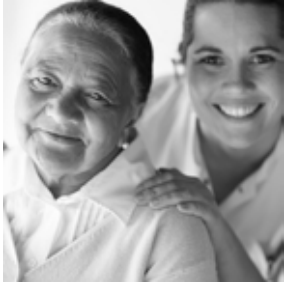
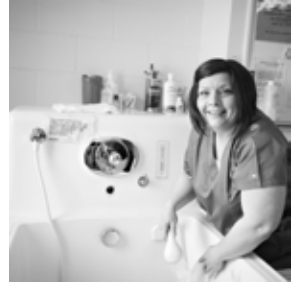


**COLLABORATION**



**ENGAGEMENT**

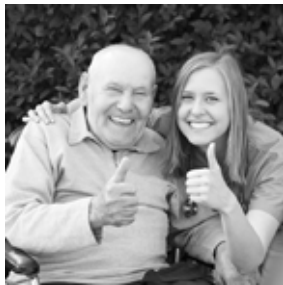


# RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2017-2018

**HUMANISME**



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



**TRANSPARENCE**

Adopté par le conseil d'administration le 21 juin 2018

**Ce document a été réalisé par :**

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue  
1, 9<sup>e</sup> Rue

Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

Téléphone : 819 764-3264

Télécopieur : 819 764-2948

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

**Production**

Bureau du président-directeur général (PDG)

Sous la coordination de Karine Godin, agente de planification, de programmation  
et de recherche, en collaboration avec le personnel de toutes les directions.

**Révision des textes**

Nathalie Bernier, conseillère cadre | Bureau du PDG

Claudie Lacroix, agente administrative

Paméla Picard, agente administrative

**Conception graphique**

Pascale Guérin, technicienne en communication

ISBN : 978-2-550-81693-5 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-81694-2 (version PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2018

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

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

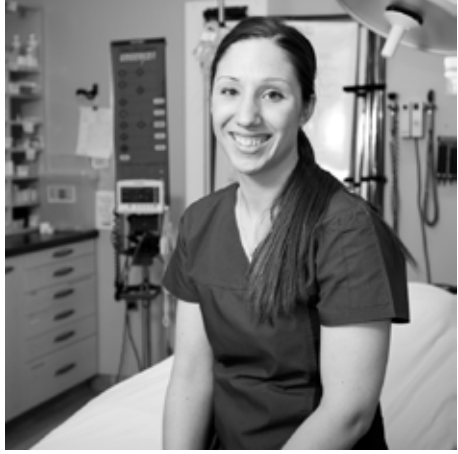
Ce document est également disponible en médias substitués, sur demande.

# TABLe DES MATIÈRES

01	MESSAGE DES AUTORITÉS	6
02	DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS	10
03	PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS	11
	Mission, vision, valeurs	12
	Organigramme	14
	Conseil d'administration	15
	Les comités, les conseils et les instances consultatives	17
	Aperçu de l'état de santé de la population	22
04	RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ	26
05	ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	51
	Agrément	52
	Sécurité des soins et des services	53
	Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par l'établissement	63
	Examen des plaintes et promotion des droits	64
	Information et de consultation de la population	64
06	APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	66
07	RESSOURCES HUMAINES	67
	Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs	68
08	RESSOURCES FINANCIÈRES	71
	Rapport de la direction	72
	Équilibre budgétaire	74
	Contrats de services	75
09	ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	76
10	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	78
11	ANNEXE : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	86

# LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

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



# 01

## MESSAGE DES AUTORITÉS

Une année se termine et une autre débute. En tant que président du conseil d'administration et président-directeur général du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue, nous sommes très fiers de vous présenter le rapport annuel de gestion 2017-2018.

Cette année a été marquée par plusieurs événements, notamment par la pénurie de main-d'œuvre qui s'est accentuée. Cette réalité a permis à l'établissement de revoir ses moyens de recrutement, dont l'implantation de cinq journées d'embauches qui se sont tenues en avril et mai 2018.

Outre ces journées, nous tenons à souligner l'accomplissement de certains projets qui ont permis au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue de rayonner au cours de la dernière année et qui nous permettront de rayonner encore pour plusieurs années dans les secteurs de la santé, des services sociaux, des ressources humaines et du partenariat avec les Premières Nations.

### SECTEUR SERVICES SOCIAUX

#### **Déploiement du projet-pilote Programme d'accompagnement justice-clientèles vulnérables de l'Abitibi-Témiscamingue (secteur Val-d'Or)**

Après un peu plus de deux ans de travaux, le Programme d'accompagnement justice-clientèles vulnérables de l'Abitibi-Témiscamingue (PAJ-CVAT) a officiellement pris son envol le 2 octobre 2017. Le PAJ-CVAT a été déployé dans un premier temps à Val-d'Or sous forme de projet-pilote d'un an. Il sera ensuite étendu à l'ensemble du territoire de la région.

Un total de 14 organisations partenaires provenant des secteurs de la sécurité publique, de la justice, des milieux communautaires, des milieux autochtones et du secteur de la santé et des services sociaux ont travaillé à la concrétisation du programme.

Le PAJ-CVAT découle du constat de plusieurs intervenants concernant le fait que des personnes aux prises avec différents problèmes de santé mentale ou de déficience intellectuelle se retrouvent à répétition dans les systèmes régionaux de justice et de santé et de services sociaux, notamment dans les urgences hospitalières.

Le programme vise à améliorer le traitement judiciaire de ces personnes en proposant un suivi intégré et partagé par les gens des réseaux de la justice, de la sécurité publique, de la santé et des services sociaux ainsi que du milieu communautaire.

Le PAJ-CVAT est un programme volontaire. Les personnes sont principalement référées par les services de police. Le programme favorise l'encadrement, le traitement adapté et le suivi continu des contrevenants au lieu d'un simple recours à l'emprisonnement, afin de prévenir la récidive et, par le fait même, d'assurer une meilleure protection du public.

Une équipe opérationnelle, composée d'un juge désigné, d'un procureur, du Directeur des poursuites criminelles et pénales, de l'avocat de la défense et de l'intervenante-pivot du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, travaille en étroite collaboration avec un ensemble de partenaires dans le suivi intégré des personnes ayant accepté de participer au PAJ-CVAT.

### SECTEUR RESSOURCES HUMAINES

#### **Des nouveaux services spécialisés font leurs preuves à la DRHCAJ**

En janvier 2017, la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) déployait de nouveaux services destinés aux membres de l'établissement. Après plus d'un an d'existence de ces services, il est évident qu'ils répondent à un besoin réel.

#### **Un Guichet RH destiné au personnel d'encadrement**

Depuis le 20 mars 2017, le Guichet RH est devenu une porte d'entrée privilégiée pour traiter toutes les demandes opérationnelles des cadres intermédiaires et supérieurs liées à la gestion des ressources humaines. Le Guichet RH vise à structurer le traitement des demandes des ressources humaines dans un continuum de services afin d'assurer des processus fluides pouvant s'adapter rapidement aux changements. La DRHCAJ pourra ainsi mesurer la qualité des services rendus et implanter rapidement des mécanismes d'amélioration continue. Pour les clients du guichet, cela signifie une réduction des interventions nécessaires pour obtenir des réponses, un accès rapide et simple au service, des réponses personnalisées basées sur des informations à jour et des réponses garanties en moins de cinq jours ouvrables. Pour la première année, c'est un total de 2 055 requêtes qui ont été traitées.

#### **Partenaires d'affaires RH**

Chacune des directions de l'établissement a désormais son partenaire d'affaires RH. Ces derniers sont en mesure d'intervenir en amont dans le continuum de services RH, d'effectuer des diagnostics des enjeux RH et de proposer des stratégies adaptées. Ils sont d'une aide précieuse dans l'accompagnement des gestionnaires dans les projets de transformation et favorisent l'arrimage entre les besoins des directions et les services spécialisés des ressources humaines.

### SECTEUR SANTÉ

#### **Recrutement en médecine de famille et en spécialité**

Les grands centres étant très attractifs pour les médecins, les régions éloignées voient leurs possibilités de recrutement se complexifier grandement. Cette situation s'accroît avec le resserrement des règles administratives attribuées aux crédits budgétaires affectés au recrutement ou différentes primes ou bourses offertes aux médecins.

Avec la mise en place de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales en 2015, la Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire (DSPEU) a dû repenser ses différentes stratégies de recrutement en collaboration avec les différents départements cliniques et le comité de direction du département régional de médecine générale (DRMG).

La résultante positive du recrutement est associée à la restructuration de la Direction adjointe aux affaires médicales à la DSPEU où tout le processus de recrutement a été révisé, centralisé, harmonisé et amélioré. Au 12 mars 2018, trois parrainages pour des médecins de famille ainsi que dix en spécialité étaient en cours. Par le fait même, l'offre de services médicaux offerts à la population se verra bonifiée et améliorée.

En 2014, 177 médecins de famille pratiquaient en région alors que ce nombre était de 215 en 2017. Il s'agit d'un ajout net de 38 médecins, compte tenu des départs de la région et des retraites. Pour les années 2017 et 2018, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue s'est vu accorder un total de 32 postes en médecine de famille, dont seulement 8 demeurent à combler.

### PARTENARIAT AVEC LES PREMIÈRES NATIONS

#### Projet Mino Madji8in

Soucieux d'améliorer l'état de santé et les conditions de vie des Autochtones, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD) ont uni leurs forces et leurs expertises pour créer un espace de rencontre, de réflexion et d'action qui réunit différents acteurs partageant des visées communes de transformation et d'innovation sociale. Le projet Mino Madji8in offrira des soins de santé et des services sociaux de première ligne, des services de périnatalité pour la petite enfance, les mères et la famille, des services sociaux en matière de jeunesse ainsi que des services communautaires à la population autochtone de tous âges et tous genres.

Cette collaboration s'inscrit dans un processus d'actualisation de l'offre de service du CAAVD, progressivement développée depuis 1974 et destinée aux Autochtones en milieu urbain.

Une période de cinq ans est nécessaire pour réaliser les phases de développement et de mise en œuvre de ce nouvel espace, y compris les démarches d'accompagnement évaluatif et de veille scientifique. Au terme du projet, une reconnaissance combinée à l'octroi d'un financement récurrent de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour assurer la viabilité et la pérennité du projet est souhaitée.

Comme vous avez pu le constater, de belles réalisations ont eu lieu au cours de la dernière année. Nous vous invitons maintenant à prendre connaissances du rapport annuel de gestion 2017-2018.

En terminant, nous ne pouvons passer sous silence le travail important de nos 5 845 employés, 600 médecins et 562 bénévoles. Un sincère merci à tous et toutes!



Claude N. Morin,  
président



Yves Desjardins,  
président-directeur général



# 02

## DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

---

## 02 DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2017-2018 du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue :

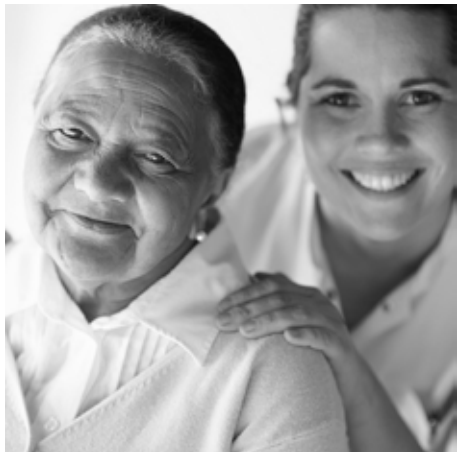
- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- Présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- Présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2018.

Le président-directeur général,



Yves Desjardins



# 03

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS

### Mission

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

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

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

Plus particulièrement, le CISSS doit :

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

### Vision

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

### Valeurs

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

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

**Collaboration** : S'engager à travailler ensemble dans un objectif commun et de coopérer avec nos collègues, nos partenaires, les usagers, les familles et les proches.

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



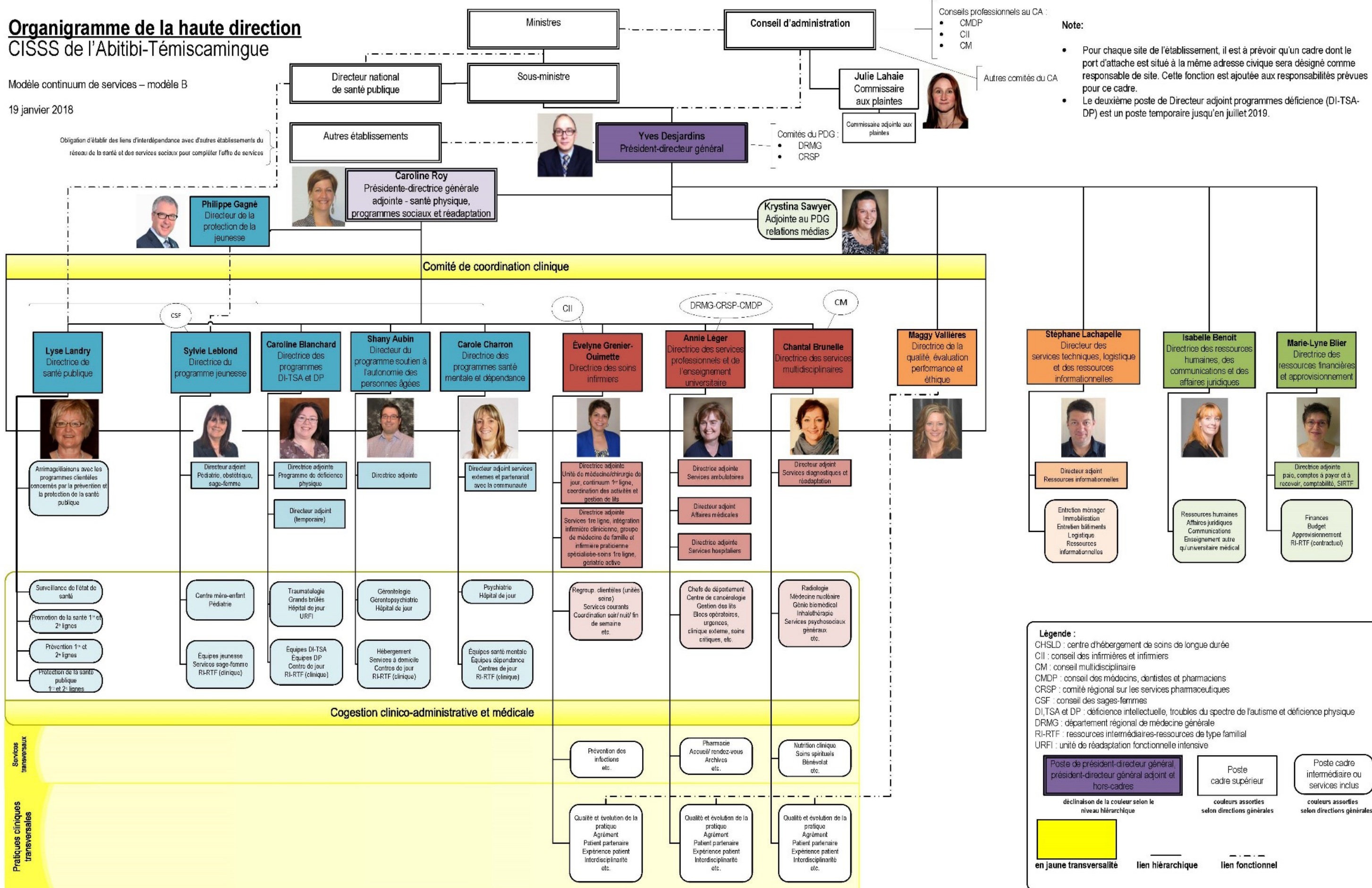
*Humanisme  
Engagement  
Collaboration  
Transparence*

# Organigramme de la haute direction CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Modèle continuum de services – modèle B

19 janvier 2018

Obligation d'établir des liens d'interdépendance avec d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour compléter l'offre de services



## LE CONSEIL D'ADMINISTRATION



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



**Daniel Marcotte, vice-président**  
Membre indépendant –  
compétences en ressources  
immobilières informationnelles ou  
humaines



**Jacques Boissonneault\***  
Président-directeur général et  
secrétaire du conseil



**Yves Desjardins**  
Président-directeur général



**Claude Duchesne\***  
Conseil des infirmières  
et infirmiers



**Daniel Lampron**  
Membre indépendant – expertise  
en réadaptation



**David McLaren**  
Membre indépendant – expertise  
en santé



**Diane Sigouin**  
Membre indépendant – compé-  
tences en vérification, perfor-  
mance ou gestion de la qualité



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



**Dr Joël Pouliot\***  
Conseil des médecins, dentistes  
et pharmaciens



**Lisyane Morin**  
Membre indépendant –  
expertise dans les organismes  
communautaires



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



**Mélanie Bernier\***  
Conseil multidisciplinaire



**Monic Ferron**  
Comité des usagers



**Dr Stéphane Terrault**  
Département régional de  
médecine générale



**Richard Vallée**  
Membre indépendant – expertise  
en protection de la jeunesse



**Yves Bédard**  
Milieu de l'enseignement



**Vacant**  
Membre observateur –  
président désigné par les fondations



**Vacant**  
Comité régional sur les  
services pharmaceutiques

## Les comités, les conseils et les instances consultatives

### COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

- ▶ M. Shany Aubin
- ▶ Mme Louise Beaupré
- ▶ Mme Anick Beauséjour\*
- ▶ Mme Lyne Bizier
- ▶ Mme Caroline Blanchard
- ▶ M. Jacques Boissonneault, PDG\*
- ▶ Mme Chantale Brunelle
- ▶ Mme Claudette Carignan\*
- ▶ Mme Annie Carrier
- ▶ Mme Carole Charron
- ▶ Mme Gisèle Chrétien
- ▶ M. Richard Clark, CUSM
- ▶ Mme Annette Desjardins
- ▶ Mme Hélène Desjardins\*
- ▶ Mme Isabelle Galarnau
- ▶ Mme Sylvette Gilbert\*
- ▶ M. Sébastien Grégoire-Lévesque
- ▶ Mme Évelyne Grenier-Ouimette
- ▶ M. Stéphane Lachapelle
- ▶ Mme Carole Lahaie\*
- ▶ Dre Lyse Landry
- ▶ Mme Sylvie Leblond
- ▶ Dre Annie Léger
- ▶ M. Sylvain Plouffe\*
- ▶ Dre Clara Popa
- ▶ Mme Marie-Josée Racicot
- ▶ Mme Marie-Josée Rancourt
- ▶ Mme Sylvie Routhier\*
- ▶ Mme Caroline Roy
- ▶ Mme Sophie Verdon, CUSM
- ▶ Mme Maggy Vallières, personne-ressource

### COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

- ▶ M. Jacques Boissonneault, PDG\*
- ▶ M. Yves Desjardins, PDG
- ▶ Mme Monic Ferron, administratrice
- ▶ Mme Julie Lahaie, commissaire aux plaintes
- ▶ Mme Diane Sigouin, administratrice
- ▶ M. Richard Vallée, administrateur
- ▶ Mme Maggy Vallières, personne-ressource

### COMITÉ RESSOURCES HUMAINES

- ▶ M. Yves Bédard, administrateur
- ▶ M. Jacques Boissonneault, PDG\*
- ▶ M. Yves Desjardins, PDG
- ▶ M. Claude N. Morin, administrateur
- ▶ Mme Lisyane Morin, administratrice
- ▶ M. Jean-Yves Poitras, administrateur
- ▶ Mme Isabelle Benoit, personne-ressource
- ▶ Mme Caroline Roy, personne-ressource\*

### COMITÉ DE VÉRIFICATION

- ▶ M. Jacques Boissonneault, PDG\*
- ▶ M. Yves Desjardins, PDG
- ▶ M. Daniel Lampron, administrateur
- ▶ M. Daniel Marcotte, administrateur
- ▶ M. David McLaren, administrateur
- ▶ M. Claude N. Morin, administrateur
- ▶ Mme Madeleine Paquin, administratrice
- ▶ M. Richard Vallée, administrateur\*
- ▶ Mme Marie-Lyne Blier, personne-ressource

\*Départ en cours d'année

## 03 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS

### COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

- ▶ Mme Mélanie Bernier, administratrice\*
- ▶ M. Jacques Boissonneault, PDG\*
- ▶ M. Yves Desjardins, PDG
- ▶ M. Daniel Marcotte, administrateur
- ▶ Mme Madeleine Paquin, administratrice
- ▶ M. Claude N. Morin, administrateur
- ▶ Mme Lisyane Morin, administratrice
- ▶ M. Jean-Yves Poitras, administrateur\*
- ▶ Mme Louise Bilodeau, personne-ressource

### COMITÉ DES IMMOBILISATIONS

- ▶ M. Jacques Boissonneault, PDG\*
- ▶ M. Yves Desjardins, PDG
- ▶ M. Claude Duchesne, administrateur\*
- ▶ Mme Madeleine Paquin, administratrice
- ▶ M. Jean-Yves Poitras, administrateur
- ▶ Mme Hélène Desjardins, personne-ressource\*
- ▶ M. Stéphane Lachapelle, personne-ressource

### COMITÉ DE RÉVISION

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

### COMITÉ DES USAGERS

- ▶ Mme Carole Bédard
- ▶ Mme Hélène Bergeron-Bernier\*
- ▶ Mme Claudette Carignan, présidente
- ▶ Mme Gisèle Chrétien
- ▶ Mme Pauline Dupont
- ▶ Mme Gisèle Falardeau
- ▶ Mme Monic Ferron, administratrice
- ▶ Mme Jacqueline Gaignard
- ▶ Mme Marie Grondin\*
- ▶ Mme Dominique Guillemette
- ▶ Mme Céline Hubert
- ▶ Mme Margret Janvier
- ▶ M. Jacques Leblanc
- ▶ Mme Maggy Vallières, personne-ressource

\* Départ en cours d'année

## 03 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS

### COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

- ▶ Mme Marie-Josée Rancourt
- ▶ Mme Carole Lahaie\*
- ▶ Mme Évelyne Grenier-Ouimette
- ▶ M. Jacques Boissonneault, PDG\*
- ▶ M. Yves Desjardins, PDG
- ▶ Mme Lise Dubé
- ▶ Mme Francine Gaudet
- ▶ Mme Caroline Langevin
- ▶ Mme Sylvie Larochelle
- ▶ Mme Annie-Claude Lavigne, présidente
- ▶ Mme Marlène Lessard
- ▶ Mme Annie Létourneau
- ▶ Mme Karolane Lévesque\*
- ▶ Mme Claire Maisonneuve
- ▶ Mme Manon Millaire
- ▶ Mme Annie Perron
- ▶ Mme Julie-Mélissa Picard
- ▶ Mme Marie-Ève Quévillon
- ▶ Mme Jenny Rivard\*
- ▶ Mme Chantal Tremblay

### COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

- ▶ Mme Suzie Alain
- ▶ M. Jacques Boissonneault, PDG\*
- ▶ Dr Guillaume Chevalier Soudeyns
- ▶ M. Yves Desjardins, PDG
- ▶ Dre Nathalie East, présidente
- ▶ Dr Alain Moukheiber
- ▶ Dre Tuong-Vi Pham
- ▶ Dr Jean-Simon Roch Matte
- ▶ Dr Pierre Olivier Roy
- ▶ Dr Houssine Souissi\*
- ▶ Dre Catherine St-Jean
- ▶ Dre Kimi Valet
- ▶ Dre Annie Léger, personne-ressource

### COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

- ▶ Mme Alexandra Barette-Neveu
- ▶ Mme Diane Benguigui
- ▶ Mme Mélanie Bernier
- ▶ Mme Chantal Brunelle
- ▶ Mme Cassandra Buteau-Pilon
- ▶ M. Yves Desjardins, PDG
- ▶ Mme Marie-Ève Dupuis\*
- ▶ Mme Marie-Claude Gagné, présidente
- ▶ Mme Marie-Ève Gagnon-Nolet
- ▶ M. Jacques Boissonneault, PDG
- ▶ Mme Mélanie Hamelin
- ▶ Mme Sophie Higgins
- ▶ Mme Annie Lefebvre
- ▶ Mme Line Ouellet
- ▶ M. Guillaume Petit
- ▶ Mme Caroline Roy\*
- ▶ Mme Anne Simard
- ▶ Mme Cindy Trudel\*

\* Départ en cours d'année

### COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

- ▶ M. Michael Ahern, président
- ▶ Mme Sarah Belzile
- ▶ M. Jacques Boissonneault, PDG\*
- ▶ Mme Chantal Charest
- ▶ M. Yves Desjardins, PDG
- ▶ Mme Anne Leduc-Séguin
- ▶ M. Marc-André Gagnon
- ▶ Mme Marie-Josée Girard
- ▶ Mme Marie-Claude Lacroix
- ▶ M. Pier-Luc Pharand
- ▶ M. Sébastien Provost
- ▶ Mme Marise Quirion
- ▶ Mme Marie-Josée Racicot
- ▶ Mme Caroline Savard

### DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

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

### COMITÉ CONSULTATIF AU PDG

- ▶ Dr Guillaume Barbès-Morin
- ▶ M. Jacques Boissonneault, PDG\*
- ▶ Dre Kathy Bonapace
- ▶ Dre Malika Boumati\*
- ▶ Dr Jean-Yves Boutet
- ▶ Mme Chantal Brunelle
- ▶ Mme Claudette Carignan
- ▶ Dr Hugo Delorme
- ▶ M. Yves Desjardins, PDG
- ▶ Dr Éric Dupras
- ▶ Dre Nathalie East
- ▶ Mme Marie-Claude Gagné
- ▶ Mme Évelyne Grenier-Ouimette
- ▶ Mme Carole Lahaie\*
- ▶ Dre Lyse Landry
- ▶ Dr Ghyslain Lauzon\*
- ▶ Mme Annie-Claude Lavigne
- ▶ Dre Annie Léger
- ▶ Dre Louise Perreault
- ▶ Dr Roland Pouchol\*
- ▶ Mme Marie-Josée Racicot
- ▶ Dre Julie Richer
- ▶ Mme Caroline Roy
- ▶ Dr Pierre-Olivier Roy
- ▶ Mme Krystina Sawyer
- ▶ Dr Houssine Souissi
- ▶ Mme Maggy Vallières

\* Départ en cours d'année

## Conseil d'administration

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

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

Le code d'éthique et de déontologie se retrouve en annexe du Rapport annuel de gestion et peut également être consulté sur le site Web du CISSS à l'adresse suivante : [www.cisss-at.gouv.qc.ca](http://www.cisss-at.gouv.qc.ca).

## Aperçu de l'état de santé de la population

### Des progrès réalisés

Au cours des dernières décennies, divers progrès ont été réalisés en matière de santé. La mortalité infantile a diminué de même que la mortalité prématurée, c'est-à-dire les décès survenus avant l'âge de 75 ans. La prise en charge et le traitement des maladies chroniques se sont aussi améliorés. Tout cela a contribué à l'augmentation de l'espérance de vie qui atteint maintenant 80 ans pour l'ensemble de la population témiscabitiennienne, mais continue d'accuser un retard de deux ans par rapport au reste du Québec.

### Un contexte comportant des défis

Le contexte dans lequel la société évolue a une influence déterminante sur son état de santé global. Or, celle-ci est confrontée actuellement à plusieurs défis. Tout d'abord, le vieillissement démographique qui se traduit par l'augmentation croissante du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus et de la part qu'elles représentent dans la population par rapport aux autres groupes d'âge. Ainsi en Abitibi-Témiscamingue, nous comptons maintenant près d'une personne sur cinq âgée de 65 ans et plus et cette proportion est appelée à augmenter jusque dans les années 2030.

Les changements climatiques constituent un autre enjeu pouvant avoir des répercussions importantes sur l'état de santé de la population. Par exemple, avec le réchauffement du climat, nous observons une hausse de certaines infections transmises par les moustiques (virus du Nil occidental) et les tiques (maladie de Lyme). Nous constatons également la survenue plus fréquente de phénomènes climatiques extrêmes tels que les feux de forêt, les canicules, les inondations, le verglas, etc.

Les inégalités sociales de santé constituent un autre enjeu majeur pour l'état de santé de la population. Elles réfèrent au fait que les personnes moins scolarisées, moins bien nanties financièrement ou plus isolées socialement, sont en moins bonne santé et ont une espérance de vie réduite. Bien que la scolarisation s'améliore au fil des années, la population témiscabitiennienne demeure dans l'ensemble moins scolarisée que le reste de la population québécoise; ainsi, nous recensons encore une proportion significative d'adultes ne détenant pas de diplôme d'études secondaires. De plus, bon nombre d'enquêtes de santé menées dans la région confirment que les personnes les moins scolarisées sont les plus affectées par différents problèmes de santé. Les écarts de revenu persistent également entre les familles biparentales et les familles monoparentales et le nombre de ces dernières ne diminue pas au fil du temps dans la région. Quant aux personnes seules, elles apparaissent, elles aussi, comme un groupe vulnérable et sont appelées à augmenter puisqu'on en retrouve davantage parmi les aînés. Enfin, les membres des Premières Nations constituent un autre groupe particulièrement vulnérable. En effet, ils connaissent souvent des conditions socioéconomiques difficiles, ont subi des traumatismes importants qui affectent les générations d'aujourd'hui et font face à divers problèmes, dont la dépendance à l'alcool et aux drogues pour une certaine proportion d'entre eux. Leur bilan de santé est sans doute moins favorable; d'ailleurs, nous dénombrons très peu de personnes âgées de 65 ans et plus parmi eux. Bien qu'ils représentent seulement une petite fraction de la population de l'Abitibi-Témiscamingue, ils enregistrent une forte croissance et comptent un nombre élevé de jeunes de moins de 15 ans.

---

## 03 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS

En plus des conditions exposées précédemment, qui exercent une influence sur l'état de santé, la population de l'Abitibi-Témiscamingue est confrontée à différents problèmes sociaux et de santé que nous pouvons regrouper sommairement comme suit.

### Les problèmes d'adaptation sociale et de santé mentale

Les problèmes d'adaptation sociale sont associés en bonne partie au développement global des enfants et des jeunes. À cet égard, la région affiche toujours des taux plus élevés que dans le reste du Québec de signalements reçus, retenus et de prises en charge en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse de même que de jeunes contrevenants de 12 à 17 ans au Code criminel. Les problèmes d'abus et de dépendances (alcool, drogues, médicaments et jeux de hasard et d'argent) chez les jeunes se comparent néanmoins à la situation québécoise. En matière de santé mentale, dans l'ensemble, la population témiscabitiennne ne se démarque pas du reste du Québec, mais les décès par suicide s'avèrent toujours relativement plus fréquents.

### Les habitudes de vie et les maladies chroniques

Les comportements que les gens adoptent ont un impact direct sur leur santé, car ils peuvent contribuer à prévenir certaines maladies chroniques (diabète, hypertension, etc.) ou, à l'inverse, représenter des facteurs de risque (tabagisme, sédentarité, etc.). À cet égard, l'Abitibi-Témiscamingue continue de se démarquer du reste du Québec avec une proportion supérieure de fumeurs, de consommateurs de boissons sucrées, de personnes présentant un surplus de poids ou encore souffrant d'obésité. Nous y recensons aussi relativement plus de gens atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique, de cancer du poumon et de cardiopathie ischémique. Néanmoins, pour le diabète ou l'hypertension, la situation régionale se compare à celle du reste du Québec.

### Les maladies infectieuses

La mondialisation facilite la libre circulation des personnes, mais également la propagation des maladies infectieuses. Les défis de la prévention, du dépistage et du contrôle de la transmission s'avèrent donc toujours aussi pertinents. En Abitibi-Témiscamingue, plusieurs infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) sont en hausse. C'est le cas des infections à chlamydia pour lesquelles la région enregistre d'ailleurs un taux supérieur à celui du reste du Québec. Une recrudescence des cas de gonorrhée et syphilis a aussi été enregistrée alors que ces maladies avaient pratiquement disparu depuis plusieurs années. Les maladies entériques sont également assez répandues, mais beaucoup ne sont pas déclarées. Enfin, les infections acquises en milieu de soins (ex. : en raison de la résistance aux antibiotiques) affectent la qualité de vie des patients et la sécurité des soins tout en augmentant le risque de décès. À cet égard, la situation régionale se compare au reste du Québec.

### Les problèmes et les risques associés à l'environnement

La qualité de l'air extérieur peut être affectée par les contaminants industriels (ex. : certains métaux lourds comme le plomb, l'arsenic, etc.) et les pollens. Lorsque trop élevé, le bruit peut devenir un facteur de risque

---

## 03 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS

pour les problèmes de surdité. La qualité de l'air intérieur peut aussi être affectée par la fumée secondaire du tabac, les moisissures et le radon. D'autres risques sont liés à la qualité des eaux. Ainsi, les eaux de consommation peuvent être contaminées par des agents biologiques, physiques ou chimiques.   cet effet, un certain nombre de puits de la région sont contaminés à l'arsenic et au manganèse; ils sont généralement localisés le long de la faille de Cadillac. Les eaux récréatives peuvent également être contaminées, par exemple par les cyanobactéries, comme c'est le cas de plusieurs plans d'eau de la région (Lac Abitibi, Lac Long, Lac Opasatica, etc.). D'autres risques se retrouvent en milieu de travail et peuvent avoir des répercussions sur la santé des travailleurs. C'est le cas des niveaux de bruit nocifs qui peuvent entraîner des problèmes de surdité professionnelle ou encore des contraintes physiques qui peuvent conduire à des troubles musculo-squelettiques.   cet égard, la région se démarque du Québec avec une proportion supérieure de personnes souffrant de surdité professionnelle. Par contre, aucune différence n'est observée dans la région en ce qui concerne la proportion de troubles musculo-squelettiques par rapport à l'ensemble des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

Cette liste n'est pas exhaustive, mais elle permet de donner un aperçu de l'ampleur des défis à relever pour améliorer l'état de santé de la population de l'Abitibi-Témiscamingue.



