action en vue de se préparer adéquatement à cette visite. L'agrément de nos laboratoires se fera en même temps.

Nous poursuivons nos travaux en vue de mettre en place le règlement concernant l'utilisation des mesures de contrôle pour les usagers, la déclaration des incidents et accidents ainsi que la divulgation des accidents aux usagers. Ce dossier progresse lentement et au cours de la prochaine année, il devra connaître son aboutissement incluant aussi l'information et la formation des intervenants concernés.

Suite à l'adoption du code d'éthique et de déontologie de notre établissement, soit *Des valeurs et des principes éthiques et déontologiques* par le conseil d'administration en juin 2004, nous poursuivons sa diffusion et sa promotion auprès du public et de nos employés, sous forme de rencontres d'échanges et en distribuant le document de soutien.

Le CRSSS de la Baie-James a entrepris depuis deux ans des travaux en vue de se doter d'un programme de prévention des infections, de la surveillance des éclosions et la formation du personnel et des médecins quant aux mesures préventives et l'intervention en cas d'apparition d'infection. Le dossier a pris un peu de retard compte tenu de l'absence de notre conseillère, mais les activités sont maintenant redémarrées et vont bon train.

Au cours de l'année 2005-2006, l'établissement a continué ses travaux d'élaboration du *Projet clinique*. L'implication des professionnels et des médecins dans cette démarche est manifeste. Ce projet est en soi un projet organisationnel auquel nous avons donné toute sa place et son importance. En juin 2005, les priorités découlant du *Projet clinique* ont été présentées au conseil d'administration et sont maintenant considérées dans la planification de l'organisation.

Nous voulons profiter de l'occasion qu'est la rédaction de ce rapport annuel pour remercier tous nos partenaires, les intervenants de l'établissement, les intervenants du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Nord-du-Québec (Jamésie) (CAAP) et les personnes-ressources du Bureau du Protecteur des usagers pour leur excellent soutien et leur précieuse collaboration. Un merci tout spécial au Dr Gilbert Lemay, médecin examinateur, pour son implication et son soutien dans tout le processus d'examen des plaintes des usagers.

La Commissaire régionale et locale adjointe à la qualité des services,



Caroline Frigon

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DES CLIENTÈLES : DES ACTIONS STRUCTURÉES ET COORDONNÉES

Le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (CRSSS de la Baie-James) et les organismes du réseau du Nord-du-Québec travaillent de concert pour assurer un accès continu à une gamme de services de qualité afin de répondre adéquatement aux attentes de la population. En interrelation avec les instances nationales, dont le Bureau du Protecteur des usagers, les partenaires locaux et régionaux oeuvrent en conformité et dans l'esprit des dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)*, ainsi que la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de services de santé et de services sociaux*.

Dans cette première partie, le CRSSS de la Baie-James souhaite vous informer sur les actions en cours visant l'instauration d'une dynamique d'amélioration continue de la qualité des services.

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DU CRSSS DE LA BAIE-JAMES

En vertu de l'article 233 de la *LSSSS*, qui dit que

« Tout établissement doit se doter d'un code d'éthique qui indique les droits des usagers et les pratiques et conduites attendues des employés, des stagiaires, y compris des résidents en médecine, et des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement à l'endroit des usagers »

le CRSSS de la Baie-James a procédé à l'adoption de son code d'éthique et de déontologie, sous forme de règlement, par le conseil d'administration de juin 2004. Le code d'éthique est uniforme et harmonisé pour tout l'établissement, soit le siège social et ses cinq installations, desservant ses différentes communautés. Nous avons traduit à l'intérieur de ce document, nos valeurs et nos principes éthiques et déontologiques et en avons poursuivi la promotion. Nous sommes à en faire la diffusion à tous nos employés et aux médecins, ainsi qu'au public qui en fait la demande.

Il nous importe de rappeler ici ce qui a déjà été écrit à ce sujet dans le rapport de l'an dernier.

« Le CRSSS de la Baie-James se définit comme une composante importante et significative de sa communauté. Il veut participer activement à son devenir en planifiant, en coordonnant et en dispensant, pour le bien-être de la population du territoire, un ensemble de services et de programmes de santé et de services sociaux qui répondent aux attentes et aux besoins de ses clientèles. Ainsi, le CRSSS de la Baie-James, via ses installations dans les localités de son territoire, offre une gamme de services de base intégrés et continus, soit des services de santé et des services sociaux courants, des services diagnostiques et des soins médicaux généraux ou spécialisés et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion et des services d'hébergement.

À cette fin, l'établissement s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leur famille soient rejointes, que leurs

besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile, ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Comme organisation de santé et de services sociaux, elle en est la principale promotrice à travers toutes ces composantes.

Cet exercice a comme résultat Des valeurs et des principes éthiques et déontologiques. Les énoncés éthiques présentés dans ce document constituent l'expression écrite des valeurs partagées par les membres du personnel à ce moment-ci de son histoire. Le CRSSS de la Baie-James se fait le promoteur de ces énoncés, qui manifestent ce que nous sommes, notre façon particulière de concevoir les rapports humains dans cet établissement à fonction éminemment sociale, c'est-à-dire au service du public. Sa finalité ultime est la personne qui requiert ses services.

Ces énoncés sont le produit d'une démarche collective dans notre organisation. Le fait qu'ils soient situés par rapport à des valeurs plutôt qu'à des devoirs leur donne tout leur sens : partager des valeurs communes permet de donner une direction à l'action.

*Souscrire à ces valeurs et principes constitue au premier chef **un engagement**, celui de nous centrer sur la dimension humaine de nos activités. Nous affirmons que la personne qui entre en contact avec nous occupe la place la plus importante et que cette reconnaissance s'inscrit dans le but commun que nous poursuivons: la santé et le bien-être de chaque personne dans le respect de ses droits. »*

La reconnaissance des droits des personnes qui utilisent les services du CRSSS de la Baie-James engendre, en contrepartie, des responsabilités ou des devoirs de leur part. Ce sont en quelque sorte des engagements auxquels elles acceptent de souscrire dans le but de favoriser la prestation de services dans un climat d'harmonie et de franche collaboration.

