



# RAPPORT DE GESTION

2018-2019



*Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de la Côte-Nord*

Québec 





# **RAPPORT DE GESTION 2018-2019**

Document réalisé par le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord

## **Coordination et rédaction**

Sandra Morin,  
Adjointe au président-directeur général  
et relations avec les médias

Pascal Paradis,  
Conseiller en communication

## **Réalisation technique**

Karine Poirier,  
agente administrative

## **Note**

Dans ce document, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

© Centre intégré de santé et de services sociaux  
de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 2019

Dépôt légal - 4<sup>e</sup> trimestre 2019  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN 978-2-550-84866-0 (version imprimée)  
ISBN 978-2-550-84867-7 (version PDF)



# TABLE DES MATIÈRES

	Page
1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS .....	1
2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS .....	3
3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS .....	5
L'ÉTABLISSEMENT .....	5
<i>La mission</i> .....	5
<i>La vision</i> .....	5
<i>Les valeurs</i> .....	6
<i>La structure de l'organisation</i> .....	6
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES .....	7
<i>Le conseil d'administration</i> .....	7
<i>Les comités, les conseils et les instances consultatives</i> .....	8
LES FAITS SAILLANTS DES DIRECTIONS .....	19
<i>Direction de santé publique</i> .....	19
<i>Direction des soins infirmiers</i> .....	25
<i>Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire</i> .....	28
<i>Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique</i> .....	29
<i>Direction de la protection de la jeunesse</i> .....	35
<i>Direction du programme jeunesse</i> .....	37
<i>Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées</i> .....	38
<i>Direction des programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux</i> .....	40
<i>Direction des programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique</i> .....	41
<i>Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques</i> .....	43
<i>Direction des ressources financières et de la logistique</i> .....	43
<i>Direction des services techniques et de l'hôtellerie</i> .....	45
<i>Direction des ressources informationnelles</i> .....	46
<i>Services préhospitaliers d'urgence</i> .....	47
4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ .....	49
5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ .....	63
L'AGRÉMENT .....	63
LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES .....	63
LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE DANS UN ÉTABLISSEMENT SELON LA MISSION .....	69
L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS .....	69
L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION .....	69
6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE .....	71
7. LES RESSOURCES HUMAINES .....	73
8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES .....	77
L'UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMMES .....	77
L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE .....	77
LES CONTRATS DE SERVICES .....	78
9. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT .....	79
10. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES .....	83

11. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES .....	85
ANNEXE A : LE SCHÉMA ORGANISATIONNEL DU CISSS AU 31 MARS 2019.....	89
ANNEXE B : LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS.....	93