# 04

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

**CHAPITRE III : ATTENTES SPÉCIFIQUES**  
 Résultats au regard des attentes signifiées 2017-2018

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
<b>Section I : Santé publique (DGSP)</b>		
2.1 Bilan des activités réalisées	Un bilan faisant état des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	Réalisé
2.2 Comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN)	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et le comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, Santé et Services sociaux, Québec 2006 ».	Réalisé
<b>Section II : Services sociaux (DGSS)</b>		
3.1 Implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance et plan de travail	L'établissement devra transmettre au MSSS une liste des installations de son territoire devant implanter le protocole, un plan de travail détaillant les activités prévues ainsi que l'échéancier de l'implantation du protocole. Un gabarit permettant l'identification des installations pertinentes sera fourni. Ces livrables permettront de déterminer la cible associée à l'indicateur « pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance », par établissement et nationalement.  (Considérant que le plan de travail est demandé pour le 30 juin 2018, veuillez compléter la fiche en fonction de la liste qui était demandée au 30 septembre 2017)	Réalisé

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

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
3.2 Poursuivre la mise en œuvre des composantes des programmes d'intervention en négligence	Poursuivre la mise en œuvre des composantes des programmes d'intervention en négligence (PIN).	Réalisé
3.3 Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	Poursuivre la mise en œuvre des composantes des programmes d'intervention en négligence (PIN).	Réalisé
3.4 Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC)	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	Réalisé
3.5 Plan d'action 2017-2022 sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA)	À la suite de la publication du Plan d'action et du plan de déploiement ministériel, l'établissement devra compléter et transmettre le bilan de l'implantation des mesures identifiées.	Réalisé
3.6 ADDENDA – Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA	Les établissements, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et réduction des niveaux de soins alternatifs. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intrahospitalière et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés. Exceptionnellement, le gabarit Excel faisant état des résultats pour le respect des délais d'attente doit être transmis par courriel à madame Améline Bourque à l'adresse courriel suivante : <a href="mailto:ameline.bourque@msss.gouv.qc.ca">ameline.bourque@msss.gouv.qc.ca</a> en ajoutant l'adresse : <a href="mailto:ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca">ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca</a> en copie conforme.	Réalisé

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
3.7 ADDENDA – Mesures alternatives et bonnes pratiques des établissements non fusionnés pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA	Les établissements non fusionnés, par leur mission suprarégionale, ont un champ d'action différent des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) qui ont une responsabilité populationnelle. Ils ont des responsabilités dans la prévention et réduction des NSA et dans la collaboration avec les CISSS et CIUSSS. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques intrahospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA.	NA
3.8 ADDENDA – Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements. De plus, il est aussi prévu que des audits aléatoires seront menés par le MSSS dans les établissements.	Réalisé
<b>Section III : Services de santé et de médecine (DGSSMU)</b>		
4.1 Organisation et harmonisation des soins et des services en santé mentale à Montréal	Collaborer activement aux travaux régionaux portant sur l'organisation et l'harmonisation des soins et des services en santé mentale et en psychiatrie légale à Montréal. À ce titre, mettre en place les actions locales et régionales définies dans les travaux ministériels, réaliser le suivi et la reddition de comptes prévus au regard de ces actions et atteindre les objectifs fixés selon les échéanciers établis.	NA

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

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
4.2 Organisation cohérente du continuum de services spécialisés de santé mentale dans le réseau territorial de services (RTS) du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Contribuer à la mise en place d'une offre de service cohérente de services spécialisés de santé mentale dans le territoire de RTS du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, en appliquant intégralement les mesures définies par le MSSS et les partenaires selon les délais établis.	NA
4.3 État d'avancement de l'implantation du Plan d'action par établissement déposé le 31 mars 2016 et réalisé sur la base des orientations ministérielles 2006	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016. Le plan doit préciser : Action – Objectif – Stratégie/Moyens – Responsable – Résultats/Livrables – Échéancier – Indicateur – Cible atteinte. De plus, les obstacles liés à la non-réalisation du plan devront être notés.	Réalisé
4.4 État d'avancement du Plan d'action triennal 2016-2019 – Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1er juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS et CIUSSS devra être produit.	Réalisé
4.5 État d'avancement sur le plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018	Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	Non réalisé
4.6 État d'avancement de l'implantation du Plan d'action déposé le 31 mars 2016 par établissement réalisé sur la base des orientations ministérielles 2015	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016 composé à partir des actions et des objectifs, incluant l'état d'avancement des travaux au 31 mars 2018. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	Réalisé

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

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
4.7 Investissements en santé mentale dans l'établissement – Accompagnement par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) pour le déploiement des services de suivi intensif dans le milieu (SIM), de soutien d'intensité variable (SIV) et de premier épisode psychotique (PEP)	Prendre part à un processus d'accompagnement avec le CNESM dans le cadre du déploiement des nouvelles équipes et des nouveaux services prévus dans les investissements annoncés le 28 avril 2017 par le ministre.	Réalisé
4.8 Effectifs dans les équipes de soutien dans la communauté	Fournir les informations requises quant aux effectifs en services dans la communauté : suivi intensif dans le milieu (SIM), soutien d'intensité variable (SIV), Flexible Assertive Community Treatment (FACT) et premier épisode psychotique (PEP). Contrairement au suivi des EGI associés aux SIM et SIV, ce suivi comprend également les services qui ne sont pas homologués.	Réalisé
<b>Section IV : Financement, infrastructures et budget (DGFIB)</b>		
6.1 Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années	L'établissement a pour objectif de finaliser l'inspection technique de son parc immobilier. À la suite de l'inspection des bâtiments, il doit élaborer la liste des correctifs devant être réalisés dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.	Réalisé
6.2 Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	L'établissement participe à la réalisation du Plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	Réalisé

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
<b>Section V : Coordination réseau ministérielle (DGCRM)</b>		
7.1 Sécurité civile	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure d'assumer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer : de veiller à l'élaboration ou à la révision d'un plan de sécurité civile; du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au sujet de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile; de raffermir les liens de partenariats en sécurité civile.	Réalisé
7.2 Mandat ministériel de leadership régional en sécurité civile	Exercer le rôle de leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région. À cet effet, le MSSS s'attend à ce que l'établissement maintienne une instance de concertation régionale en sécurité civile avec des mécanismes de coordination efficaces permettant un déploiement concerté des ressources du RSSS advenant un sinistre.	NA
7.3 Gestion des risques en sécurité civile – Santé et services sociaux	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en arrimage avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit : maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation; compléter la phase d'établissement du contexte du processus; compléter la phase d'appréciation des risques du processus.	Réalisé

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
7.4 Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	<p>La mise sur pied d'un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise doit être réalisée. La composition de celui-ci sera entérinée par le C. A. de l'établissement. Exceptionnellement, une résolution du C. A. de l'établissement confirmant la création du comité régional doit être transmise par courriel à monsieur Iannick Martin, coordonnateur à l'accès aux services en langue anglaise à l'adresse courriel suivante :</p> <p>iannick.martin@msss.gouv.qc.ca en ajoutant l'adresse : ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca en copie conforme.</p>	Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique.
7.5 Révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	<p>Les établissements recevront à l'automne 2017 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le C. A. et ensuite transmis exceptionnellement par courriel à monsieur Iannick Martin, coordonnateur à l'accès aux services en langue anglaise à l'adresse courriel suivante :</p> <p>iannick.martin@msss.gouv.qc.ca en ajoutant l'adresse : ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca en copie conforme.</p>	Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique.


Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
7.6 État de situation sur le degré de maturité d'une salle de pilotage stratégique	Un bilan faisant état du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'établissement est demandé. Ce bilan vise à documenter la maturité de la salle de pilotage déployée selon les différentes dimensions abordées, soit la planification, le déploiement, le contrôle/suivi et la réponse-action. Aussi, des questions d'ordre général sont prévues.	Réalisé


CHAPITRE IV : ENGAGEMENTS ANNUELS

Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel de l'année suivante
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec lesquelles le CISSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire.	61	55,1	61
<b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b>			
Engagement partiellement atteint en 2017-2018.			
Pour ce nouvel indicateur, en place depuis le 1er avril 2017, l'atteinte de la cible ne dépend pas uniquement des efforts consentis par notre réseau. Les écoles doivent accepter d'effectuer une planification concertée avec notre organisation afin que l'on puisse saisir une donnée, ce qui implique plus que d'offrir des services au milieu scolaire. L'école doit donc être partie prenante de la démarche.			
En 2017-2018, les écoles de l'Abitibi-Témiscamingue ont toutes reçu des services de promotion et de prévention du CISSS, par le biais des équipes de santé publique. Cependant, toutes n'ont pas accepté de faire l'exercice de planification concertée (adhésion volontaire) proposé par les accompagnateurs École en santé pour différentes raisons propres à leur organisation. L'arrivée de nouvelles ressources dans deux territoires, au cours de la dernière année, fait en sorte que des partenariats sont à construire avec le réseau de l'éducation, ce qui demande un certain temps. Cela devrait être en place pour 2018-2019.			
<b>Dans la dernière année :</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nous avons révisé le rôle et outillé les accompagnateurs École en santé afin de faciliter leur tâche. Un outil simple (à l'intention des deux réseaux) visant à soutenir la planification concertée a été déployé à la rentrée scolaire 2017-2018;</li> <li>• Des documents de soutien clés en main (aide-mémoire, diaporama, etc.) concernant le rôle de l'accompagnateur École en santé ont été diffusés au niveau local pour soutenir ces accompagnateurs dans leur tournée de début d'année auprès des directions d'école;</li> <li>• Des actions ont été inscrites en lien avec École en santé dans le plan d'action régional de l'Entente de complémentarité ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES) et MSSS, plan qui doit inspirer les tables locales dans leurs actions;</li> <li>• Un chantier découlant du Plan d'action régional en santé publique concernant les jeunes de 4 à 17 ans est en cours et des travaux sont en déploiement pour améliorer l'accompagnement offert aux écoles (ex. : formation en accompagnement aux accompagnateurs École en santé, mise en place de rencontres des équipes scolaires par les chefs de service pour faciliter la communication et la planification avec le milieu scolaire).</li> </ul>			
<b>Actions en cours ou à venir :</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un outil « bilan territorial » est actuellement en élaboration, ce qui va permettre aux chefs de service d'avoir un portrait global des actions réalisées dans le milieu scolaire par leurs intervenants;</li> <li>• L'importance de faire une tournée des milieux scolaires entre août et octobre sera réitérée aux accompagnateurs École en santé et aux chefs de service, afin que le momentum du début d'année soit saisi pour s'inscrire dans le cycle de planification de l'école;</li> <li>• Nous poursuivrons les travaux autour de l'Entente de complémentarité des services MEES-MSSS avec nos partenaires de l'éducation. De plus, la planification concertée avec les milieux est régulièrement à l'ordre du jour.</li> </ul>			

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

Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel de l'année suivante
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD).	95	100	100
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline.	95	80	95
<b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b>			
1.01.19.01-PS : La cible est atteinte.			
1.01.19.02-PS : La cible est partiellement atteinte. Pour cette cible, un seul centre hospitalier dépasse le seuil établi. Toutefois, en nombre absolu, il s'agit d'un seul cas pour toute une année. Le cas était difficilement évitable étant donné que la personne était connue Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline depuis plusieurs années, qu'elle était diabétique, qu'elle présentait des plaies dont l'une d'elles s'est infectée. Il s'en est suivi une bactériémie. Avec un seul cas de bactériémie en région, il serait difficile de faire mieux. Tous les efforts sont mis en place pour éviter la transmission d'infections. Les engagements sont parfois difficiles à atteindre en raison de nos « petits » nombres.			
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs.	NA	NA	NA
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse.	95	100	100
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements.	70	39,1	70
<b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b>			
1.01.26-PS : La cible est non atteinte. À l'instar du reste du Québec, la cible est loin d'être atteinte. Malgré les audits, les formations, les rappels au personnel, nous n'arrivons pas à faire augmenter le taux de conformité d'hygiène des mains. Le comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales et la Table clinique de prévention des infections nosocomiales (PCIN) cherchent de nouvelles stratégies innovatrices afin d'obtenir une meilleure conformité de la part de toutes les catégories du personnel de soins, et ce, dans toutes les directions de l'établissement. Afin d'améliorer la situation, un plan d'action fut élaboré en mai. Il sera présenté au comité stratégique en PCIN et par la suite, déployé dans tous nos sites. Il comprend des actions, des outils et stratégies concrètes afin de comprendre les raisons de la non-conformité, de sensibiliser le personnel visé à l'importance de l'hygiène des mains et de l'inciter à la pratique de l'hygiène des mains en temps opportun. La participation de l'ensemble des directions sera requise afin d'implanter les éléments au plan d'action.			

 Atteinte de l'engagement

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

 Atteinte de l'engagement inférieur à 90 %

Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel de l'année suivante
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais.	93	93,5	93,7
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais.	90	85,4	90
<b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b>			
Cible partiellement atteinte, avec une amélioration de 5 % observable en comparaison avec l'année 2016-2017. De plus, nous sommes plus performants que l'ensemble du Québec de 10 %. Un établissement a atteint la cible et un autre est tout près avec 89 %.			
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans.	1 017	857	1 017
<b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b>			
L'engagement est partiellement atteint. Il y a eu trois départs dans les cinq postes Services intégrés de dépistage et de prévention cette année. Il y a toujours deux postes vacants et une nouvelle infirmière (remplacement d'un départ à la retraite) dans le secteur de La Sarre a été engagée. Il manque une infirmière SIDEP à Amos, malgré l'affichage du poste à l'interne et à l'externe à quelques reprises. Les médecins du CLSC offrent le service de dépistage ITSS, mais cela n'est pas comptabilisé. Pour le secteur de Ville-Marie, nous sommes en attente du retour de congé de maternité de l'infirmière qui a obtenu le poste. Aucune infirmière n'était disponible pour l'assignation malgré les efforts réalisés. Pour l'instant, il y a une infirmière qui est présente pour aider à temps partiel, mais l'activité est réduite dans ce secteur. Pour le secteur de Rouyn-Noranda, le poste est pourvu, mais l'infirmière SIDEP a été déplacée pour aider un secteur en manque d'effectif. La situation vient de se régler pour la libérer. Les activités étaient aussi réduites dans ce secteur.			
Il y a eu une diminution du nombre de dépistages, des ITSS auprès des jeunes de 15 à 24 ans. Toutefois, les deux secteurs pour lesquels il y a plus de dépistages sont très fonctionnels. Il y a aussi du dépistage qui est fait en milieu scolaire selon les secteurs.			
À la suite d'une rencontre avec les infirmières qui effectuent des dépistages ITSS, elles sont devenues plus assidues dans l'entrée de leurs données dans le logiciel I-CLSC. Il semble que la baisse du dépistage soit entre autres due au manque de personnel infirmier sur les postes SIDEP. Aussi, les dépistages qui sont faits en milieu Groupe de médecine familiale, urgence ou clinique médicale, ne sont pas comptabilisés.			
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais.	90	76,3	90

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

Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel de l'année suivante
<p><b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b></p> <p>Cible partiellement atteinte. C'est un nouvel indicateur, mais on note une amélioration significative de 8 % en comparaison avec la période 3. De plus, nous sommes plus performants que l'ensemble du Québec de 14 %.</p> <p>Les mesures suivantes seront répétées et maintenues :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rappel auprès des chefs de service des bonnes pratiques afin de favoriser la vaccination dans les délais;</li> <li>• Faire des rappels 24-48 heures avant le rendez-vous;</li> <li>• Faire des relances si le parent ne s'est pas présenté pour lui offrir un autre rendez-vous dans les délais;</li> <li>• Ouvrir d'autres plages horaires ou prolonger les heures des cliniques (ex. : jusqu'à 18 heures), au besoin;</li> <li>• Les objectifs et les résultats des ententes de gestion sont discutés avec les infirmières vaccinatrices lors de la formation annuelle, par le biais de notre bulletin en immunisation, car leur contribution peut avoir un impact.</li> </ul> <p>Les facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le manque de ressource infirmière formée en vaccination;</li> <li>• Le retour au travail des parents qui sont moins disponibles rend plus difficile l'attribution du rendez-vous dans les délais. Cela pourrait expliquer en partie la difficulté d'atteindre les cibles de 1 an et 18 mois.</li> </ul> <p>Pour ce qui est de la qualité des données, la saisie des vaccins administrés dans le registre de vaccination (SI-PMI) est faite de façon systématique et rigoureuse.</p>			
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels nous avons répondu dans un délai de quatre minutes ou moins.	95,6	NA	NA
<p><b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b></p> <p>Cette donnée sera fournie par le biais du centre d'appel 811 du CIUSS Mauricie Centre-du-Québec avec lequel nous avons un contrat de service.</p>			
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile (SAD) longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation des services.	373 861	411 384	396 704
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée.	83,3	0	83,3
1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée.	66,7	16,7	83,3

■ Atteinte de l'engagement

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

■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90 %

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

Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel de l'année suivante
<b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b>			
1.03.07.01-PS et 1.03.07.02-PS Les engagements ciblés n'ont pas été atteints pour la majorité des composantes de façon globale dans l'ensemble de nos sites et plus particulièrement pour le volet formation (coach et dispensation des formations). Plusieurs facteurs contraignants ont contribué à cette situation, notamment, la pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers qui accentue la difficulté de remplacement ou de libération pour les formations, la priorisation de la formation sur l'évaluation physique et mentale pour le personnel infirmier détenteur d'un Diplôme d'études collégiales, ainsi que l'absence de plusieurs chefs de service responsables des comités locaux Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Ces éléments, entre autres, sont adressés dans un plan d'action révisé qui fut déposé en mai 2018 et qui vise à faciliter et guider la reprise des activités nécessaires à l'atteinte de ces composantes.			
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale.	80	80	85
<b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b>			
Pour cette année, l'objectif est atteint. 80 % des RLS de l'Abitibi-Témiscamingue ont atteint le seuil de 80 % d'implantation du Réseau de services intégrés pour les personnes âgées. Les travaux se poursuivent afin d'atteindre, au final, une implantation complète dans tous les secteurs.			
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DI-TSA et DP).	3 708	3 540	3 708
1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DI-TSA et DP).	90	73,2	90
<b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b>			
Les résultats de l'EGI 2017-2018 n'ont pas été atteints pour ces deux indicateurs. À la suite de la mise en place de la nouvelle Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA) à la fin décembre 2017, un chantier prioritaire a été débuté afin de bien cerner les enjeux et les contraintes entourant les indicateurs de performance au SAD. La collecte de données réalisée en janvier 2018 nous a permis d'établir un portrait juste de la situation. Quatre constats en sont ressortis :			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une proportion trop élevée d'utilisateurs suivis au SAD présentant des profils 1-2-3;</li> <li>• Une intensité de services élevée pour la clientèle avec un profil 1-2-3 par rapport à la clientèle plus lourde (profils 4 à 14) et plus vulnérable;</li> <li>• Un pourcentage trop bas de personnes possédant une évaluation à jour et un plan d'intervention;</li> <li>• Une faible fiabilité des données inscrites dans I-CLSC.</li> </ul>			
À la suite de ces constats, la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées a établi des priorités d'action afin de répondre aux engagements pour le 31 mars 2018.			