Que nous soyons membre du personnel, collaborateur ou usager, il est important de se rappeler que, par ses attitudes et ses comportements, chaque personne affiche sa façon originale et spécifique de considérer le monde qui l'entoure et de l'influencer.

RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES EN 2005-2006

Le régime d'examen des plaintes des usagers concernant les services de santé et les services sociaux, depuis sa modification en 2001, a mis l'accent sur un plus grand respect de leurs droits, en misant sur la promotion de ceux-ci, tant auprès des usagers que des administrateurs, des gestionnaires, des employés, des médecins ou de toute personne oeuvrant auprès de la clientèle.

Pour notre région, et compte tenu de notre organisation unique au Québec, du fait qu'il n'y ait qu'un établissement intégrant aussi la mission d'agence de santé et de services sociaux, la commissaire à la qualité des services joue un rôle de premier plan au sein de notre organisation, tant au niveau local qu'au niveau régional, à cet égard. Il faut également souligner la présence du médecin examinateur qui assume la responsabilité du traitement des plaintes concernant les médecins, dentistes, pharmaciens et résidents. Il travaille avec la commissaire régionale et locale et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Vous trouverez au schéma I, le cheminement des plaintes selon ce régime qui a maintenant plus de quatre années d'existence et qui se transformera à compter du premier avril 2006, suite aux changements découlant de l'adoption du *Projet de Loi 83 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS)*.

Le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James a reçu le mandat d'examiner, en première instance, les plaintes des usagers en se référant à la procédure d'examen des plaintes établie selon la *Loi sur le Protecteur des usagers* et doit veiller à ce que la procédure des plaintes qui est appliquée soit conforme aux exigences de cette loi.

Compte tenu de notre particularité régionale, nous traitons donc en première instance les plaintes logées à l'endroit des organismes communautaires, des services préhospitaliers d'urgence, des résidences privées d'hébergement agréées, celles concernant l'organisation des services, ainsi que celles concernant les services d'un établissement, soit les volets de soins de courte et de longue durée, les services communautaires, de réadaptation et les services dispensés par une ressource intermédiaire ou de type familial.

Rappelons que les fonctions qui sont attribuées au Protecteur des usagers sont l'examen et le traitement des plaintes en deuxième instance, tout en ayant la possibilité d'intervenir de sa propre initiative pour protéger les clientèles vulnérables. Toutefois, à compter du 1^e avril 2006, ces fonctions seront transférées au Protecteur des usagers.

La Loi a apporté des clarifications sur qui peut porter plainte et sur les motifs de plaintes. Elle fait en sorte que la commissaire à la qualité des services devienne le pivot pour l'établissement. C'est à elle que sont adressées les plaintes concernant les médecins, les pharmaciens et les résidents, pour lesquelles il existe maintenant un recours administratif, soit le comité de révision, qui agit comme deuxième palier ou instance, et dont la décision est finale.

D'une part, la commissaire locale et régionale est responsable envers le conseil d'administration de l'établissement du respect des droits des usagers et du traitement de leur plainte et, d'autre part, de sa propre initiative, elle favorise et recommande toute mesure visant l'amélioration de la qualité des services ainsi que la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits. C'est ainsi que la commissaire à la qualité des services joue un rôle de premier plan dans l'amélioration de la qualité des services.

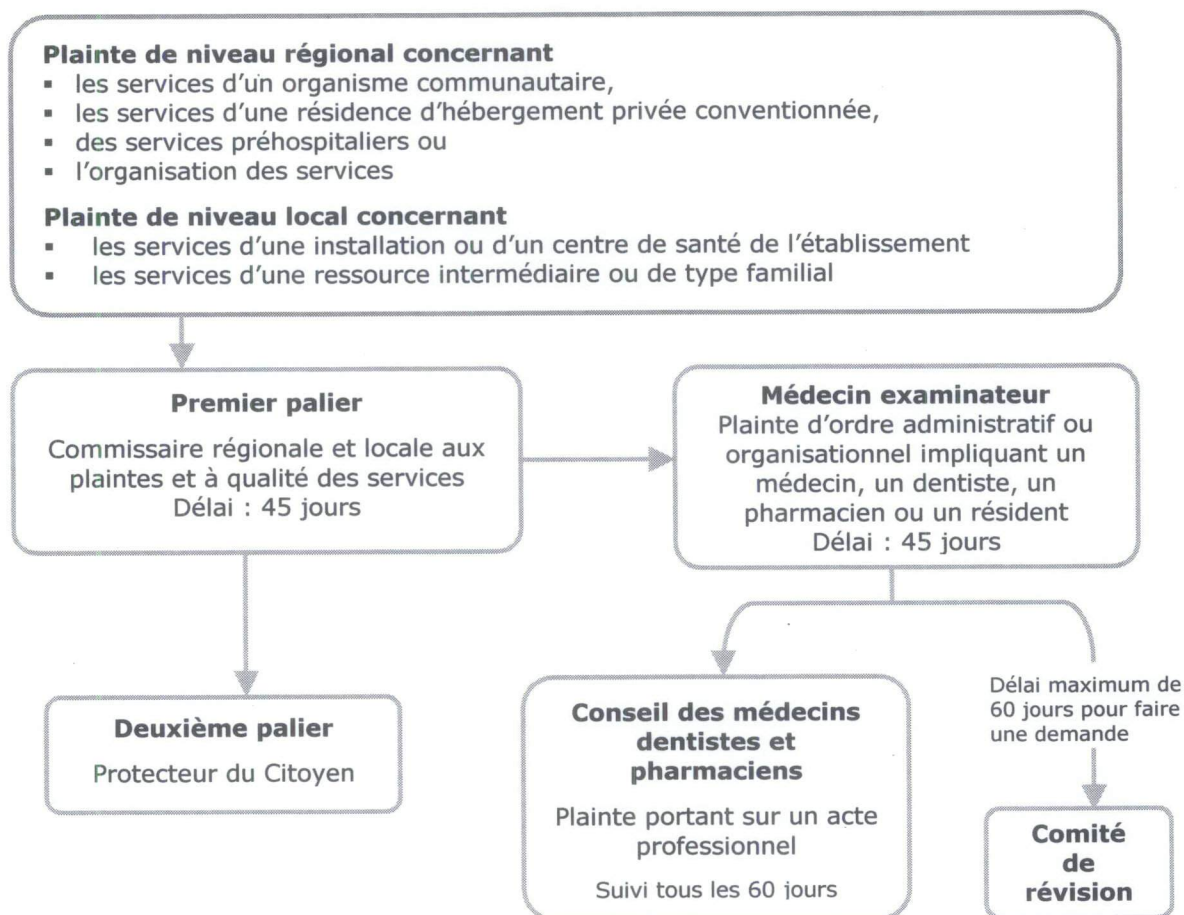
Au cours de l'année 2005-2006, des présentations du régime ont été faites aux employés, s'intégrant ainsi à la présentation du Code d'éthique et de déontologie débutée en mars 2004, dans chaque installation.