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

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

Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel de l'année suivante
<p>Parmi les priorités d'action, voici celles qui ont été mises en place ou qui ont débuté dès la fin janvier 2018 :</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Révision de l'offre de service régionale en SAD (benchmarking et révision du document en février-mars 2018, consultations en avril, révision finale en mai et dépôt pour faire entériner l'offre de service harmonisée à la fin du mois de mai au début du mois de juin);</li> <li>• Mise en place d'un plan de révision des évaluations Outil d'évaluation multiclientèle en accéléré. Profils 1-2-3 tous les deux ans et annuellement pour les profils 4 à 14 (de février au 31 mars 2018);</li> <li>• Blitz de révision de la charge de cas des intervenants, mais uniquement basé sur la vérification des entrées de données dans I-CLSC, afin de s'assurer en premier lieu que les données sur les usagers suivis soient bien saisies dans I-CLSC (février à mars 2018);</li> <li>• Début du projet d'harmonisation et de révision du fonctionnement des guichets d'accès SAD, incluant la qualité de saisie des informations dans I-CLSC (avril 2018);</li> <li>• Harmonisation et révision du mécanisme de révision de la charge de cas des intervenants pour assurer la pertinence clinique des suivis en SAD ainsi que la qualité des entrées statistiques dans I-CLSC (début à l'été 2018);</li> <li>• Mise en place d'un comité (début mai 2018) dont le mandat est de s'assurer de la qualité des informations.</li> </ul>			
<p>Force est de constater que malgré les efforts soutenus depuis janvier 2018, il fut impossible pour notre établissement d'atteindre les cibles de ces indicateurs. Cependant, la démarche d'amélioration est bien commencée et la situation devrait être différente au 31 mars 2019.</p>			
<p>Un des facteurs qui apparait important est la qualité des données saisies dans I-CLSC. Il est primordial de s'assurer de la qualité de ces données, car c'est le portrait qui est envoyé au MSSS. Malheureusement, jusqu'à maintenant, la fiabilité des données envoyées n'était pas assurée.</p>			
<p>Un autre facteur important est la pertinence clinique par rapport aux cibles qui sont quantitatives et évolutives dans le temps. Les cibles semblent irréalistes. Sachant que les données saisies n'étaient pas fiables à 100 %, qu'une révision de l'offre de service est en cours, que le nombre d'usagers suivis avec des profils 1-2-3 est trop élevé et que l'intensité accordée à ceux-ci est aussi trop élevée, que le taux de pénétration au SAD pour l'Abitibi-Témiscamingue est plus élevé que la moyenne québécoise et que par rapport à nos comparables, nos cibles sont plus élevées par rapport à une population donnée.</p>			
<p>Un troisième facteur contraignant est la mise en place des outils de cheminement clinique informatisés (OCCI), au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, au début du mois de mars 2018. Étant donné notre plan d'action très serré à partir de janvier 2018 pour tenter d'atteindre les objectifs au 31 mars 2018, il y a eu un ralentissement très marqué de l'intégration des OCCI au mois de mars.</p>			
<p>Le dernier facteur, mais non le moindre, est le manque d'effectifs qui est vécu au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Il arrive fréquemment que, par manque de personnel pour combler les requis quotidiens, une priorisation des activités doit être faite. Dans ce plan de contingence, malgré l'importance de toutes les activités au SAD, la priorité est mise sur les soins directs aux usagers.</p>			
<p>En ce qui a trait au nombre d'usagers desservis en SAD de longue durée, bien que la cible n'ait pas été atteinte, une augmentation est toutefois présente. Bien que le résultat au 31 mars 2018 ne soit pas encore tout à fait fiable à 100 %, il représente beaucoup mieux la réalité.</p>			


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


Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel de l'année suivante
<p>Bien qu'au niveau du nombre d'usagers desservis en SAD de longue durée, la cible n'ait pas été atteinte, une augmentation est toutefois présente et, quoique le résultat au 31 mars 2018 ne soit pas encore tout à fait fiable à 100 %, il représente beaucoup mieux la réalité.</p> <p>Pour le pourcentage d'évaluations à jour avec un plan d'intervention, il est clair que malgré les facteurs contraignants à l'atteinte de la cible, avec un processus amélioré, le résultat devrait de beaucoup s'améliorer.</p> <p>Effectivement, il apparaît clairement qu'il y a des problèmes liés à la qualité des données envoyées au MSSS et servant de base à l'évaluation de la performance et de la détermination des cibles. Au niveau du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, selon les réponses précédentes, il devrait y avoir une amélioration de la qualité des données saisies dans I-CLSC par l'instauration de processus de contrôle de la qualité au guichet d'accès, par la révision des charges de cas et aussi par l'amélioration des connaissances et des rôles dévolus au chef de service du SAD afin d'améliorer le soutien aux intervenants.</p>			
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14.	85	81,3	85
<p><b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b></p> <p>L'atteinte de cet indicateur n'est pas réalisée au 31 mars 2018.</p> <p>Au cours de l'année 2017-2018, il y a eu fermeture de l'unité régionale de psychogériatrie. Étant donné l'amélioration notable de la gestion des Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence dans les CHSLD de la région et les efforts déployés afin de maintenir le plus possible les résidents dans leurs milieux d'origine, le maintien de cette unité au CHSLD de Macamic n'était plus nécessaire. Cependant, bien qu'étant une unité d'hébergement temporaire, à la fermeture, une grande partie des usagers y étant hébergés était là depuis plusieurs années, donc ils n'avaient plus de lits à leurs noms en CHSLD et se sont vus attribuer des lits dans les CHSLD de l'Abitibi-Témiscamingue. Parmi ceux-ci, sept personnes sont demeurées au CHSLD de Macamic sur les unités de vie. L'impact est que chacun d'eux avait un profil de moins de 10 et, en intégrant les lits d'hébergement permanent en CHSLD, ils ont été considérés comme de nouvelles admissions avec profil de moins de 10. Sans cet élément, l'établissement aurait atteint la cible de 85 %.</p> <p>On note une amélioration de la situation qui est en grande partie attribuable à l'investissement NSA et aux travaux entourant toute cette démarche. De plus, l'investissement au SAD a aidé au maintien à domicile et a permis de retarder des hébergements de personnes avec profils de moins de 10.</p> <p>Pour cet indicateur, il n'y a pas de problèmes connus liés à la qualité des données.</p>			
1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service en soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14.	320 765	345 241	324 397
1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DI-TSA et DP) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14.	2 071	1934	2 071

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

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

Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel de l'année suivante
<p><b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b></p> <p>Le seul indicateur sur les trois est partiellement atteint est celui du nombre de personnes desservies au SAD de longue durée ayant un profil de 4 à 14. Les mesures qui seront mises en places sont les mêmes que celles mentionnées pour les indicateurs 1.03.11 et 1.03.12 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Révision de l'offre de service régionale en SAD (benchmarking et révision du document en février-mars 2018, consultations en avril, révision finale en mai et dépôt pour faire entériner l'offre de service harmonisée à la fin du mois de mai ou début du mois de juin);</li> <li>• Mise en place d'un plan de révision des évaluations OEMC en accéléré. Profils 1-2-3 tous les 2 ans et annuellement pour les profils 4 à 14 (de février au 31 mars 2018);</li> <li>• Blitz de révision de la charge de cas des intervenants, mais uniquement basé sur la vérification des entrées de données statistiques dans I-CLSC afin de s'assurer en premier lieu que les usagers suivis soient bien saisis dans I-CLSC (février à mars 2018);</li> <li>• Début du projet d'harmonisation et de révision du fonctionnement des guichets d'accès SAD incluant la qualité de saisie des informations dans I-CLSC (avril 2018);</li> <li>• Harmonisation et révision du mécanisme de révision de la charge de cas des intervenants pour assurer la pertinence clinique des suivis en SAD ainsi que la qualité des entrées statistique dans I-CLSC (début à l'été 2018);</li> <li>• Mise en place d'un comité (début mai 2018) dont le mandat est de s'assurer de la qualité des informations;</li> </ul> <p>Une contrainte majeure ayant eu un impact sur le résultat de l'indicateur 1.03.15 est notre pourcentage d'évaluations à jour. Effectivement, ayant obtenu un résultat de 74,33 % pour les évaluations à jour avec plan d'intervention, il y a une partie de ces usagers qui ont des profils de 4 à 14, qui n'ont malheureusement pas été comptés comme usagers actifs ayant un profil 4 à 14 étant donné que l'évaluation n'était pas à jour. Ce point sera néanmoins réglé pour le 31 mars 2019 par le processus qui a été mis en place afin de s'assurer la révision des évaluations et donc, de s'assurer que tous les usagers avec profil 4 à 14 soient à jour et aient un plan d'intervention.</p> <p>Ici aussi, une contrainte importante est la fiabilité des données saisies dans I-CLSC tel que spécifié plus tôt pour les indicateurs 1.03.11 et 1.03.12.</p> <p>Toutes les actions entreprises par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue sont mises en place dans l'optique de diminuer le nombre d'usagers avec profils 1-2-3, ainsi que de donner plus d'intensité à ceux ayant des profils de 4 à 14 et que tous les usagers suivis au SAD ont une évaluation à jour ainsi qu'un plan. Bien évidemment, les données saisies dans I-CLSC doivent être fiables et de qualité.</p> <p>Il est important de noter que, malgré que la cible n'ait pas été atteinte pour l'indicateur 1.03.15, une amélioration a toutefois été réalisée et nous indique que les travaux d'amélioration entrepris vont dans le bon sens.</p> <p>Voir la réponse inscrite pour les indicateurs 1.03.11 et 1.03.12 qui peut être tout à fait applicable ici aussi.</p>			
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS.	96,3	96,2	96,7

 Atteinte de l'engagement

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

 Atteinte de l'engagement inférieur à 90 %

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


Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel de l'année suivante
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP), selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS.	91,9	94,9	95
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS.	95,7	95,1	97,9
<b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b>			
Engagement atteint pour l'indicateur 1.45.04.05			
L'implantation progressive du guichet unique Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique intégrant les services spécifiques et spécialisés se poursuit. Il est effectif pour le programme DI-TSA en ce qui concerne les services spécialisés. Les services en DP s'y ajoutent progressivement. Deux Municipalités régionales de comté sur cinq sont maintenant intégrées au guichet unique. Un référentiel sur les diagnostics admissibles est rédigé et servira à former les cliniciens du guichet ainsi que de soutenir les référents. Les discussions sur le modèle d'organisation à privilégier auprès de la DPSAPA pour les services SAD et les services spécifiques sont en cours. Maintien des rencontres régionales des gestionnaires d'accès.			
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI), selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS.	90	60,1	90
<b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b>			
Engagement partiellement atteint (voir les mesures identifiées à l'engagement 1.05.15-P). L'augmentation de la clientèle TSA ainsi que les travaux que nous avons menés concernant l'identification de la clientèle et la mise en place d'une trajectoire d'évaluation ont eu un impact important sur l'atteinte de nos cibles en regard de l'accès aux services (voir l'explication de l'engagement 1.05.15-P).			
1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail.	50	71,4	80
<b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b>			
Engagement atteint. Efforts consentis sur les transitions vers la vie adulte. Sensibilisation du personnel à ces égards. Utilisation du programme « Milieu de formation et de travail adapté » (MFTA) pour soutenir l'intégration au travail. Lien avec les organismes communautaires qui offrent des activités de jour afin de soutenir l'intégration de la clientèle. Travail en amont avec les commissions scolaires pour arrimer nos efforts dans le soutien de l'utilisateur en période de transition.			

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

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

Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel de l'année suivante
1.05.15-PS Délai moyen pour l'accès à un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme.	90	164,2	90
<b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b>			
<p>1. Engagement non atteint. Voici les mesures que nous prenons ou allons prendre pour améliorer la situation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser la formation aux parents en groupe, de façon plus systématique, comme porte d'entrée aux services spécialisés en respectant les règles qui régissent la mise en place d'un premier service;</li> <li>• Intensifier les travaux avec la DPSAPA en matière d'arrimage des services de soutien à domicile et des services spécifiques et spécialisés;</li> <li>• Accentuer les activités de développement des compétences des intervenants;</li> <li>• Réviser les tâches des intervenants afin d'augmenter le temps d'intervention directe et mieux circonscrire les rôles et responsabilités de chacun à l'intérieur de l'offre de service;</li> <li>• Poursuivre nos travaux visant une meilleure intégration des services en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique.</li> </ul> <p>2. Il y avait une sous-détection des usagers vivant avec un TSA en Abitibi-Témiscamingue et nous sommes en rattrapage sur ce point. Nous avons également défini et mis en place une trajectoire d'évaluation diagnostique pour les enfants et les adolescents, en exploitant l'opportunité d'émettre un diagnostic provisoire. Ainsi, la mise en œuvre de cette pratique a réduit à zéro la liste d'attente pour l'obtention d'un diagnostic. Bien qu'il s'agisse d'une excellente nouvelle pour l'amélioration du taux de détection et de l'obtention d'une évaluation dans un temps opportun, cette pratique a eu un impact majeur sur notre liste d'attente, car nous n'avons pas été en mesure d'absorber le surplus de références que cela a engendré.</p> <p>Enfin, il faut savoir qu'en Abitibi-Témiscamingue, l'offre de service à la clientèle TSA était historiquement assumée par le CRDP, qui n'était pas membre de la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement. Un écart en matière de philosophie clinique et de pratique d'intervention était manifeste. Nous sommes donc en réorganisation en ce qui a trait à l'intervention afin d'arrimer nos interventions cliniques aux guides de pratique. Ainsi, nous sommes en cours d'implantation pour l'intervention en trouble grave du comportement (TGC) pour la clientèle TSA, l'intervention en comportementale intensive (ICI) et la formation aux parents. Nous avons accentué l'offre de service à la clientèle adulte en matière d'intégration au travail ou en milieu résidentiel. C'est l'ensemble de ces facteurs qui ont affecté notre capacité à respecter notre engagement.</p> <p>3. Nous ne constatons pas d'évolution positive en regard des résultats de l'année passée, car les mesures précédemment décrites ont toutes été implantées en 2017-2018.</p>			
1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence.	29,5	28,6	28
<b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b>			
L'engagement dans l'EGI 2017-2018 est atteint.			

 Atteinte de l'engagement

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

 Atteinte de l'engagement inférieur à 90 %

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

Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel de l'année suivante
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins.	86,3	86,8	87,6
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance.	93,8	95	93,8
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère.	313	313,2	313
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnu par le Ministère.	NA	NA	NA
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence.	10	9,98	9.3
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	65	62,2	65
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	70	65	70
<b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b>			
1.09.01-PS Cible atteinte			
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures : Cible partiellement atteinte, mais le résultat indique une amélioration comparativement à l'année précédente. Cible non atteinte à Rouyn-Noranda, Val-d'Or et Ville-Marie pour lesquels les taux de population avec médecin de famille sont les plus faibles dans la région.			
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures : Cible non atteinte, mais le résultat indique une légère amélioration comparativement à l'année précédente, et une augmentation de près de 3 % comparative-ment à 2015-2016. Cible non atteinte à La Sarre, Rouyn-Noranda, Val-d'Or et Ville-Marie. Pour le territoire de La Sarre, la saisie des données « visites à l'urgence » est en révision suite à certains constats. Pour les autres territoires, elle correspond aussi aux taux de population avec médecin de famille qui sont plus faibles.			
L'ensemble des indicateurs fait l'objet d'un suivi régulier et d'une attention particulière par la DSPEU. Ils figurent dans un fichier « Carnet de route » qui est analysé par le Comité stratégique cheminement des usagers.			
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	434	474	505
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	24	25	24

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

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

Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel de l'année suivante
1.09.46 -PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	13	11	13
<b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b>			
<p>Les résultats n'ont pas été atteints pour un seul des indicateurs, soit le 1.09.46-PS, avec un résultat de 11 % sur une cible de 13 %. Dans la plupart des MRC de l'Abitibi-Témiscamingue, des travaux sont en cours afin d'améliorer les gardes médicales et infirmières, ce qui aura certainement un impact. Présentement, les proches aidants doivent s'impliquer passablement afin que le maintien à domicile de l'usager soit possible jusqu'à son décès. Actuellement, beaucoup de nos usagers choisissent d'être hospitalisés ou encore d'aller dans une maison de soins palliatifs plutôt que de demeurer à domicile jusqu'à la fin. Au cours de la prochaine année, la formation en soins palliatifs sera toujours de mise, mais il y aura également des travaux de bonification et amélioration des gardes médicales et infirmières à domicile. Il y aura aussi des suivis et des liens de faits afin d'améliorer la façon de soulager la douleur.</p> <p>Il n'est pas toujours possible d'avoir un suivi médical 24 h sur 24 ni d'avoir le support infirmier et le nombre d'ASSS en quantité suffisante pour permettre une implication des proches aidants un peu plus restreinte qui favoriserait le maintien à domicile jusqu'au décès.</p> <p>Possibilité de fournir des narcotiques en mode continu via un mode sous-cutané.</p> <p>Au cours des prochains mois, des efforts seront déployés afin de trouver des solutions pour que le choix de demeurer à domicile soit envisagé plus souvent par les usagers plutôt que d'opter pour l'hospitalisation en centre hospitalier.</p>			
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	1	0
<b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b>			
<p>En 2017-2018, 13 usagers ont dépassé la cible fixée. Plusieurs étaient associés à des erreurs de saisies dans le système et reliés à la non-disponibilité de l'usager. En P13, un cas était associé à la mise à jour du système Opéra, pour lequel des problèmes de transferts d'informations sont survenus (correctifs apportés). L'usager a, par la suite, été planifié dans l'horaire opératoire. À l'exception de ce cas, aucun dépassement n'a été observé depuis la P7.</p> <p>Poursuite des suivis des délais de chirurgie par l'amélioration de la gestion des listes d'attente avec l'équipe médicale répondant aux exigences de l'entente de gestion.</p>			
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier.	90	92,1	90
<b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b>			
Cible atteinte.			
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100	99	100