Le Gouvernement du Québec a révisé la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, qui apporte des modifications au régime d'examen des plaintes des usagers, en modifiant à la fois le titre, le rôle et la fonction du commissaire à la qualité des services, en y intégrant, entre autres, dans ce titre, les plaintes. L'objectif est d'assurer à l'utilisateur un traitement diligent et objectif de sa plainte ou de la manifestation de son insatisfaction. Ce projet de loi a été adopté en novembre 2005.

SCHÉMA I (illustration du 1^e avril 2006)

LES ÉTAPES SUCCINCTES DU CHEMINEMENT D'UNE PLAINTE AU CRSSS DE LA BAIE-JAMES

Régime d'examen des plaintes des usagers



PROTOCOLE D'ENTENTE ENTRE LE CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES ET LE PROTECTEUR DES USAGERS

Une des préoccupations soulevées dans le cadre de l'application du nouveau régime concernait la coordination requise entre le Bureau du Protecteur des usagers et notre établissement ainsi que les échanges d'information essentiels au bon fonctionnement du régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services.

Dans ce contexte, l'article 11 de la Loi prévoit que

« le Protecteur des usagers peut conclure avec toute agence un protocole d'entente pour l'une ou l'autre des fins suivantes :

- *l'application de la procédure d'examen des plaintes, en tenant compte des fonctions de l'agence;*

- *la communication de ses conclusions motivées, sous réserve de la protection des renseignements nominatifs qu'elles contiennent;*
- *toute autre activité d'une agence portant sur l'amélioration de la qualité des services dispensés à la population de la région, la satisfaction de la clientèle et le respect de ses droits. »*

Un tel protocole a été signé entre les parties en avril 2003, et il permet

- au Protecteur des usagers de bénéficier de l'expertise du CRSSS de la Baie-James et de la connaissance de sa région, des caractéristiques de sa population et de sa réalité régionale dans l'examen des plaintes examinées en deuxième instance;
- au CRSSS de la Baie-James de bénéficier d'une information pertinente détenue par le Protecteur des usagers dans le cadre de l'examen des plaintes traitées en deuxième instance, et ce, afin de lui permettre de remplir ses obligations légales en matière de planification, d'organisation, de mise en œuvre, d'évaluation, de suivi, de surveillance et d'enquête et lui permettre de mieux évaluer la satisfaction des usagers à l'égard des services offerts dans notre région.

COMITÉ DES USAGERS DU CENTRE DE SANTÉ DE CHIBOUGAMAU

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit la présence d'un comité des usagers dont le mandat est de faire la promotion de leurs droits et de les défendre. Celui-ci joue un rôle stratégique dans le processus d'information et s'assure du maintien du cap sur les aspects de l'humanisation des soins de santé et de services sociaux.

L'un des rôles du CRSSS de la Baie-James consiste à supporter le bon fonctionnement du comité des usagers. Actuellement, un tel comité existe localement pour le Centre de santé de Chibougamau. Au cours de l'été 2006, des actions seront entreprises en vue de la mise en place d'un comité régional des usagers, dont le mandat couvrira nos cinq installations. Il sera alors représentatif de toutes nos communautés.

La commissaire à la qualité des services s'est impliquée lors de l'assemblée générale annuelle du comité des usagers du Centre de santé de Chibougamau en novembre 2005, en soutenant sa présidente dans le choix du sujet de la conférence et en faisant les liens avec la personne – ressource. L'objet de la conférence concernait la prévention des abus auprès des personnes âgées et la conférencière invitée était une policière préventionniste de la Sûreté du Québec. La conférence a permis d'informer les personnes présentes sur des moyens de reconnaître les situations potentielles d'abus et des moyens pour les prévenir ou pour les faire cesser.

CENTRE D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX PLAINTES - NORD-DU-QUÉBEC (JAMÉSIE) (CAAP)

Lorsqu'un usager prend la décision de porter plainte au sein du réseau, il peut être référé au Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP), un organisme qui offre la possibilité à toute personne voulant porter plainte d'être assistée et accompagnée dans sa démarche. La commissaire à la qualité des services informe tous les usagers qui n'ont pas déjà eu recours à ses services de son existence et de sa mission, qui est

- d'informer l'individu sur ses droits, sur la procédure à suivre ainsi que sur les mécanismes d'examen de la plainte;
- de l'aider à clarifier l'objet de sa plainte, la formulation du contenu ainsi que ses attentes;
- à la demande de l'utilisateur, d'être présent lors des rencontres prévues dans les différentes instances de recours.

Nous tenons à souligner l'importance d'entretenir une excellente collaboration entre le CAAP et le CRSSS de la Baie-James.

DÉMARCHES D'AGRÈMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

En vertu de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*⁴, l'établissement doit solliciter un premier agrément d'ici décembre 2005. De plus, nous devons aussi obtenir l'agrément de nos laboratoires selon les normes prescrites.

Cette sollicitation a été faite en décembre 2005. C'est le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé et de services sociaux qui est l'organisme retenu, tant pour l'établissement dans son ensemble que pour l'agrément de ses laboratoires. La visite est prévue en septembre 2008.

ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES RELATIVES À L'UTILISATION EXCEPTIONNELLE DES MESURES DE CONTRÔLE

Le besoin de définir des orientations ministérielles relatives à l'utilisation de substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle, trouve d'abord son origine dans les préoccupations partagées depuis longtemps par le ministère de la Santé et des services sociaux, les agences, les associations, les regroupements ainsi que les établissements concernés par la question.

À la suite de la publication et de la diffusion par le ministère de la Santé et des Services sociaux des orientations ministérielles et du plan d'action sur les mesures de contrôle, le CRSSS de la Baie-James a reçu le mandat de coordonner la réalisation du plan d'action aux niveaux régional et local.

La démarche a débuté à l'hiver 2004 et se poursuit actuellement. Ce dossier est assez bien amorcé et trouvera son aboutissement au cours de la prochaine année.

Les mesures qui contribueront à mettre en place les conditions favorables en vue d'en arriver à une diminution du recours aux mesures de contrôle ainsi qu'à la mise en place de mesures de remplacement efficaces et respectueuses des personnes sont les suivantes :

- l'adoption pour l'établissement d'un protocole d'application des mesures de contrôle,
- le développement d'un outil standardisé de collecte de données pour fins d'évaluation et de suivi,
- l'élaboration d'un plan de formation et sa réalisation dans le réseau.

⁴. L.R.Q. 2002, chapitre 71 - Projet de loi n° 113

Axée sur le respect et l'autonomie de la personne, la philosophie d'intervention met l'accent sur la nécessité, pour les intervenants impliqués, d'établir une véritable relation d'aide qui tienne compte des caractéristiques de la personne et de l'environnement dans lequel elle évolue.

LOI MODIFIANT LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX CONCERNANT LA PRESTATION SÉCURITAIRE DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Le CRSSS de la Baie-James doit veiller à l'application de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*. Les démarches ont été entreprises depuis 2003-2004 et se poursuivent. Les travaux ne se réalisent pas aussi rapidement que nous le souhaitons car nous devons tenir compte de la disponibilité des ressources humaines pour sa réalisation. Au cours de l'été 2006, une nouvelle ressource débutera ses fonctions à titre d'adjoint à la direction générale, volet gestion des risques et de la qualité. Ainsi, nous sommes très confiants que ce dossier se poursuivra au cours de la prochaine année en obtenant aussi des résultats tangibles.

À la suite de la présentation des documents concernant la gestion de la qualité et des risques en établissement, et de la consultation auprès des gestionnaires, des médecins, des pharmaciens et des employés des centres de santé, le conseil d'administration a adopté en juin 2004 les règlements suivants :

- *Directive concernant la divulgation des incidents aux usagers et à leur famille;*
- *Règles de fonctionnement du comité de gestion de la qualité et des risques.*

Ainsi, à l'automne 2006, le comité devrait être en fonction et les professionnels concernés formés à la déclaration obligatoire des incidents et des accidents et la divulgation des accidents aux usagers. Nous mettrons en place également le registre de tout accident ou incident.

PRÉVENTION DES INFECTIONS

Au cours de l'année 2004-2005, nous avons créé le poste permanent d'une infirmière conseillère en prévention des infections. Son rôle consiste à mettre ou remettre en place les mesures de précaution de base et universelles en vue de prévenir la propagation des infections en établissement, de les détecter précocement et de mettre en place des mesures pour les contrer.

Une formation sur les mesures de base a été donnée dans chacune de nos installations et nous avons procédé à l'installation de distributeurs de savons pour les mains dans tous les endroits stratégiques et accessibles aux usagers et aux visiteurs. Nous avons également procédé à l'installation d'affiches de promotion du lavage des mains et des mesures de prévention particulières pour les usagers à risques de contamination, soit pour eux ou pour les autres. La formation sur les mesures additionnelles débutera au cours de la prochaine année, ainsi que la mise en place du comité régional en prévention des infections. L'infirmière en prévention des infections continuera de soutenir les installations locales dans l'application des mesures préventives et correctives nécessaires à la sécurité des usagers, des visiteurs et des travailleurs.

PLAN RÉGIONAL DES MESURES D'URGENCE ET PLAN DE LUTTE À UNE PANDÉMIE INFLUENZA – MISSION SANTÉ

Notre responsable de la mission santé et coordonnateur sécurité civile – mission santé – a procédé au cours de la dernière année à la révision de notre plan régional des mesures d'urgence, en collaboration avec les instances concernées. Il a également élaboré le plan régional de lutte à la Pandémie influenza, document terminé en mai 2006 et soumis aux instances ministérielles.

VISITE D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DE VIE ASSURÉE AUX PERSONNES HÉBERGÉES DANS UN ÉTABLISSEMENT À VOCATION D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE « MILIEU DE VIE »

En octobre 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux a diffusé ses orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*. Le Ministère demandait à l'ensemble des organisations de mettre en place certaines mesures afin d'initier ou de poursuivre leur implantation.

La démarche d'appréciation de la qualité de vie avait pour but de soutenir et de supporter les agences et les établissements à vocation d'hébergement et de soins de longue durée afin qu'ils puissent assurer la qualité de vie des personnes hébergées.