■ Atteinte de l'engagement

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

■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90 %

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

Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel de l'année suivante
<b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b>			
Amélioration du résultat comparativement à l'année précédente.			
Poursuite des suivis des délais de chirurgie par l'amélioration de la gestion des listes d'attente avec l'équipe médicale répondant aux exigences de l'entente de gestion.			
Suivi des chirurgies oncologiques en partenariat avec l'infirmière préadmission et l'agente administrative, et encadrement des demandes de chirurgies oncologiques afin de répondre à l'entente de gestion dans un délai de 28 jours, répondant maintenant aux cibles de l'entente de gestion.			
1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF) accrédités	7	7	7
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	85	81,69	85
<b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b>			
Répartition des données « Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille » dans les cinq territoires :			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abitibi-Ouest : 88 %</li> <li>• Abitibi : 92 %</li> <li>• Rouyn-Noranda : 79 %</li> <li>• Val-d'Or : 75 %</li> <li>• Témiscamingue (Ville-Marie et Témiscaming-Kipawa) : 83 %</li> </ul>			
Arrivée de plusieurs nouveaux médecins en 2017-2018 sur les territoires qui contribueront à augmenter la prise en charge de la population. De 2015 à février 2018, 36 nouveaux recrutements en médecine de famille (34 actifs, 2 associés), 3 en cours de parrainage dont 1 aura un stage à compter de septembre 2018.			
Intensification et amélioration du processus associé aux activités de recrutement et optimisation des activités avec Recrutement santé Québec (RSQ).			
Diffusion régulière de l'indicateur au Département régional de médecine générale, Table de concertation des GMF, tableau de bord de gestion du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.			
1.09.48-PS Nombre total de groupes de médecins de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	NA	NA	NA
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente depuis moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies.	100	96,3	100

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

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

Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel de l'année suivante
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques.	100	100	100
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente depuis moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales.	100	100	100
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes de services en attente depuis moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques.	90	84,6	100
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes de services en attente depuis moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires.	95	95,9	100
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente depuis moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies.	95	95,9	100
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente depuis moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomographies.	100	100	100
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes de services en attente depuis moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques.	100	75,2	85
1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP).	NA	NA	NA
<b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b>			
1.09.34.02-PS Cible partiellement atteinte. La différence vient de la disponibilité de nos ressources humaines pour effectuer les scopies et du nombre croissant du nombre d'interventions. Nous sommes confiants de l'atteinte de la cible comme à l'habitude pour la prochaine année. Nos premières périodes sont d'ailleurs atteintes.			

■ Atteinte de l'engagement


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


■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90 %

Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel de l'année suivante
1.09.34.05-PS Deux de nos territoires éloignés sont couverts par le même cardiologue qui attend d'avoir un nombre suffisant de requêtes avant de s'y déplacer. Les patients ont le choix d'attendre ou d'aller vers un autre secteur. De plus, difficulté organisationnelle en lien avec le fait que l'appareil d'échographie cardiaque d'un des secteurs du CISSS est partagé par trois disciplines (gynéco-obstétrique/médecine interne et radiologie). En attente d'un appareil dédié qui permettra de produire davantage d'examen dans un de nos plus grands secteurs, soit Rouyn-Noranda. Entretemps, nous avons rencontré les médecins et des disponibilités accrues ont été offertes. Mise en place de la communication des délais si nous approchons de la cible afin de mettre en place des mesures correctives AVANT le dépassement des délais. Également, certains territoires ont des enjeux de ressources humaines qualifiées disponibles qui devraient se résorber.			
1.09.34.09-PS L'unité mobile est en fonction 7 jours sur 7, 16 h/jour entre 8 h et 24 h sur plus de 80 % des installations visitées par Imagerie par résonance magnétique mobile. Le volume moyen d'examen quotidiens est d'une vingtaine de cas. Nous rencontrons certaines difficultés associées au nombre de ressources formées disponibles sur chacun des sites afin d'assurer davantage de plages horaires, et ce, sans nuire à l'offre de service des autres modalités d'examen d'imagerie. La formation de technologues est programmée en cours d'exercice 2018-2019, ce qui, souhaitons-le, régularisera la situation. Il existe également une problématique connue à l'effet que le nombre de cas injectés est plus élevé que les plages horaires disponibles à 2 intervenants. Entente en cours de présentation avec la Confédération des syndicats nationaux pour augmenter le nombre d'heures journalières effectuées par les assistants techniques en IRM. Cette entente nous permettra de programmer plus de cas injectés par jour et de couvrir les fins de semaine également. Estimation +/- 24 patients avec injection rajoutés par 7 jours.			
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité.	100	100	100
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire.	6,41	8,82	6,41
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires.	3,38	4,76	3,38
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante.	1,25	1.83	1,25
<b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b>			
<p>3.01-PS 3.05.02-PS et 3.06.00-PS</p> <p>Pour l'année 2017-2018, la gestion des effectifs a été marquée par de nombreuses transformations organisationnelles et une augmentation importante de la pénurie de main-d'œuvre dans la région. Dans ce contexte, les cibles d'assurance salaire, d'heures supplémentaires et de recours à la main-d'œuvre indépendante n'ont pas été atteintes.</p> <p>Au cours des dernières années, nous observons une baisse importante du nombre total d'employés dans notre organisation. Actuellement, le marché du travail régional est confronté par une situation de rareté de main-d'œuvre sans précédent. En avril 2018, le taux de chômage régional se situait à 4,7 % et était le 2e plus bas au Québec. En 2015, lors de la création du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, le taux de chômage était de 7 %. Dans ce contexte, le recrutement pour faire face aux nombreux départs de l'établissement devient très difficile.</p>			

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

Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel de l'année suivante
<p>Le manque de disponibilité de la main-d'œuvre entraîne une augmentation du temps supplémentaire et de la main-d'œuvre indépendante, ce qui peut augmenter la pression sur le personnel. De plus, l'établissement a déployé plusieurs projets de transformations cliniques importants qui ont entraîné plusieurs changements pour le personnel. Cela peut donc expliquer une partie de la hausse du ratio d'assurance salaire ainsi qu'une augmentation de nos frais de Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.</p> <p>En 2017-2018, la DRHCAJ a déployé une nouvelle structure et une nouvelle offre de service à la suite d'une réorganisation en profondeur. Au cours de l'année, de nombreuses actions ont été entreprises afin d'atteindre les cibles. En septembre 2017, un plan d'action visant l'augmentation de la présence au travail et la disponibilité de la main-d'œuvre a été adopté et se poursuit cette année. De ce plan, plusieurs mesures ont été déployées ou sont en cours d'implantation telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une entente avec le syndicat Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec qui offre à tous les employés de la catégorie 1 une garantie de travail à temps complet;</li> <li>• Un exercice de rehaussement, en collaboration avec le syndicat FIQ et celui de la CSN, permettant d'augmenter le nombre de postes à temps complet pour les infirmières, les infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes et les préposés aux bénéficiaires;</li> <li>• Une révision des horaires de travail et du travail de planification à la liste de rappel;</li> <li>• Des mesures de soutien aux changements et transformations incluant des ateliers pour les gestionnaires;</li> <li>• Un salon d'embauche dans toutes les MRC de la région;</li> <li>• Un projet de promotion et de valorisation du travail des PAB;</li> <li>• Un programme de reconnaissances des acquis afin d'augmenter le nombre de diplômés pour le titre d'emploi de PAB.</li> </ul> <p>Sur le plan du contrôle des effectifs, conformément à la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs, l'établissement a dépassé la cible définie en juillet 2017 de 98 623 heures. Il est à noter que ce dépassement de cible s'explique en partie par une augmentation des heures effectuées en taux supplémentaires, nécessaires pour que les engagements liés à l'offre de service de l'établissement soient tenus, de même que par certains investissements imprévus, annoncés en cours d'exercice financier par le ministre de la Santé et des Services sociaux, tels que l'ajout d'effectifs en SAD et autres programmes.</p>			
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS).	95	95,7	NA
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC).	66	60,4	70
<b>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</b>			
<p>7.01.00-PS Notre cible est en voie d'être atteinte à la suite d'un recrutement de nouvelles ressources de travailleurs sociaux dans nos services sociaux généraux (SSG).</p> <p>Une vague de départs de ces secteurs a demandé certains ajustements au niveau de la gestion des ressources humaines et une augmentation apparente du nombre de demandes dans les accueils et de l'intensité des suivis, dont plusieurs suivis étroits requis, ce qui diminue la marge de manœuvre des prises en charge.</p>			

 Atteinte de l'engagement

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

 Atteinte de l'engagement inférieur à 90 %

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

Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement annuel de l'année suivante
<p>De plus, les chefs ont mis en place rapidement les formations continues obligatoires pour l'orientation des nouveaux travailleurs sociaux en poste aux SSG, ainsi que l'incontournable ajustement du nombre de suivis (maximum de 12 rencontres), ce qui signifie une gestion clinique adéquate ainsi que le respect du nombre de rencontres maximales aux SSG.</p> <p>Pour les prochaines périodes, les mesures seront les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Le soutien clinique accru des travailleurs sociaux;</li><li>• La mise en place de mécanismes de révision des listes d'attente tous les trois mois;</li><li>• La collaboration avec les autres directions suite à l'implantation des suivis étroits;</li><li>• La prévention en « prévention du suicide »;</li><li>• Le soutien et accès aux meilleurs outils de pratique pour les suivis aux SSG;</li><li>• La révision individuelle des cases load des travailleurs sociaux;</li><li>• La gestion et les suivis se présentant en GMF afin d'éviter les dédoublements de services.</li></ul>			



# 05

## ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

### Agrément

En octobre 2017, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a reçu sa première visite d'agrément suivant l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (LMRSSS). Ainsi, du 1er au 6 octobre 2017, une équipe de 10 visiteurs a procédé à l'évaluation de 11 secteurs de normes à travers 38 installations dans les programmes : santé mentale et dépendance (SMD), SAPA ainsi que DI-TSA et DP. Le rapport de visite a été produit le 13 novembre 2017. Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue s'est conformé à la hauteur de 85,6 %, recevant de ce fait le statut « agréé ».

Afin de maintenir ce statut, les mesures de suivis exigées par Agrément Canada ont été soumises aux équipes le 16 avril 2018. Celles-ci ont travaillé à apporter les correctifs requis et à la préparation de plans d'action pour prendre en charge les travaux plus importants. Les preuves déposées par l'organisation visaient principalement à démontrer notre conformité aux exigences suivantes :

En lien avec les tests de conformité qui se rattachent aux pratiques organisationnelles requises (POR) :

- Transférer l'information sur l'utilisateur aux points de transition des soins;
- Mettre en œuvre le plan de sécurité des usagers;
- Mettre en œuvre le programme d'entretien préventif des appareils et des instruments médicaux;
- Limiter la disponibilité des produits à l'héparine;
- Élargir l'application de la politique de gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé;
- Vérifier l'efficacité du programme de prévention des chutes;
- Offrir de la formation sur l'hygiène des mains dans certains milieux;
- Recueillir et partager l'information sur les taux d'infection dans certains milieux;
- Mettre en œuvre l'approche de prévention du suicide dans certains milieux;
- S'assurer d'utiliser au moins deux identificateurs d'utilisateurs dans certains milieux.

En lien avec les critères à priorité élevée se rattachant aux normes d'excellence et normes transversales :

- Déficits sur le plan du développement (6.7, 8.14, 8.16);
- Gestion des médicaments (6.2, 7.4, 23.3);
- Prévention et contrôle des infections (2.10, 6.3);
- Réadaptation (7.15);
- Santé mentale (2.8);
- Soins de longue durée (9.6);
- Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu (7.9).

Agrément Canada est actuellement en train de revoir les preuves soumises. L'établissement est en attente de la confirmation qu'il respecte les exigences en matière de suivi.

Toujours en action, les équipes-qualité poursuivent leur démarche d'amélioration continue de la qualité et sont maintenant à l'œuvre pour préparer les prochaines visites d'agrément dont le calendrier détaillé est attendu en mai 2018.

### Sécurité et qualité des soins et des services

***Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents et accidents ainsi que les principaux risques d'incidents et accidents sont mis en évidence au moyen du système local de surveillance.***

L'établissement a instauré des mécanismes de suivi concernant la qualité des soins et la sécurité des usagers. Les actions réalisées pour promouvoir la déclaration, les actions prises, le suivi rigoureux des événements indésirables et la divulgation des incidents et accidents sont les suivantes :

- L'établissement a procédé à l'harmonisation de politiques et procédures en gestion des risques et a adopté, notamment, les documents administratifs suivants :
  - Politique de gestion intégrée des risques;
  - Procédure de gestion des événements sentinelles;
  - Programme intégré de la qualité, de la sécurité et des risques et son recueil des plans de sécurité.
- Un plan de communication pour la diffusion des politiques et procédures a été planifié et les activités de communication sont débutées. Ces dernières ont fait l'objet de présentation, de consultation et d'adoption au sein de l'organisation ainsi qu'au comité de gestion des risques et de la qualité.
- Plusieurs présentations et séances de sensibilisation et de formation ont été réalisées concernant la déclaration des incidents et accidents, formant et sensibilisant ainsi tout près de 420 personnes. Ces séances visaient à rappeler l'obligation de déclarer les événements pour assurer un suivi étroit et continu des incidents et accidents afin de :
  - Donner à la sécurité la priorité qu'elle requiert;
  - Mettre en place des mesures pour en prévenir la récurrence et assurer un soutien aux personnes touchées par de tels événements;
  - S'assurer de la divulgation des événements avec conséquences aux usagers, aux familles ou au représentant légal, et ce, dans une culture de sécurité et de non-blâme.

Les principaux éléments qui caractérisent la notion de divulgation ont fait l'objet de vigie au sein du comité de gestion des risques et de la qualité ainsi qu'aux sous-comités en gestion des risques afin que la divulgation des accidents avec conséquences soit réalisée dans l'optique de la divulgation obligatoire des événements avec conséquences au sens de la loi.

- L'établissement possède désormais un seul système de saisie des formulaires de déclaration des incidents et accidents (AH-223), soit le SSSS. De ce fait, certaines directions assuraient déjà une saisie décentralisée des formulaires AH-223. Une direction a débuté une décentralisation de la saisie des données relatives aux formulaires AH-223. Certains enjeux caractérisent cette décentralisation à l'effet que le SSSS démontrait certaines problématiques rendant la saisie plus complexe. La problématique relative à l'application SSSS étant résolue, la saisie décentralisée est désormais plus efficiente. Cette décentralisation n'a pas créé de retard majeur dans la saisie des formulaires AH-223 pour la direction concernée;

---

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

- L'établissement a assuré le suivi des activités découlant des déclarations des incidents et accidents avec son équipe d'agents de planification, de programmation et de recherche (APPR) en gestion des risques. Avec les gestionnaires et les équipes concernées, ils voient au bon fonctionnement de la gestion des risques auprès des équipes cliniques, administratives et des gestionnaires des directions. Cette vigie se réalise par les sous-comités en gestion des risques, notamment par la présentation des bilans des incidents et accidents, des constats principaux qui en ressortent et des principales pistes d'amélioration mises en œuvre dans l'optique de mesures de prévention de la récurrence.
- Toutes les déclarations sont analysées en vue d'identifier et de mettre en place des mesures de prévention de la récurrence. Le fruit de ces analyses permet de prévenir la récurrence des événements dans une perspective régionale, dans les établissements des MRC de l'Abitibi-Témiscamingue. La Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQÉPÉ) a mis en place un système de suivi et de vigie quant aux modalités du processus de gestion des risques afin de s'assurer que des actions et des démarches sont entreprises par la direction ou l'instance concernée quant au respect du processus de divulgation et des mesures de soutien offertes aux usagers.
- En conformité avec les orientations prises par la DQÉPÉ et entérinées par le comité de gestion des risques et de la qualité du CISSS, les directions cliniques ainsi que la Direction des services techniques, logistique et des ressources informationnelles (DSTLRI) ont tenu des sous-comités de gestion des risques et de la qualité. Les sous-comités ont, entre autres, la responsabilité d'assurer le suivi aux déclarations d'incidents et accidents spécifiques à leurs directions, identifier les mesures nécessaires pour éviter la récurrence d'événements indésirables, cibler les actions pertinentes ainsi que les besoins en formation. En 2017-2018, 25 rencontres de sous-comités ont eu lieu pour assurer le suivi aux activités en gestion des risques et de la qualité et les recommandations qui en découlent. Quatre rencontres du comité de gestion des risques et de la qualité se sont tenues cette année, soit le 2 mai 2017, le 25 septembre 2017, le 5 décembre 2017 et le 13 mars 2018.
- L'établissement s'est doté d'un tableau de bord de gestion qui tient à jour le suivi apporté à chaque situation déclarée et qui fait l'objet d'une ou plusieurs recommandations. Les situations analysées et le suivi apporté par les directions permettent de valider les solutions et mesures correctives en vue de prévenir la récurrence des événements indésirables. Chaque intervenant et gestionnaire reçoit un accompagnement adapté aux circonstances afin d'assurer la pérennité des mesures mises en place. La DQÉPÉ s'assure que les moyens appropriés sont pris autant pour le soutien que pour l'accompagnement au personnel et aux usagers.
- Le résultat des démarches et le suivi aux recommandations sont présentés au comité de gestion des risques et de la qualité et aux sous-comités des directions concernées. Selon la gravité et la complexité des situations, des comités ad hoc formés de représentants des directions sont mis en place sur une base ponctuelle pour répondre aux besoins de suivis et mesures de soutien. La philosophie de gestion du personnel vise à mobiliser les personnes et à favoriser leur expertise pour instaurer des mesures correctives aux situations qui compromettent la sécurité des usagers. Les suivis requis auprès des instances concernées se font lors des comités de gestion des risques et de la qualité et aussi auprès des comités créés avec l'implication de certaines directions.