La visite a eu lieu dans une de nos installations, soit à l'unité des soins de longue durée du Centre de santé de Chibougamau, le 7 avril 2004. Les recommandations qui découlent du rapport de la visite ont fait l'objet d'un plan d'action qui a été déposé au Ministère en août 2004. L'équipe de l'unité d'hébergement en soins de longue durée de ce centre est mobilisée autour du projet de création d'un réel *milieu de vie* pour les résidents. Déjà plusieurs actions ont été prises en vue de répondre aux orientations ministérielles, régionales et locales, en ce sens.

Une chargée de projet pilotant ce dossier et une technicienne en milieu de vie soutiennent l'unité dans ce changement. Les travaux sont toujours en cours dans le centre de santé et ils sont soutenus par l'organisation.

De plus, le Centre de santé Lebel a aussi fait le virage *Milieu de vie* pour sa clientèle hébergée en soins de longue durée. Au début de l'été 2006, l'inauguration officielle de cette unité de vie a eu lieu.

BILAN DES PLAINTES EXAMINÉES PAR LE CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES EN 2005-2006

Le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James est un établissement qui intègre aussi la mission d'agence. La commissaire à la qualité des services intervient donc à titre de commissaire régionale et de commissaire locale.

Pour la présentation du bilan des plaintes, les deux missions sont divisées. La première partie contient les données régionales et la deuxième partie, les données locales.

MISSION D'AGENCE (NIVEAU RÉGIONAL)

NOMBRE DE PLAINTES RÉGIONALES

TABEAU 1 – Nombre de plaintes

Responsable traitement de la plainte	Plaintes en voie de traitement au début de l'exercice	Plaintes reçues durant l'exercice	TOTAL	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice	Dossiers transmis au deuxième palier ⁵	
Commissaire à la qualité des services	1	3	4	4	0	Protecteur du citoyen	2
TOTAL	1	3	4	4	0	TOTAL	2

À l'automne 2005, la commissaire a reçu deux plaintes et a enregistré un signalement concernant une résidence privée de son territoire. Il n'était pas évident de déterminer la compétence de la commissaire dans le traitement des plaintes et du signalement, et avec le soutien du Bureau du Protecteur des usagers, il a été décidé qu'elle interviendrait de sa **propre initiative** dans ce dossier car, auparavant, les doléances des résidents ne semblaient pas avoir toujours reçu le traitement souhaité.

Le Bureau du Protecteur du citoyen est à réviser deux conclusions transmises dans le cadre du traitement des plaintes par la commissaire dont les objets portent sur

- Les relations interpersonnelles (2);
- Les droits particuliers (2);
- Les soins et services reçus (2).

⁵ La donnée statistique est la date de transmission du dossier au deuxième palier et non la date de conclusion du dossier.

MODE DE DÉPÔT DES PLAINTES CONCLUES : Les tableaux suivants illustrent le mode de dépôt des plaintes ainsi que leur auteur.

TABEAU 2 – Mode de dépôt des plaintes conclues

Responsable du traitement de la plainte	Plaintes écrites	Plaintes verbales	TOTAL
Commissaire à la qualité des services	3	1	4

TABEAU 3 – Auteur de la plainte et nature de l'intérêt

Auteur de la plainte et nature de l'intérêt	TOTAL
Usager lui-même	2
Représentant légal d'un enfant mineur	1
Représentant désigné par un adulte apte, pour le représenter	1

DÉLAIS DE TRAITEMENT DES PLAINTES

Le tableau suivant indique les délais de traitement calculés de la date de réception à la date de la conclusion de la demande.

TABEAU 4 – Délais de traitement

Délais de traitement	Commissaire à la qualité des services
De 2 à 7 jours	
De 8 à 30 jours	1
De 31 à 45 jours	1
De 46 à 60 jours	1
Plus de 60 jours	1

Deux plaintes ont été traitées dans un délai supérieur à 45 jours.

Le délai de plus de 45 jours est lié au fait que l'auteur de la plainte était un parent et que l'usager concerné par l'objet de la plainte était un mineur de plus de 14 ans; Il a donc fallu obtenir son consentement écrit pour le traitement de la plainte et l'acheminement des conclusions.

Quant au délai de plus de 60 jours, il est lié au fait qu'initialement, la plainte n'a pas été reçue parce qu'elle n'était pas de la compétence de la commissaire. Cette situation a été révisée suite à des recherches et avec le soutien du Bureau du Protecteur des usagers, alors il a été convenu que la commissaire en ferait l'examen compte tenu des objets de la plainte et de la nécessité d'une intervention rapide.

OBJETS DE LA PLAINTE

Tous les objets de plaintes ont été traités selon la procédure du *Régime d'examen des plaintes*. Dans une recherche continue d'amélioration des services offerts, parmi les 8 motifs de plaintes identifiés, 7 ont suscité une application ou des recommandations au niveau de mesures correctives.

TABLEAU 5 – Objets de plaintes des dossiers conclus selon leur niveau de traitement

Niveau de traitement	Nombre d'objets de plaintes
Sans mesure corrective	1
Avec mesures correctives	7
TOTAL	8

TABLEAU 6 – Motifs des objets de plaintes et mesures correctives

Catégories d'objets	Nombre d'objets	Mesures correctives
Accessibilité et continuité	1	➤ délai de réponse du transporteur ambulancier est dans la norme – aucune mesure
Soins et services dispensés	2	➤ Recommandation pour la mise en place d'activités en animation (2) ➤ Révision de la teneur des services à dispenser, en terme de qualité et de quantité (2) ➤ Recommandation de former le personnel quant aux soins et services à dispenser aux résidents (2)
Relations interpersonnelles	2	➤ Recommandation d'élaborer un code d'éthique et de déontologie et de former le personnel au respect des droits des usagers et au maintien de bonnes relations interpersonnelles (2)
Droits particuliers	3	➤ Excuses présentées – rectification de la procédure de transmission d'une correspondance privée au domicile et non pas au lieu de travail d'un usager (1) ➤ Recommandation de mettre en place un comité de résidents (2) ➤ Recommandation de former les employés et les administrateurs au respect des droits des usagers (2) ➤ Recommandation à l'effet de prendre les mesures pertinentes pour assurer la sécurité des résidents la nuit (2)
TOTAL	8	