---

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

Le fruit du travail réalisé et des informations compilées en lien avec les situations des événements en gestion des risques déclarés permettent à la DQÉPÉ de formuler des recommandations systémiques concernant plusieurs directions ou groupes d'usagers facilitant ainsi l'identification des moyens mis en place pour le soutien et l'accompagnement aux instances concernées.

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

Dans l'ensemble, voici les événements (incidents et accidents) ainsi que leur répartition par types d'événements.

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

### Extraction des données au 29 mai 2018 en regard aux déclarations des incidents et accidents au CISSS de l'Abitibi- Témiscamingue pour 2017-2018

#### Nature des trois principaux types d'incidents (A-B)

Type événement incident (A-B)	Nombre	Pourcentage des A-B par rapport à l'ensemble des événements	A	B
Médication	507	4,6 %	153	354
Chute	38	0,3 %	9	29
Autres	445	4 %	175	270
Sous-total	<b>990</b>	<b>9 %</b>	<b>337</b>	<b>653</b>
Total global des A-B (tout type)	<b>1 865</b>		<b>635</b>	<b>1 230</b>

### Extraction des données au 29 mai 2018 en regard aux déclarations des incidents et accidents au CISSS de l'Abitibi- Témiscamingue pour 2017-2018

#### Nature des trois principaux types d'accidents (C à I)

Type événement incident (C-I)	Nombre	Pourcentage des C-I par rapport à l'ensemble des événements	C-D	E1-E2- F-G- H-I
Médication	3 039	27,6 %	2 951	88
Chute	3 232	29,4 %	2 421	811
Autres	1 126	10,2 %	690	436
Sous-total	<b>7 397</b>	<b>67,2 %</b>	<b>6 062</b>	<b>1 335</b>
Total global des C-D-E1-E2-F-G-H-I (tout type)	<b>8 926</b>		<b>7 447</b>	<b>1 479</b>

<b>Total global des A-B (tout type)</b>	<b>1 865</b>
<b>Total global des C-D-E1-E2-F-G-H-I (tout type)</b>	<b>8 926</b>
<b>Total global des « Non disponibles »</b>	<b>200*</b>
<b>Total global incidents et accidents au CISSS en date du 29 mai 2018</b>	<b>10 991**</b>

\* Analyse non terminée

\*\* Données non exhaustives.

L'établissement a jusqu'au 15 juin 2018 pour finaliser la compilation des données dans le système. Se référer au *Registre national sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux* pour les données complètes et finales.

Plus spécifiquement, les situations en lien avec la prévention des chutes et la prévention des événements liés à la médication méritent une attention particulière. À cet effet, une vigie par l'équipe en gestion des risques à la DQÉPÉ est assurée de façon continue quant au plan ministériel en lien avec la prévention des chutes et la prévention des événements liés à la médication, et ce, en collaboration avec les directions concernées. Un survol est présenté aux directions par le comité de gestion des risques et de la qualité.

De plus, une analyse approfondie présentant les causes associées en lien avec les omissions de la médication est débutée, en collaboration avec la Direction des soins infirmiers (DSI) et la DPSAPA. Les objectifs ainsi que le plan d'action du comité d'analyse des omissions de médicaments ont été présentés à la DSI. À l'égard des analyses

---

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

approfondies des causes des chutes, un outil d'analyse a été présenté au comité de prévention des chutes afin d'obtenir leur collaboration dans l'analyse des chutes avec conséquences de gravité importante (chute avec conséquences relatives à l'échelle de gravité de F à I).

Voici des exemples d'événements pouvant faire partie de la catégorie « Autres ». En remplissant le formulaire AH-223, les déclarants sont invités à apporter certaines précisions à l'égard des circonstances des différents types d'événements survenus. À cet effet, la répartition des événements « autres » est principalement liée aux types d'événements suivants : blessure d'origine inconnue et blessure d'origine connue, erreurs liées au dossier, événements liés aux mesures de contrôle, aux fugues et disparitions (encadrement intensif) et autres.

La DQÉPÉ est impliquée dans de nombreux comités, dont :

- Le comité stratégique en prévention des infections ainsi que les sous-comités en prévention et contrôle des infections (PCI) et comités d'éclosions;
- Le comité prévention et contrôle des infections et du retraitement des dispositifs médicaux;
- Le comité de circuit du médicament;
- La Table régionale en prévention des infections nosocomiales;
- Le comité régional en alimentation en CHSLD;
- Les comités AMPRO;
- Les comités en lien avec les projets de rénovations majeures et de construction;
- Le comité de gouvernance des mesures alternatives à la contention et isolement.

**Les actions entreprises par le comité de gestion des risques et de la qualité et les mesures mises en place par l'établissement avec :**

### **LES PRINCIPAUX RISQUES D'INCIDENTS ET ACCIDENTS IDENTIFIÉS**

Au cours de cette troisième année d'implantation, le comité de gestion des risques et de la qualité a réalisé les activités suivantes :

- Assuré le suivi des déclarations d'incidents et d'accidents et analysé les données sur les déclarations d'incidents et d'accidents selon leur gravité, le nombre, les situations et les sites, ainsi que la divulgation faite aux usagers concernés;
- Commenté les informations présentées aux tableaux de bord prévus pour chaque direction et programme;
- Assuré le suivi des événements à gravité plus importante et des événements de type sentinelle par un tableau qui recense les activités dont le comité doit assurer la vigie;
- Assuré la vigie et établi un plan d'action afin d'améliorer le taux de divulgation des événements indésirables avec conséquences et la saisie des déclarations;
- Recommandé la poursuite d'interventions systémiques et assuré une vigie sur des mesures requises par le plan d'action ministériel concernant la prévention des chutes et la prévention des événements liés à la médication;
- Identifié des mécanismes afin d'intervenir sur le plan du nombre de déclarations, des indices de gravité, de la récurrence des situations sur un même site et en regard aux événements spéciaux ou graves;
- S'est assuré de la saisie des formulaires AH-223 dans le système SSSS par les directions afin d'éviter des retards pouvant avoir une incidence sur la disponibilité des données, et ce, par un plan d'action;
- Assuré la vigie quant à l'aménagement sécuritaire des unités de psychiatrie interne pour les usagers en collaboration avec la direction concernée;

---

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

- Diffusé un algorithme (guide) pour l'application de la déclaration des incidents et accidents;
- S'est assuré de la vigie quant à l'accessibilité 24 h/24 des établissements de santé de la région pour les usagers;
- A développé l'uniformisation des procédures de gestion des allergies et intolérances sur le plan régional;
- S'est assuré d'une représentativité du Centre universitaire de santé McGill (département de laboratoire) au sein du comité de gestion des risques et de la qualité;
- Débuté l'élaboration d'un tableau de bord des événements précis et explicites aux membres du comité de gestion des risques et de la qualité qui servira d'outil de suivi des événements indésirables;
- Vérifié et évalué le traitement des événements sentinelles associés à une prestation de soins et de services;
- Consulté les personnes compétentes sur des sujets relatifs à la sécurité et la gestion des risques pour présenter leurs travaux dans des dossiers particuliers;
- Assuré le suivi aux recommandations formulées aux instances concernées;
- Identifié les secteurs ayant un niveau de déclaration significatif en lien avec les événements reliés à la médication;
- Offert de la formation et des sessions de sensibilisation sur tout le territoire de la région de l'Abitibi-Témiscamingue de tous les secteurs sur la gestion des risques, la déclaration des événements indésirables, la mise en place de mesures de soutien ainsi que la divulgation;
- Approuvé les documents soumis par la DQÉPÉ afin de fournir l'encadrement requis par le personnel de l'établissement en matière de gestion des risques;
- Reçu la présentation des bilans qui touche la sécurité transfusionnelle, en collaboration avec la direction concernée. Les arrimages sont en cours;
- Reçu, en consultation, le programme de gestion intégrée des risques, le plan de sécurité et la Politique de gestion intégrée des risques;
- Émis les recommandations suivantes :
  - Que la DQÉPÉ procède à l'analyse des événements relatifs aux suicides en région pour l'année 2017;
  - Que des analyses en regard aux chutes avec gravité importante soient réalisées et que la vigie soit assurée par les comités de gestion des risques;
  - Que le comité portant sur les omissions de médicaments soit débuté et que des actions soient mises en place;
  - De poursuivre la rédaction de la procédure pour l'harmonisation des processus de surveillance et de déclaration de fugues et disparitions;
  - D'adopter des documents en gestion des risques suivants :
    - » Procédure de gestion des événements sentinelles;
    - » Politique de gestion intégrée des risques;
    - » Programme de gestion intégrée de la qualité, de la sécurité et des risques et le plan de sécurité.

### LA SURVEILLANCE, LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Un portrait est régulièrement et sommairement dressé en ce qui concerne les infections nosocomiales. Celles-ci font l'objet d'un suivi au sein de l'établissement, plus spécifiquement au comité de gestion des risques et de la qualité et au comité de vigilance et de la qualité. Ces instances assurent le suivi des tableaux de bord reliés aux infections nosocomiales et différents comités qui assurent l'implantation et le suivi des mesures en lien avec la surveillance, la prévention et le contrôle des infections. Entre autres, la présence d'un comité stratégique PCI, d'une Table régionale PCI et de comités locaux PCI, sous la responsabilité de la DSI, soutient l'organisation dans la mise en place des mesures de surveillance, de prévention et de contrôle des infections.

La surveillance des infections nosocomiales s'effectue par plusieurs mécanismes. Le suivi de l'évolution se réalise par des tableaux de bord de suivi. Quant à la prévention et au contrôle, plusieurs interventions ont été réalisées directement avec les équipes de travail. La présentation des tableaux de suivi en PCI, les taux d'infections nosocomiales ainsi que les éclosions sont présentés par la DSI au comité de gestion des risques et de la qualité.

---

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

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

Le 15 mars 2017, le comité de direction a mis en place un comité de gouvernance formé de la DQÉPÉ, de la Direction des services multidisciplinaires (DSM) et de la DSI. Le mandat de ce comité se résume comme suit :

- Assurer le respect des meilleures pratiques nécessaires aux processus cliniques;
- Développer et implanter des pratiques cliniques en lien avec les mesures alternatives;
- Former le personnel et les stagiaires de l'établissement;
- Assurer une pérennité dans les interventions dans le but de réduire l'usage des mesures de contrôle.

Afin d'actualiser son mandat, le comité de gouvernance s'est doté d'un plan d'action. Les sujets suivants y sont traités :

1. La formation;
2. Le matériel de contention;
3. L'évolution de la pratique.

#### ***La formation***

La formation du personnel a été une priorité cette année. Le comité de gouvernance a mis en place un sous-comité (comité opérationnel) afin de concrétiser le déploiement de la formation. Dans ce comité, la DRHCAJ devient un partenaire important et primordial. De plus, l'ensemble des six formateurs (principalement des personnes retraitées de notre réseau) ont fait partie de ce comité.

Le comité a travaillé à valider une formation qui permettra la mise à jour des connaissances des intervenants et des stagiaires quant aux meilleures pratiques dans un objectif de réduire le recours aux mesures de contrôle.

En tout, 560 employés ont été formés, et ce, de toutes les directions et de toutes les MRC. Cette formation devra se donner en continu.

#### ***Le matériel de contention***

Sur le plan du matériel de contention, nous avons, avec la collaboration de la DSI et des directions concernées, révisé les besoins en matériel alternatif et procédé à l'achat de Pinel ainsi qu'à l'abolition de la contention physique de type « argentino ».

#### ***L'évolution de la pratique***

Voici quelques exemples d'activités réalisées afin de maintenir les bonnes pratiques :

- Une procédure spécifique pour les Ressources intermédiaires et les Ressources de type familial a été élaborée pour ces milieux afin d'avoir des processus sécuritaires pour nos usagers;
- Il y a eu la mise à jour de la Procédure d'utilisation des attaches autobloquantes en centre jeunesse (clientèle hébergée);

---

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

- Notre protocole et nos procédures sont présentement en révision, et cela en fonction de la mise en place de la contention de type Pinel au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

### LES MESURES MISES EN PLACE PAR L'ÉTABLISSEMENT OU SON COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ À LA SUITE DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES PAR LES INSTANCES

#### COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

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

Lors des rencontres du comité, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services présente un tableau synthèse des plaintes conclues durant l'année en cours. Elle dresse un portrait des dossiers particuliers reçus pour l'établissement. Pour l'année 2017-2018, 257 dossiers de plainte conclus ont été présentés au comité de vigilance et de la qualité. Le comité reçoit l'information sur les objets de plainte reçus et, s'il y a lieu, sur leur récurrence.

##### *Aperçu des thématiques abordées par les recommandations*

Les recommandations formulées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, et soumises au comité de vigilance, ont trait aux thématiques suivantes : accessibilité aux services, soins et services dispensés, relations interpersonnelles, aspect financier, organisation matérielle et droits particuliers. Notons que ce dernier thème tient compte des droits des usagers tels le droit à l'accompagnement, à l'information sur les services disponibles et les modalités d'accès, la confidentialité, l'accès au dossier d'utilisateur, etc.

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

Les recommandations émises concernent l'application de mesures correctives à portée individuelle ou encore de mesures à portée systémique. À titre d'exemple, des mesures correctives ont été appliquées, visant l'accès aux services, la qualité de ceux-ci, l'organisation matérielle ou l'application de mesures disciplinaires en réponse à des recommandations émises. Des rappels ont été adressés à des membres du personnel ou des équipes à propos de l'attitude à adopter, en conformité avec les valeurs de l'établissement, le code d'éthique et les droits des usagers tels que reconnus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, d'autres rappels ont été faits en lien avec le respect de procédures. En d'autres occasions, la révision ou l'élaboration de politiques et procédures internes a fait l'objet de recommandations.

##### *Protecteur du citoyen*

Pour l'année 2017-2018, le Protecteur du citoyen a ouvert et réquisitionné dix dossiers de plainte afin que neuf dossiers soient analysés en deuxième instance, à la demande du plaignant. Notons que deux dossiers ont été traités par le Protecteur du citoyen dans le cadre d'un seul recours en deuxième instance. De ce nombre, quatre dossiers étaient de l'année 2016-2017 et cinq avaient été traités en 2017-2018. Dans l'année 2017-2018, l'établissement a reçu les conclusions dans six dossiers. Tous ces dossiers ont été conclus sans aucune recommandation de la part du Protecteur.

---

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

### **Coroner**

Deux dossiers ont été présentés au comité. Un dossier fait état de recommandations à l'établissement et porte sur un suicide complété. Le deuxième dossier est plutôt à portée provinciale en regard aux exploitants de ressource d'hébergement en dépendance.

#### Dossier A-174152

Recommandation par le coroner de mettre en place par le CISSS et aux centres de prévention du suicide du secteur concerné, une entente de collaboration afin que les clients (présentant des risques de suicide) et leurs proches puissent bénéficier d'un soutien adéquat lors des congés temporaires ou sortis de l'hôpital. Plusieurs actions ont été posées et réalisées à la suite de cette recommandation par la Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD) et la DSM.

#### Dossier A-321105

Recommandation par le coroner de bien préciser la limite des ressources d'hébergement en dépendance qui veulent invoquer être certifiées par le MSSS ou toute variante d'une telle formule dans leur publicité, pour ne pas faussement suggérer à la population que toutes les activités de la ressource sont contrôlées et approuvées par le MSSS. À cet effet, la ressource d'hébergement en dépendance (RHD) de notre région ainsi que la DPSMD du CISSS ont été informées de la recommandation et de l'importance de respecter la catégorisation de ressource en matière de certification, et ce, également lors d'annonces publicitaires émises envers la population.

### **AUTRES INSTANCES**

#### ***Instances externes***

##### Ordres professionnels

Les différents rapports d'inspection et plans d'action des directions à la suite des recommandations des ordres professionnels sont compilés dans un tableau mis à jour continuellement. En 2017-2018, le comité s'est penché sur les rapports d'inspection professionnelle de l'Agence de santé publique du Canada, de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), du Collège des médecins du Québec (CMQ), de l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec (OTIMROEPMQ), de l'Ordre professionnel des technologues médicaux du Québec (OPTMQ), de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ). Quelques recommandations ont été émises, notamment en lien avec la pratique de l'exercice infirmier, les ordonnances collectives, l'amélioration et le contrôle qualité, la manipulation des médicaments, etc. L'établissement dispose de plans d'action pour apporter les corrections nécessaires.

#### ***Instances internes***

Un bilan des activités du comité des usagers du centre intégré (CUCI) ainsi que les rapports annuels d'activités 2016-2017 des instances Conseil des infirmières et infirmiers, Conseil multidisciplinaire, Comité de gestion des risques et de la qualité et Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens nous ont été déposés. Ils exposent la composition, le mandat, le bilan des activités et leurs faits saillants, les recommandations émises et leurs perspectives d'action pour la prochaine année. Les actions posées par l'établissement à la suite des recommandations sont satisfaisantes ainsi que les dossiers en cours présentement.

---

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

Les membres ont été informés des résultats de l'évaluation globale de la qualité des soins infirmiers effectuée sur les unités en CHSLD. Les principales recommandations touchent surtout l'organisation des équipes de soins, la communication, la formation des équipes, la réorganisation des espaces de travail et la recherche de meilleures pratiques pour la tenue de dossiers. Les recommandations émises font l'objet d'un plan d'amélioration sous la responsabilité de la DPSAPA avec la collaboration de l'équipe de soutien à la pratique et à la qualité des soins infirmiers de la DSI.

En octobre 2017, le comité a reçu une correspondance du comité de gouvernance et d'éthique manifestant certaines préoccupations face aux difficultés vécues par le comité de révision, notamment en regard au respect des délais de réponse des dossiers adressés en première instance, soit par les médecins examinateurs. Un état de situation complet a été dressé et un plan d'action a été proposé. Le comité assure une vigie dans ce dossier également.

Le comité de vigilance a donné suite aux recommandations présentées et a assuré le suivi de plusieurs actions ou interventions lorsqu'il le juge pertinent. En ce sens, le comité a, en cours d'année, assuré la vigie de certains indicateurs vulnérables ainsi que de certains sujets qui le préoccupe plus particulièrement. Les actions mises en place ainsi que les interventions réalisées par le CISSS ont été présentées. À la suite des présentations, il a assuré de façon plus précise certains suivis de dossiers qui le préoccupait davantage.

### L'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

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

Nous participons à plusieurs projets multicentriques, soit près de 36 en cours dans notre établissement. C'est la DQÉPÉ qui orchestre l'examen de la convenance.

#### POUR L'ANNÉE 2017-2018

Nouveaux projets acceptés	14
Projet rejeté	2
Lettre d'appui	3

Nous pouvons constater que notre implication dans les projets de recherche est sensiblement la même avec 14 projets cette année par rapport à 13 l'an dernier. Nous sommes de plus en plus consultés au préalable sur le fonctionnement des recherches dans notre établissement, ce qui est fort encourageant puisque nous pouvons aider les chercheurs rapidement dans l'élaboration de leur canevas de recherche et demandes de soumission par l'envoi de lettres d'appui.

Les principaux domaines de recherche sont les GMF, le TSA ainsi que la maladie d'Alzheimer.

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

### PERSONNE MISE SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION MAINTENUE PAR L'ÉTABLISSEMENT

Cette section fait la compilation des personnes qui ont été mises sous garde préventive et provisoire et concerne tout établissement visé à l'article 6 ou à l'article 9 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001).

**TABLEAU COMPILATION DES MISES SOUS GARDE**

	La Sarre	Amos	Rouyn-Noranda	Val-d'Or	Total établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	23	79	54	29	185
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	16	77	54	22	169
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	0	4	4	1	9
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	0	4	4	1	9
Nombre de demandes (requête) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	0	4	17	19	40
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	3	4	17	19	43
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	3	4	17	14	38
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au courant de la période du 1er avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de gardes auxquels il a été soumis)	13	4	43	22	82

### Examen des plaintes et promotion des droits

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services à l'obligation de produire un rapport portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits. Ce rapport doit être produit au plus tard le 30 septembre 2018 et sera disponible sur le site Internet du CISSS à l'adresse suivante : [www.cisss-at.gouv.qc.ca](http://www.cisss-at.gouv.qc.ca).

### Information et consultation de la population

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

#### L'INFORMATION

Principaux moyens utilisés pour informer la population :

- Le site Internet : toutes les informations pertinentes et les publications sont disponibles en tout temps au [www.cisss-at.gouv.qc.ca](http://www.cisss-at.gouv.qc.ca);
- L'Intercom : le journal interne de l'établissement (onze parutions cette année) est disponible sur le site Internet de l'organisation;
- Le CA en bref : un bulletin qui résume les séances du conseil d'administration (huit parutions cette année) est distribué à plus de 200 partenaires et aux médias. Toutes les éditions sont disponibles sur le site Internet de l'organisation;
- Les communiqués de presse : documents qui permettent de communiquer des nouvelles de l'organisation. Distribués aux médias et à plus de 200 partenaires. Tous les communiqués de presse sont disponibles sur le site Internet;
- Les relations de presse : le CISSS répond avec transparence aux demandes d'entrevues des médias, nous permettant de bien communiquer avec la population;
- Publications Facebook : toutes les annonces importantes ainsi que les actualités de l'organisation sont maintenant diffusées sous forme de publication Facebook;
- La plate-forme LinkedIn.

#### LA CONSULTATION

Voici les principales activités où la population a été consultée :

- Lors des tournées des MRC du président-directeur général en novembre et décembre 2017;
- Lors des rencontres régulières du comité des usagers et du comité des résidents;
- Lors des rencontres régulières des comités consultatifs dans chacune des MRC;
- Sur le site Internet, nous retrouvons une section sur la satisfaction des services, où la population peut émettre ses commentaires;
- Lors des rencontres du conseil d'administration;
- Par le biais des organisateurs communautaires qui sont en contact étroit avec les organismes communautaires de la région.



# 06

**APPLICATION DE LA  
POLITIQUE  
PORTANT SUR  
LES SOINS DE  
FIN DE VIE**

## 06 APPLICATION DE LA POLITIQUE CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

L'établissement doit inclure un résumé du rapport annuel du président-directeur général présenté au conseil d'administration concernant l'application de la politique portant sur les soins de fin de vie\*.

Résumé du rapport portant sur les soins de fin de vie Période du 10 décembre 2016 au 9 décembre 2017		
Activité	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	1 143
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	22
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale formulées	8
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	8
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	0



# 07

## RESSOURCES HUMAINES

## Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

11045226 - CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2017-04-02 au 2018-03-31		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Totales heures rémunérées	Nombre ETC	Nombre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	537 589	3 214	540 803	297	350
	2015-16	463 202	3 000	466 202	256	309
	2016-17	453 503	3 696	457 199	250	298
	2017-18	437 419	4 224	441 643	242	283
	Variation	(18,6 %)	31,4 %	(18,3 %)	(18,6 %)	(19,1 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	1 173 795	4 348	1 178 143	651	829
	2015-16	1 195 395	4 700	1 200 095	663	837
	2016-17	1 207 660	4 700	1 212 360	669	846
	2017-18	1 265 919	5 696	1 271 614	702	886
	Variation	7,8 %	31,0 %	7,9 %	7,9 %	6,9 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	2 159 684	86 368	2 246 053	1 167	1 579
	2015-16	2 135 213	77 594	2 212 807	1 154	1 553
	2016-17	2 142 795	87 556	2 230 352	1 155	1 575
	2017-18	2 152 071	108 332	2 260 403	1 159	1 561
	Variation	(0,4 %)	25,4 %	0,6 %	(0,7 %)	(1,1 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	3 943 520	85 491	4 029 011	2 169	3 203
	2015-16	3 834 637	76 890	3 911 527	2 110	3 105
	2016-17	3 839 845	86 244	3 926 089	2 114	3 179
	2017-18	3 689 100	104 765	3 793 865	2 030	3 025
	Variation	(6,5 %)	22,5 %	(5,8 %)	(6,4 %)	(5,6 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	906 830	10 897	917 727	464	788
	2015-16	902 880	9 862	912 743	462	806
	2016-17	901 580	9 539	911 119	461	815
	2017-18	886 375	11 413	897 788	453	766
	Variation	(2,3 %)	4,7 %	(2,2 %)	(2,4 %)	(2,8 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	17 984	44	18 028	10	69
	2015-16	18 067	73	18 140	10	66
	2016-17	14 542	45	14 587	8	57
	2017-18	18 089	80	18 169	10	54
	Variation	0,6 %	80,8 %	0,8 %	0,4 %	(21,7 %)

## 07 RESSOURCES HUMAINES

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Totales heures rémunérées	Nombre ETC	Nombre individus
Total du personnel	2014-15	8 739 403	190 363	8 929 766	4 758	6 372
	2015-16	8 549 394	172 119	8 721 513	4 655	6 235
	2016-17	8 559 926	191 780	8 751 705	4 659	6 311
	2017-18	8 448 972	234 510	8 683 482	4 597	6 227
	Variation	(3,3 %)	23,2 %	(2,8 %)	(3,4 %)	(2,3 %)

## Atteintes des cibles du ministère

Sur le plan du contrôle des effectifs, conformément à la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs, l'établissement a dépassé la cible définie en juillet 2017 de 98 623 heures. Il est à noter que ce dépassement de cible alloué s'explique en partie par une augmentation des heures effectuées en taux supplémentaire, nécessaire pour que les engagements liés à l'offre de service de l'établissement soient tenus, de même que par certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier, notamment l'ajout d'effectifs en SAD et autres programmes. Ces investissements ont eu des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et ont contribué, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs allouées par le MSSS.

Pour l'année 2017-2018, la gestion des effectifs a été marquée par de nombreuses transformations organisationnelles et une augmentation importante de la pénurie de main-d'œuvre en région. Dans ce contexte, les cibles d'assurance salaire, d'heures supplémentaires et de recours à la main-d'œuvre indépendante n'ont pas été atteintes.

Au cours des dernières années, nous observons une baisse importante du nombre total d'employés dans notre organisation. Actuellement, le marché du travail régional est confronté à une situation de rareté de main-d'œuvre sans précédent. En avril 2018, le taux de chômage régional se situait à 4,7 % et était le 2e plus bas au Québec. En 2015, lors de la création du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue le taux de chômage était de 7 %. Dans ce contexte, le recrutement pour faire face aux nombreux départs de l'établissement devient très difficile.

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

En 2017-2018, la DRHCAJ a déployé une nouvelle structure et une nouvelle offre de service à la suite d'une réorganisation en profondeur. Au cours de l'année, de nombreuses actions ont été entreprises afin d'atteindre les cibles. En septembre 2017, un plan d'action visant l'augmentation de la présence au travail et la disponibilité de la main-d'œuvre a été adopté et se poursuit cette année. De ce plan, plusieurs mesures ont été déployées ou sont en cours d'implantation telles que :

- Une entente avec le syndicat FIQ qui offre à tous les employés de la catégorie 1 une garantie de travail à temps complet;
- Un exercice de rehaussement, en collaboration avec le syndicat FIQ et celui de la CSN, permettant d'augmenter le nombre de postes à temps complet pour les infirmières, les infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes et les PAB;
- Une révision des horaires de travail et du travail de planification à la liste de rappel;
- Des mesures de soutien aux changements et transformations incluant des ateliers pour les gestionnaires;
- Un salon d'embauche dans toutes les MRC de la région;
- Un projet de promotion et de valorisation du travail des PAB;
- Un programme de reconnaissances des acquis afin d'augmenter le nombre de diplômés pour le titre d'emploi de PAB.



# 08

## RESSOURCES FINANCIÈRES

## Rapport de la direction

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

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

La direction du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par la firme Deloitte, dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues au Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Deloitte peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



---

Yves Desjardins  
Président-directeur général



---

Marie-Lyne Blier  
Directrice des ressources financières et approvisionnement

## Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent	
	Dépenses	%	Dépenses	%
Programme-services				
Santé publique	9 937 418	2 %	9 245 144	2 %
Services généraux – activités cliniques et d'aide	23 349 555	5 %	17 550 358	4 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	81 834 162	16 %	71 244 350	16 %
Déficiences physique	16 814 136	3 %	15 121 540	3 %
Déficiences intellectuelle et TSA	28 218 276	6 %	26 240 092	6 %
Jeunes en difficulté	48 916 678	10 %	45 462 775	10 %
Dépendance	4 023 651	1 %	2 431 496	1 %
Santé mentale	23 841 931	5 %	19 416 031	4 %
Santé physique	152 197 293	31 %	158 776 571	34 %
Programme soutien				
Administration	36 212 005	7 %	34 448 055	7 %
Soutien aux services	36 638 105	7 %	35 429 686	7 %
Gestion des bâtiments et des équipements	35 502 772	7 %	31 200 644	6 %
<b>Total</b>	<b>494 485 982</b>	<b>100 %</b>	<b>466 566 742</b>	<b>100 %</b>

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

## L'équilibre budgétaire

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001) et de l'article 387 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux (LSSSS) respectivement, les établissements publics doivent maintenir l'équilibre entre leurs revenus et leurs charges en cours d'exercice financier et ne doivent engendrer aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique au fonds d'exploitation et au fonds d'immobilisations.

Pour l'exercice 2017-2018, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue n'a pas respecté son obligation légale de maintenir l'équilibre budgétaire puisqu'il a engendré un déficit global de 1 458 773 \$. Ce montant se compose d'un déficit de 1 103 638 \$ au fonds d'exploitation et d'un déficit de 355 135 \$ au fonds des immobilisations.

En ce qui concerne le fonds d'immobilisation, le déficit est causé par la disposition des équipements des laboratoires lors du transfert des équipements au CUSM dans le dossier OPTILAB.

Pour ce qui est du fonds d'exploitation, l'année 2017-2018 s'est terminée avec un déficit de 1 103 638 \$ malgré le fait que le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue avait identifié des mesures potentielles d'économie budgétaire à la hauteur de l'effort budgétaire demandée. Pour l'exercice 2018-2019, des mesures d'efforts budgétaires ont été identifiées afin d'atteindre l'équilibre. Ces mesures ont été adoptées par le conseil d'administration lors de l'assemblée ordinaire tenue le 10 mai 2018 et ont été transmises au MSSS pour approbation. Ce plan permet de soumettre au MSSS un budget détaillé 2018-2019 en équilibre.

## Les contrats de service

Contrats de service, composant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2018.

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique	3	191 400 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique	39	24 144 790 \$
Total des contrats de service	42	24 336 190 \$



# 09

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

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

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

1104-5226

140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2018

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

### Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve                      O : Observation                      C : Commentaire

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

R : Régulé                      PR : Partiellement Régulé                      NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</b>						
Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors qu'il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.	2011-2012	R	La comptabilisation des contrats de location d'immeubles avec la SQI comme des contrats de location-exploitation est exigée par le MSSS			NR
Le CISSSAT a encouru un excédent des charges sur les revenus alors que son avoir propre est négatif. Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire.	2017-2018	O				NR
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</b>						
<b>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</b>						
Les frais reportés liés aux dettes n'ont pas été présentés en diminution de la dette à long terme.	2012-2013	C	Aucune, car présentation du AS-471 selon la demande du MSSS .			NR
Les informations comparatives de la section de consolidation des pages 600 n'ont pas été présentées.	2012-2013	C	Aucune, car présentation du AS-471 selon la demande du MSSS.			NR

AS-471 - Rapport financier annuel

Gabarit LPRG-2018.1.0

Révisée: 2017-2018

Timbre valideur:

Rapport V 0.1

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

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

1104-5226

140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2018

Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors qu'il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.	2012-2013	C	La comptabilisation des contrats de location d'immeubles avec la SQI comme des contrats de location-exploitation est exigée par le MSSS.			NR
Le CISSSAT a encouru un excédent des charges sur les revenus alors que son avoir propre est négatif. Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire.	2017-2018	O				NR
<b>Rapport à la gouvernance</b>						
Autorisation des écritures de journal par une personne autre que le préparateur.	2013-2014	O	Les écritures de journal sont maintenant toutes approuvées par une autre personne que le préparateur	R		
Conciliation des états de comptes des fournisseurs importants.	2016-2017	O	Les états de comptes des fournisseurs importants sont conciliés	R		
Un suivi périodique de la charge relatif au régime rétrospectif de la CSST devrait être effectué.	2016-2017	O	Appel à un spécialiste de la CNESST pour les appuyer dans l'estimation de la charge pour le régime rétrospectif	R		



# 10

## ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a subventionné 148 organismes communautaires en 2017-2018.

De ce nombre, 121 organismes communautaires œuvrant principalement en santé et services sociaux ont été financés en soutien à leur mission globale pour un total de 13 570 912 \$, soit une augmentation de 473 759 \$ par rapport à 2016-2017. Celle-ci s'explique essentiellement par la hausse de l'enveloppe PSOC de 370 800 \$ et par la hausse récurrente d'indexation versée intégralement aux organismes.

En cours d'année, cinq organismes ont vu leur reconnaissance retirée. La hausse de l'enveloppe PSOC a permis de reconnaître et financer six nouveaux organismes communautaires qui avaient été reconnus par le passé, sur notre territoire.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a également investi un total de 1 929 102 \$ dans le cadre d'ententes pour des activités spécifiques, pour la réalisation de projets ponctuels et pour des aides ponctuelles d'urgence à des organismes.