SUITES DONNÉES AUX PLAINTES SELON LES TYPES D'ACTION**TABLEAU 7**

Type d'action	Mesures correctives identifiées		Recommandation d'ordre général	Aucune action
	Application de mesures correctives	Recommandation de mesures correctives		
Accessibilité et continuité				
Soins et services dispensés		3		
Relations interpersonnelles		1		
Droits particuliers		4		

Parmi les mesures relatives aux objets de plaintes soulevés, sept mesures correctives ont été recommandées dans le traitement de deux plaintes et d'un signalement pour une même ressource, puisque les objets de retenus étaient les mêmes dans les trois cas. Au 31 mars 2006, 2 mesures correctives ont été appliquées, dont une temporairement, le temps de mettre en place des solutions permanentes et adaptées, et six autres recommandations ont été formulées et sont en voie d'être appliquées.

MISSION ÉTABLISSEMENT (NIVEAU LOCAL)

NOMBRE DE PLAINTES LOCALES

Vingt-et-une des vingt-deux nouvelles plaintes ont été reçues par la commissaire à la qualité des services. Dans le tableau, les plaintes reçues sont réparties selon le niveau de traitement, soit par la commissaire à la qualité des services ou soit par le médecin examinateur. Ce dernier a reçu une plainte transmise par la direction du développement organisationnel et des ressources humaines, plainte en traitement à la fin de cette année. Il a aussi collaboré directement au traitement de deux plaintes par la commissaire à la qualité des services.

La commissaire à la qualité de services a transmis, avec le consentement du plaignant, sa plainte à l'instance ayant la compétence d'en faire l'examen. Le médecin examinateur a, quant à lui, référé le plaignant dont l'objet de la plainte portait sur la pratique médicale en cabinet privé, au Collège des médecins, puisque l'examen ne relève pas de sa compétence.

TABEAU 8 – Nombre de plaintes

Responsable traitement de la plainte	Plaintes en voie de traitement au début de l'exercice	Plaintes reçues durant l'exercice	TOTAL	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice	Dossiers transmis au deuxième palier ⁶	
Commissaire à la qualité des services	5	15	20	20	0	Protecteur du citoyen	3
Médecin examinateur	0	7*	7	5	2	Comité de révision	1
TOTAL	5	22	27	25	2	TOTAL	4

Trois (3) conclusions de plaintes sont en révision par le Bureau du Protecteur du citoyen en 2005-2006, concernant ces objets de plaintes :

- Accessibilité et continuité des soins et des services (1);
- Aspect financier (1);
- Droits particuliers (1);
- Soins et services reçus (1).

Les conclusions transmises par le médecin examinateur suite à l'examen d'une plainte ont été soumises en deuxième instance au comité de révision, et cette plainte est en voie de traitement par cette instance.

⁶ La donnée statistique est la date de transmission du dossier au deuxième palier et non la date de conclusion du dossier.

RÉPARTITION DES PLAINTES EN TRAITEMENT, REÇUES ET CONCLUES PAR MISSION – 2005-2006

Notre établissement est un centre de santé et de services sociaux dont les missions hospitalières, d'hébergement, de réadaptation et communautaires sont fusionnées depuis 1996. Toutefois, nous devrions répartir les plaintes par mission, afin de répondre aux exigences de ce rapport. Compte tenu que nos services ne correspondent plus à ce type de division, nous prenons donc la liberté de les regrouper en mission de CSSS.

MODE DE DÉPÔT DES PLAINTES CONCLUES

Les tableaux suivants illustrent le mode de dépôt des plaintes ainsi que leur auteur.

TABEAU 9 – Mode de dépôt des plaintes conclues

Responsable du traitement de la plainte	Plaintes écrites	Plaintes verbales	TOTAL
Commissaire à la qualité des services	16	4	20
Médecin examinateur	3	2	5
TOTAL	19	6	25

Des 19 plaintes conclues par la commissaire, dans le cas d'une plainte, un seul objet a été retenu dans la transmission des conclusions, puisque certains motifs concernaient de tierces personnes non identifiées ou encore sans consentement pour traiter l'objet les concernant et certains objets concernant des situations ne relevant pas de notre compétence.

TABEAU 10 – Auteur de la plainte et nature de l'intérêt

Auteur de la plainte et nature de l'intérêt	TOTAL
Usager lui-même	21
Représentant légal d'un enfant mineur (dont avec le consentement du mineur)	2
Héritier légal d'un adulte décédé	1
Désignation d'un parent d'un adulte	1

Nous constatons que la majorité des plaintes sont déposées par écrit et par l'utilisateur lui-même.

TABEAU 11 – Qualité de l'assistant et lien avec l'utilisateur

Qualité de l'assistant et lien avec l'utilisateur	Commissaire à la qualité des services	Médecin examinateur	TOTAL
Famille (parent d'un enfant mineur)	2		2
Représentant légal majeur décédé : héritier		1	1

Dans le cas de dix-huit (18) plaintes conclues, l'utilisateur ou son représentant était assisté et accompagné par le CAAP du Nord-du-Québec (Jamésie).

DÉLAIS DE TRAITEMENT DES PLAINTES

Le tableau suivant indique les délais de traitement calculés de la date de réception à la date de la conclusion de la demande.

TABEAU 12 – Délais de traitement

Délais de traitement	Commissaire à la qualité des services	Médecin examinateur	TOTAL
De 2 à 7 jours			
De 8 à 30 jours	2		2
De 31 à 45 jours	8	1	9
De 46 à 60 jours	3	1	4
Plus de 60 jours	6	3	10
Aucune conclusion émise	1		
TOTAL	20	5	25

Le délai maximum de 45 jours prévu par la Loi a été dépassé dans 14 cas d'examen de plaintes. Le dépassement des délais est dû à la complexité des objets des plaintes, à la difficulté de rejoindre la personne faisant l'objet de la plainte, au délai dans l'obtention du consentement de la personne concernée par la plainte déposée en son nom. Il y a eu la période des vacances et le changement de fonction de la commissaire aux plaintes qui a occasionné des délais pour lesquels les plaignants ont tous été avisés et qui ont donné leur autorisation pour prolonger le délai de transmission des conclusions à une date convenue avec eux.

Dans le cas d'une plainte examinée par la commissaire, aucune conclusion n'a été transmise au plaignant; Il a été référé au Bureau du Protecteur des usagers.

OBJETS DE PLAINTES

Tous les objets de plaintes ont été traités selon la procédure du *Régime d'examen des plaintes*.

Dans une recherche continue d'amélioration des services offerts, parmi les vingt-huit objets de plaintes identifiés et examinés par la commissaire à la qualité, dix-huit ont été conclus avec des mesures correctives à appliquer et dont quatre ont fait l'objet de recommandations spécifiques. Huit objets de plaintes ont été conclus sans aucune mesure. Deux objets de plainte n'ont pas été conclus.

Quant aux sept objets de plaintes traités par le médecin examinateur, trois ont été conclus avec des recommandations transmises au professionnel concerné et au Conseil des médecins dentistes et pharmaciens, une a nécessité une mesure corrective spécifique et deux ont été conclues sans aucune mesure. Une plainte a été conclue par une médiation.

TABLEAU 13 – Objets de plaintes des dossiers conclus selon leur niveau de traitement

Niveau de traitement	Nombre d'objets de plaintes - Commissaire	Nombre d'objets de plaintes - Médecin examinateur
Sans mesure corrective	8	2
Avec mesures correctives	17	5
Suivi et correction faite avant la transmission des conclusions (situation rectifiée)	1	
Sans conclusion	2	
TOTAL	28	7

Les principaux motifs des objets de plaintes et les mesures correctives par catégories d'objets se résument comme suit :

TABLEAU 14 - Motifs des objets de plaintes et mesures correctives - commissaire à la qualité des services

Catégories d'objets	Nombre d'objets	Mesures correctives
Accessibilité et continuité	4	
Soins et services dispensés	5	➤ Formation et information pertinente à la situation à corriger – mise à jour des connaissances (2) ➤ Mesures en vue d'améliorer le suivi des résultats des examens et leur transmission aux usagers
Relations interpersonnelles	4	➤ Rencontre de la personne faisant l'objet de la plainte et excuses présentées à l'utilisateur lors de la transmission des conclusions (1) ➤ Sensibilisation du personnel à la qualité de l'accueil des usagers (1)
Environnement et ressources matérielles	1	➤ Correction en cours de traitement de la plainte à la satisfaction de l'utilisateur incluant entente de service à conclure avec centre de réadaptation (1)
Aspect financier	8	➤ Ajustement de l'allocation de déplacement électif (5)
Droits particuliers	6	➤ Révision du code d'éthique et de déontologie de l'établissement par le personnel concerné (2) ➤ Recommandation de prendre les moyens pour protéger les échanges professionnels concernant le suivi clinique des usagers ➤ Recommandation de mise en application du programme de mesures de contrôle ➤ Recommandation de former le personnel sur l'application de la Loi-38 et sur les mesures de contrôle
TOTAL	28	

TABEAU 15 - Motifs des objets de plaintes et mesures correctives - médecin examinateur

Catégories d'objets	Nombre d'objets	Mesures correctives
Soins et services dispensés	5	➤ Recommandation pour l'amélioration de la qualité des soins dispensés (2) ➤ Mise à jour des connaissances
Droits particuliers	2	➤ Révision des documents de référence et recommandation transmise au CMDP
TOTAL	7	

SUITES DONNÉES AUX PLAINTES SELON LES TYPES D'ACTION

TABEAU 16

Type d'action	Mesures correctives identifiées		Recommandation d'ordre général	Aucune action
	Application des mesures correctives	Recommandation des mesures correctives		
Accessibilité et continuité				
Soins et services dispensés	5		2	
Relations interpersonnelles	3			
Environnement et ressources matérielles	1			
Aspect financier	5			
Droits particuliers	2	3		

Douze des 28 objets de plainte traités par la commissaire concernent l'aspect financier et l'accessibilité et la continuité des soins et des services en lien avec la *Politique régionale de déplacement des usagers*. Les plaignants revendiquent le droit de poursuivre les soins et les services avec leur spécialiste traitant ou avec l'établissement qu'ils fréquentaient depuis le début de leur consultation, par le fait même, de recevoir le versement de l'allocation de déplacement y correspondant.

La *Politique régionale de déplacement des usagers* ne nie en aucun temps le droit de tout usager de continuer de recevoir ses soins et ses services par son spécialiste traitant ou par le spécialiste de son choix. Ce qui a été modifié concerne l'application de la directive ministérielle à l'effet que cette allocation est versée pour l'établissement le plus près en mesure d'offrir ces soins et ces services. Selon cette directive, l'allocation n'est versée que si l'usager se déplace vers cet établissement, alors que le CRSSS de la Baie-James reconnaît aussi l'établissement du choix de l'usager en lui versant l'allocation correspondant à l'endroit le plus près, ce qui est considéré, de l'avis de la commissaire à la qualité des services et de l'avis du Bureau du Protecteur des usagers, comme une bonification pour les usagers de la région, comparativement au reste de la province. Toutefois, nous reconnaissons que cela peut sembler insuffisant pour les usagers qui doivent se déplacer à plus de 250 kilomètres pour consulter un médecin spécialiste, mais l'application de cette politique respecte la directive ministérielle.