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

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

## Subventions accordées

NOM ORGANISME	Subventions accordées Programme PSOC		Ententes de services et projets ponctuels	
	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017
Accès logis				
Résidences Témiscaming	0	0	12 588	12 500
Table concertation pers. âgées du Témisc.	0	0	20 597	20 454
<b>Total Accès logis</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>33 185</b>	<b>32 954</b>
Agressions à caractère sexuel (CALACS)				
Assaut sexuel secours	266 752	264 898	938	0
CALACS Témiscamingue	24 000	0	0	0
CALACS-ABITIBI (Centre aide/lutte agress. sexuelle)	139 863	138 234	0	0
CAPACS A-O (Centre aide/lutte agress. sexuelle)	139 306	137 659	0	0
Point d'appui	267 475	265 616	805	0
<b>Total Agressions à caractère sexuel (CALACS)</b>	<b>837 396</b>	<b>806 407</b>	<b>1 743</b>	<b>0</b>
Autres ressources jeunesse				
Association des grands frères et grandes sœurs de l'Abitibi-Ouest	24 157	22 448	0	0
Association des grands frères et grandes sœurs de Rouyn-Noranda	24 124	17 660	0	0
Espace Abitibi-Est	144 712	143 099	1 100	0
L'Interlocal de jeunes MRC Rouyn-Noranda	24 000	0	570	0
Mobilisation Espoir Jeunesse	24 000	0	0	0
Projet Jeunesse St-Michel	35 590	33 810	0	0
<b>Total Autres ressources jeunesse</b>	<b>276 583</b>	<b>217 017</b>	<b>1 670</b>	<b>0</b>
Autres ressources femmes				
Au sein des femmes	15 000	0	500	0
<b>Total Autres ressources femmes</b>	<b>15 000</b>	<b>0</b>	<b>500</b>	<b>0</b>
Centres d'action bénévole				
Centre bénévolat de Rouyn-Noranda	130 137	129 232	0	0
Centre bénévolat de Val-d'Or	99 153	98 406	0	0
Centre bénévolat du Lac Témiscamingue	49 618	47 977	0	0
Centre d'action bénévole L'amicale	59 458	57 914	0	0
<b>Total Centres d'action bénévole</b>	<b>338 366</b>	<b>333 529</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Centres de femmes				
Centre de femmes l'Érige	194 063	192 623	938	0
Centre Entre-femmes	194 252	192 812	760	0
Comité de la condition féminine au Témiscamingue	194 194	192 755	0	0
Femmes Ressources	24 000	0	1 500	0
<b>Total Centres de femmes</b>	<b>606 509</b>	<b>578 190</b>	<b>3 198</b>	<b>0</b>
Concertation régionale				
CROC-AT	90 256	87 698	0	10 487
Corporation de développement communautaire d'Amos	0	0	20 986	20 840

## Subventions accordées

NOM ORGANISME	Subventions accordées Programme PSOC		Ententes de services et projets ponctuels	
	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017
Corporation de développement communautaire du Témiscamingue	0	0	20 986	20 840
Regroupement des organismes communautaires Abitibi-Ouest	0	0	21 310	21 162
Regroupement des organismes communautaires Rouyn-Noranda	0	0	21 401	21 252
Regroupement des organismes communautaires Vallée-de-l'Or	0	0	20 986	20 840
<b>Total Concertation régionale</b>	<b>90 256</b>	<b>87 698</b>	<b>105 669</b>	<b>115 421</b>
Dépendances et hébergement d'urgence				
Accueil d'Amos	216 816	215 247	0	50 000
Centre Gérard-Brisson (Groupe IMAGE)	117 536	116 130	0	2 000
Maison du compagnon de La Sarre	200 263	191 350	0	2 000
Maison du soleil levant de Rouyn-Noranda	206 480	204 227	0	3 500
Manoir du chemin pour la sobriété	38 210	29 982	0	0
Piaule de Val-d'Or	349 988	347 266	0	5 145
Unité Domrémy de La Sarre	0	6 422	0	0
Unité Domrémy de Val-d'Or	97 446	95 669	0	2 000
<b>Total Dépendances et hébergement d'urgence</b>	<b>1 226 739</b>	<b>1 206 293</b>	<b>0</b>	<b>64 645</b>
Famille				
Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or	0	0	0	0
Maison de la famille d'Amos	0	0	21 470	21 321
Maison des familles d'Abitibi-Ouest	0	0	22 555	22 398
Maison de la famille de Malartic	0	0	5 734	5 694
Maison de la famille de Rouyn-Noranda	0	0	41 020	40 735
Maison de la famille de Senneterre	0	0	4 462	4 431
Maison de la famille de Val-d'Or	0	0	25 390	25 214
Pour tous les bouts de chou	0	0	7 896	7 841
Regroupement entraide sociale Témiscamingue	0	0	13 867	13 771
<b>Total Famille</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>142 394</b>	<b>141 405</b>
Hommes en difficultés				
Centre Gérard-Brisson (Groupe IMAGE)	89 044	87 981	0	0
S.A.T.A.S. (Serv. aide trait. appr. soc.)	152 086	150 748	23 754	23 589
<b>Total Hommes en difficultés</b>	<b>241 130</b>	<b>238 729</b>	<b>23 754</b>	<b>23 589</b>
Liaison Justice	579 321	575 294	0	0
Total Justice alternative	579 321	575 294	0	0
<b>Total Justice alternative</b>	<b>575 294</b>	<b>568 472</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Maintien à domicile				
Baluchon Alzheimer	0	0	0	0
Bénévoles de Belcourt	0	4 852	0	0
Centre des bénévoles Uni-Joie	8 967	7 437	0	0

## Subventions accordées

NOM ORGANISME	Subventions accordées Programme PSOC		Ententes de services et projets ponctuels	
	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017
Comité « Main dans la main » de La Corne	3 000	2 273	0	0
Comité de bénévoles « Papillons dorés »	5 592	5 206	0	630
Comité de bénévoles « Santé et joie »	7 509	7 509	0	0
Comité de bénévoles Landrienne	4 000	3 745	0	0
Comité de bénévoles « Les Glaneurs »	3 766	3 695	0	0
Comité des bénévoles des Côteaux	20 691	20 164	0	0
Corp. alliance des générations	13 128	11 299	0	0
Corp. dével. communautaire Universeau	42 343	37 528	0	1 500
Coup de pouce communautaire Malartic	19 648	18 488	0	0
Groupe actions bénévoles Abitibi-Ouest	47 240	46 912	0	0
Groupe d'entraide aux aînés	59 747	58 205	0	1 885
Groupe serv. entraide secteur Est du Témisc.	2 800	2 781	0	0
Indépendance 65 +	17 270	12 850	0	0
Parrainage civique de l'Abitibi-Témiscamingue	12 239	7 616	0	0
Popote roulante d'Amos	10 378	8 956	0	0
Popote roulante de Val-d'Or	16 00	12 000	0	0
Regroup. proches aidants d'Abitibi-Ouest	24 267	13 861	0	0
Regroup. proches aidants de Rouyn-Noranda	33 067	31 266	0	0
Société Alzheimer Rouyn-Noranda/Témiscamingue	40 908	39 181	0	0
Société Alzheimer Val-d'Or	36 589	33 000		
Table concertation pers. âgées du Témisc.	67 180	66 063	0	0
<b>Total Maintien à domicile</b>	<b>496 329</b>	<b>454 887</b>	<b>0</b>	<b>4 015</b>
Maison des jeunes				
Campus Jeunesse	44 572	42 631	0	1 500
Jeunesse Action Val-d'Or	104 487	102 735	0	0
Liaison 12-18	85 327	83 488	635	0
Maison des jeunes « Le Kao » (de Barraute)	56 586	54 666	500	0
Maison des jeunes de La Sarre	86 752	84 937	0	0
Maison des jeunes du Témiscamingue	89 836	88 033	1 100	0
Maison des jeunes F.R.A.D.	65 084	65 084	0	0
Refuge jeunesse Malartic	94 752	92 965	0	1 500
Soupape Maison des jeunes	93 531	91 741	0	1 400
<b>Total Maison des jeunes</b>	<b>720 927</b>	<b>706 280</b>	<b>2 235</b>	<b>4 400</b>
Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence				
Alternative pour elles	799 822	794 262	850	0

## Subventions accordées

NOM ORGANISME	Subventions accordées Programme PSOC		Ententes de services et projets ponctuels	
	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017
Maison d'hébergement Équinoxe	611 145	606 897	0	0
Maison d'hébergement Le Nid	705 473	700 569	0	0
Maison d'hébergement Mikana	681 991	677 250	0	0
<b>Total Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence</b>	<b>2 798 431</b>	<b>2 778 978</b>	<b>850</b>	<b>0</b>
Orientation et identités sexuelles				
Coalition d'aide aux lesb. Gais et bisexuel A-T	0	0	0	0
<b>Total Orientation et identités sexuelles</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Personnes démunies				
Accueil d'Amos	19 524	19 370	0	0
Association place au soleil	38 044	6 346	0	0
Centre bénévolat de Val-d'Or	23 607	23 283	0	0
Centre Bernard-Hamel	67 967	66 506	0	0
Corp. dével. communautaire Universeau	6 679	6 442	0	0
Fraternité St-Michel	26 576	24 710	0	0
Maison St-André A-O	50 016	49 528	0	0
Regroupement entraide sociale Témis.	63 016	61 740	0	0
<b>Total Personnes démunies</b>	<b>295 429</b>	<b>257 925</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Personnes handicapées				
Actia	71 649	69 781	0	0
Aile brisée	72 255	67 483	0	7 775
Arche Abitibi-Témiscamingue	395 563	392 813	0	1 500
Assoc. parents enfants handicapés Témisc.	148 136	146 535	0	0
Assoc. pers. hand. Témiscaming	38 106	15 132	0	0
Assoc. pers. hand. visuelles de l'Abitibi-Témiscamingue	0	0	2 289	2 273
Assoc. pour intégration sociale de Rouyn-Noranda	157 986	155 602	850	0
Assoc. Qc enf. problèmes auditifs (AQEPA)	24 134	19 204	0	0
Assoc. voir sans voir	0	5 798	0	0
Centre de jour Les Intrépides	184 719	183 246	0	0
Centre intégration physique l'Envol	76 764	72 101	0	0
Centre La Mésange	41 877	33 923	0	0
Club A.C.V. de Rouyn-Noranda	11 000	11 000	0	0
Club amitié des handicapés de l'Abitibi-Ouest	158 902	157 340	0	0
Club handicapés de Val-d'Or	133 987	132 338	0	0
Corp. répit-dépannage Chrysalide	142 245	139 888	0	0
Parrainage civique de l'Abitibi-Témiscamingue	12 054	7 617	939	0
Personnes hand. Amos région (PHAR)	74 418	72 561	0	0

## Subventions accordées

NOM ORGANISME	Subventions accordées Programme PSOC		Ententes de services et projets ponctuels	
	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017
Pilier (ass. traumatisés crâniens)	51 375	49 751	785	0
Ressource pr pers. hand. A.-T. Nord du Québec	24 090	12 859	523 387	517 961
Société autisme de l'Abitibi-Témiscamingue	155 763	154 190	0	0
Vie autonome Abitibi-Témiscamingue	95 029	90 840	0	0
<b>Total Personnes handicapées</b>	<b>2 077 080</b>	<b>1 993 028</b>	<b>528 250</b>	<b>529 509</b>
<b>Santé mentale</b>				
Accueil d'Amos	118 526	117 662	27 862	27 668
Association PANDA Abitibi-Ouest	15 000	0	0	0
Bouée d'espoir	84 052	82 227	0	0
Entretoise du Témiscamingue	132 229	130 573	0	0
Le Repère 649	164 490	162 946	29 069	28 867
Groupe en toute amitié de Senneterre	38 085	12 092	0	0
Groupe Soleil Malartic	151 181	149 591	96 889	96 215
Maison du soleil levant de Rouyn-Noranda	24 325	24 065	0	0
Maison les 4 Saisons Témiscamingue	152 489	150 114	0	8 525
Pont de Rouyn-Noranda	218 828	217 307	21 489	21 340
Portail (Le)	88 959	87 156	0	1 350
Prévention du suicide d'Abitibi-Ouest - Centre	67 737	65 856	0	0
Prévention du suicide d'Amos - Centre	81 366	79 533	893	0
Prévention du suicide de l'Abitibi-Témis. - Ligne interv. tél.	284 158	282 183	900	0
Prévention du suicide de Malartic - Centre	38 205	29 339	695	0
Prévention du suicide de Rouyn-Noranda - Centre	117 953	116 247	0	0
Prévention du suicide de Senneterre - Centre	38 183	26 110	0	0
Prévention du suicide de Val-d'Or - Comité	92 087	90 291	0	0
Prévention du suicide du Témiscamingue - Comité	52 980	51 048	0	0
RAIDDAT	171 924	170 729	891	0
Rescousse (La)	84 117	82 294	1 050	0
Résidence héberg. La Chaumière	157 266	154 884	0	0
Résilient (le)	89 227	87 421	900	0
TCROCASMAT	0	0	28 880	28 679
Trait Union de La Sarre	244 585	242 306	53 040	52 671
<b>Total Santé mentale</b>	<b>2 707 952</b>	<b>2 611 974</b>	<b>262 558</b>	<b>265 315</b>
<b>Santé physique</b>				
Albatros 08	16 000	18 000	0	0
Amis de l'Envol	6 724	4 997	0	0
Arc-en-soi La Sarre	7 435	5 768	0	0
Association de la fibromyalgie de l'Abitibi-Témiscamingue	29 234	27 391	0	0

## Subventions accordées

NOM ORGANISME	Subventions accordées Programme PSOC		Ententes de services et projets ponctuels	
	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017
Association diabète de Rouyn-Noranda	7 500	7 000	0	0
Diabète Val d'Or	4 789	3 410	0	0
Lueur du phare	3 000	2 248	0	0
Ressource pr pers. hand. A.-T. Nord du Québec	0	0	133 777	132 847
Société sclérose en plaques Abitibi-Témiscamingue	32 276	30 464	0	590
<b>Total Santé physique</b>	<b>106 958</b>	<b>99 278</b>	<b>133 777</b>	<b>133 437</b>
Santé publique				
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est	0	0	0	21 722
Conseil territorial de la jeunesse Abitibi-Est	0	0	0	29 425
Interlocal jeunes de Rouyn-Noranda	0	0	0	39 281
Maison des jeunes de La Sarre	0	0	0	30 536
Mobilisation espoir jeunesse	0	0	0	31 829
ORDET	92 938	91 144	0	0
<b>Total Santé publique</b>	<b>92 938</b>	<b>91 144</b>	<b>0</b>	<b>169 793</b>
Travail de rue				
Arrimage jeunesse	0	0	103 735	103 014
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est	0	0	104 103	103 379
Carrefour jeunesse emploi du Témiscamingue	0	0	95 931	95 264
Groupe IO	0	0	56 566	56 173
Mouvement Relève d'Amos	0	0	57 044	56 647
<b>Total Travail de rue</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>417 379</b>	<b>414 477</b>
VIH/Sida				
Centre des ROSÉS de l'Abitibi-Témiscamingue	62 402	60 502	1 050	0
<b>Total VIH/Sida</b>	<b>62 402</b>	<b>60 502</b>	<b>1 050</b>	<b>0</b>
<b>Total général</b>	<b>13 569 746</b>	<b>13 097 153</b>	<b>1 929 102</b>	<b>1 898 960</b>



# ANNEXE

---

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

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

28 JANVIER 2016

Québec 

Adopté par le conseil d'administration le 28 janvier 2016

**Édition produite par :**

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue  
3, 9<sup>e</sup> Rue  
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9  
[www.sante-abitibi-temiscamingue.quebec.ca](http://www.sante-abitibi-temiscamingue.quebec.ca)

Téléphone : 819 764-3264

Télécopieur : 819 797-1947

**Rédaction**

Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Mise en page**

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

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

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

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

© Gouvernement du Québec

**TABLE DES MATIÈRES**

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

### PRÉAMBULE

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

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

## Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

### 2. Fondement légal

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

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

### 3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Personne raisonnable* : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances<sup>1</sup>.

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

#### **4. Champ d'application**

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

#### **5. Disposition finale**

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

#### **6. Diffusion**

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

---

<sup>1</sup> BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

### Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

#### 7. Principes d'éthique

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

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

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

#### 8. Règles de déontologie

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

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

### 8.1 Disponibilité et compétence

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

### 8.2 Respect et loyauté

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

### 8.3 Impartialité

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

### 8.4 Transparence

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

### 8.5 Discrétion et confidentialité

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

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

### 8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

### 8.7 Relations publiques

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

### 8.8 Charge publique

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

### 8.9 Biens et services de l'établissement

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

### 8.10 Avantages et cadeaux

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

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

**8.11 Interventions inappropriées**

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

### Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

### Section 4 – APPLICATION

#### 16. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

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

#### 17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

#### 18. Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

- a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
- b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
- c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

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

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

### **19. Processus disciplinaire**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **20. Notion d'indépendance**

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

### **21. Obligations en fin du mandat**

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

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

## **ANNEXES**

**Annexe I – Engagement et affirmation du membre**

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date [aaaa-mm-jj]**

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

\_\_\_\_\_  
**Nom du commissaire à l'assermentation**

\_\_\_\_\_  
**Signature**

**Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance**

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

**Annexe III – Déclaration des intérêts du membre**

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

**1. Intérêts pécuniaires**

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

**2. Titre d'administrateur**

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

**3. Emploi**

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date [aaaa-mm-jj]**

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

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

**1. Intérêts pécuniaires**

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Titre d'administrateur**

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Emploi**

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

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

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

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date [aaaa-mm-jj]**

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

**Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts**

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

---

---

---

---

---

---

---

---

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

**Annexe VI – Signalement d'une situation de conflit d'intérêts**

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

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

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date [aaaa-mm-jj]**

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

**Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen**

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

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date** [aaaa-mm-jj]

\_\_\_\_\_  
**Lieu**



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

**Québec**  