BILAN DES DEMANDES D'INTERVENTION, D'ASSISTANCE ET D'INFORMATION ADRESSÉES À LA COMMISSAIRE À LA QUALITÉ DES SERVICES AU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES EN 2005-2006

La commissaire à la qualité des services du CRSSS de la Baie-James a reçu, pour l'année 2005-2006, treize demandes d'information, d'intervention ou d'assistance et un signalement qui appelaient certaines actions.

Par la même occasion, ces usagers ont reçu une information complète sur la procédure d'examen des plaintes ainsi que sur la possibilité de se faire assister ou accompagner par l'organisme désigné (CAAP). Dans plusieurs cas, une intervention rapide de la commissaire à la qualité du CRSSS de la Baie-James, appuyée des différents acteurs concernés du réseau, a permis de trouver une solution rapide adaptée aux besoins et aux attentes des personnes concernées en dehors de la procédure d'examen des plaintes.

Les principaux objets des demandes :

- Signalement sur des manquements potentiels et réels à la confidentialité des renseignements audibles de la salle d'attente lors des échanges entre professionnels – mesure de protection requise;
- Demande d'information sur la disponibilité des professionnels et information transmise sur les mécanismes de référence;
- Demande que soit affiché le nom du médecin en service à l'urgence. Information ne sera pas affichée mais transmise à la demande de l'usager;
- Signalement sur le fait que la *Loi sur le tabac* n'est pas entièrement respectée, odeurs de tabac et mégots de cigarettes présents à l'entrée d'un centre de santé – rappel fait sur l'obligation de faire respecter la loi;
- Signalement sur des délais trop longs pour ouverture d'un dossier à l'admission qui retarde le passage au triage d'un usager à l'urgence – mesure corrective demandée;
- Demande d'assistance pour avoir accès à son médecin traitant en cabinet privé – intervention du médecin examinateur en soutien;
- Demande d'information concernant les causes et circonstances d'un décès – référée au médecin examinateur pour suivi et accompagnement;
- Demande d'information sur le rôle d'administrateur dans le conseil d'administration – référé à son président;
- Signalement sur le manque de disponibilité d'équipements adaptés pour usager à mobilité réduite dans une chambre d'usagers – référence faite et corrections en application;
- Demande d'information concernant l'allocation de déplacement à verser pour le conjoint d'un usager transféré – conjoint non admissible à cette allocation;
- Demande de pouvoir avoir accès à de la réadaptation post-chirurgie – demande référée réponse positive et satisfaisante;
- Problèmes de relations interpersonnelles avec son intervenant clinique – démarches de médiation entreprises. Usager demeure insatisfait, référé à un autre intervenant.

Dans le cadre des démarches entreprises par la commissaire à la qualité des services, de sa propre initiative ou après une demande faite par un usager ou un tiers afin de corriger des situations signalées ou d'améliorer la qualité des services, il a été possible de référer la situation à différents professionnels ou gestionnaires lorsqu'il s'agissait de plaintes « non officielles » ou lorsque l'usager demandait de protéger son identité ou par crainte de représailles, et d'apporter des corrections, à la satisfaction de toutes les parties prenantes.

Certains usagers ont manifesté leur insatisfaction par rapport aux services reçus, sans toutefois vouloir déposer une plainte par crainte de représailles, et ce, malgré les informations transmises sur le régime d'examen des plaintes, leurs droits ainsi que les mises en garde qui sont faites aux personnes qui font l'objet de la plainte.

Dans le cadre de son pouvoir d'initiative, la commissaire à la qualité des services a fait une intervention auprès d'une résidence privée, qui s'est conclue par des recommandations ainsi que des suggestions en vue d'améliorer la qualité des services et la satisfaction des résidents. Ce dossier est en traitement par l'instance au moment de conclure l'année.

CONCLUSION

Au cours de la dernière année, nous constatons une diminution du nombre de plaintes des usagers. Nous pouvons noter que la moitié des insatisfactions soumises à la commissaire à la qualité portent principalement sur l'aspect financier (29 %), en lien avec l'allocation versée pour les déplacements électifs des usagers et sur les droits des usagers (21 %).

Au cours de la prochaine année, suite à l'adoption du *Projet de Loi 83*, le rôle et la fonction de commissaire à la qualité des services subiront des changements majeurs dans le but de garantir un régime d'examen des plaintes plus objectif et dans lequel la population et les usagers pourraient se sentir plus en confiance.

La satisfaction des usagers et l'amélioration continue de la qualité sont au cœur de nos préoccupations, c'est pourquoi l'établissement anticipe positivement la mise en place des modifications prescrites par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* modifiée à l'automne 2005.

ANNEXE I

DÉFINITION DES DIFFÉRENTS OBJETS DE PLAINTES

Soins et services

réfère

- à l'application des connaissances, du « savoir-faire » et des normes de pratique des intervenants;
- à l'organisation et au fonctionnement général des soins et des services qui affectent la qualité des services.

Accessibilité et continuité

réfère

- aux difficultés concernant les modalités et les mécanismes d'accès;
- au fait que l'utilisateur ait accès au bon service, au moment opportun et que les services requis par son état lui soient dispensés aussi longtemps que nécessaire.

Relations interpersonnelles

- réfère au « savoir être » des personnes intervenantes. Il s'agit de la présence d'une relation d'aide, de l'assistance et du soutien de la personne intervenante à l'endroit de l'utilisateur;
- oriente la conduite des personnes intervenantes vers l'utilisateur ou l'utilisatrice: respect, empathie, responsabilisation et comportement général.

Environnement et ressources matérielles

réfère à l'environnement matériel, physique et humain au sein duquel le service est donné et qui influe sur la qualité des services :

- mixité des clientèles;
- hygiène et salubrité;
- propreté des lieux;
- sécurité et protection.

Aspect financier

réfère à la contribution financière des usagers à certains services administratifs selon les normes prévues par la Loi :

- compte d'hôpital;
- compte d'ambulance;
- contribution au placement;
- aides matérielle et financière;
- frais reliés à certains biens et services;
- allocation de déplacement pour un transport électif.



2005-2006



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