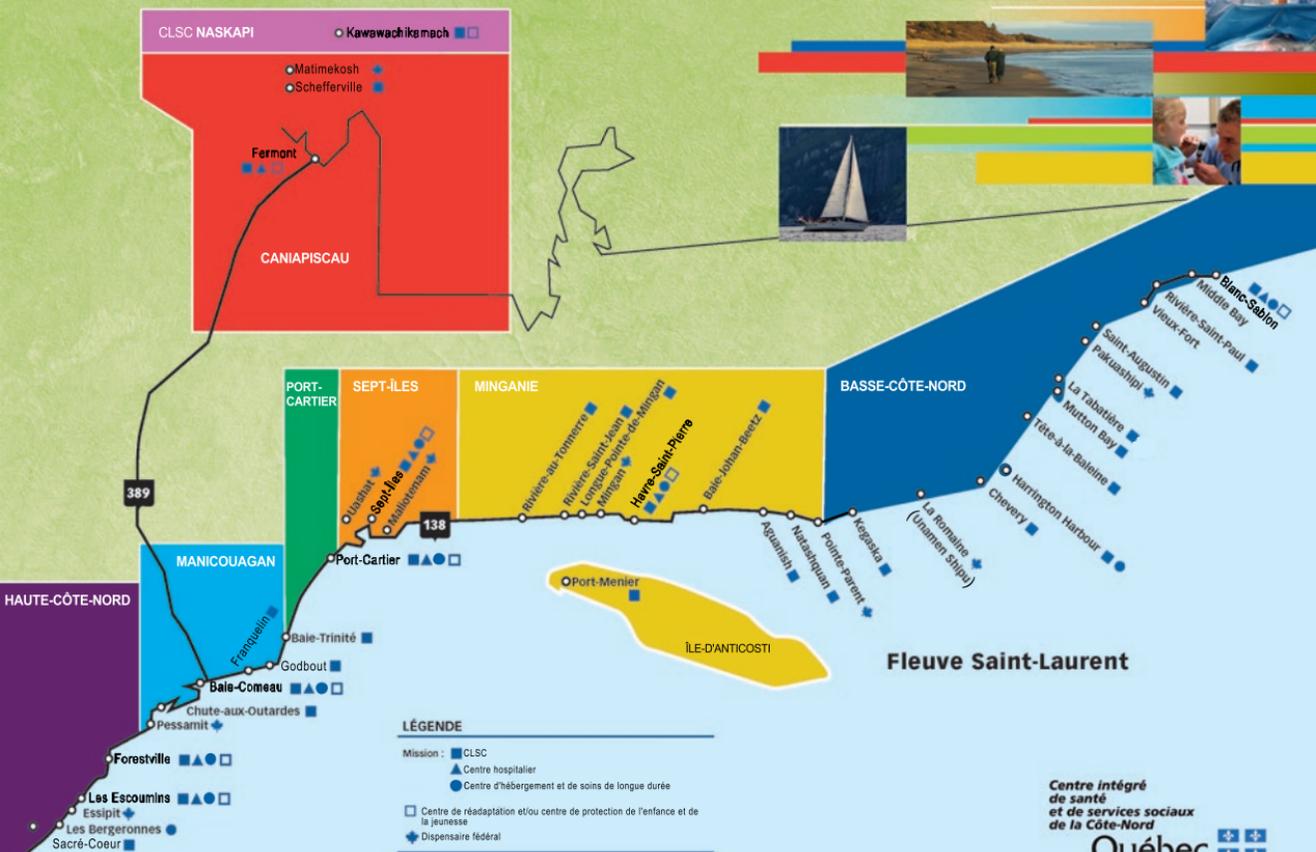


# LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Membres du conseil d'administration .....	7
Tableau 2	Membres du comité des usagers du CISSS de la Côte-Nord .....	11
Tableau 3	Comité de direction du Département régional de médecine générale.....	12
Tableau 4	Comité régional sur les services pharmaceutiques .....	13
Tableau 5	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire.....	14
Tableau 6	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers .....	16
Tableau 7	Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.....	18
Tableau 8	Arrivées et départs des membres actifs du CMDP en 2018-2019.....	18
Tableau 9	Activités du programme de santé au travail réalisées dans les entreprises de la région .....	21
Tableau 10	Réception et traitement des signalements.....	36
Tableau 11	Signalements retenus par problématique en 2018-2019 .....	36
Tableau 12	Source des signalements traités en 2018-2019.....	36
Tableau 13	Dossiers à l'application des mesures .....	36
Tableau 14	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents .....	36
Tableau 15	Admissions en hébergement de longue durée .....	38
Tableau 16	Personnes hébergées au 31 mars 2019 .....	39
Tableau 17	Personnes en attente d'hébergement au 31 mars 2019.....	39
Tableau 18	Personnes en soins de courte durée en attente d'hébergement de longue durée au 31 mars 2019 .....	39
Tableau 19	Déplacement des usagers.....	45
Tableau 20	Nombre de transports ambulanciers sur la Côte-Nord .....	47
Tableau 21	Résultats des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019 .....	49
Tableau 22	Résultats des engagements annuels de l'entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019 .....	52
Tableau 23	Nature des trois principaux incidents au CISSS de la Côte-Nord pour 2018-2019.....	63
Tableau 24	Nature des trois principaux accidents au CISSS de la Côte-Nord pour 2018-2019 .....	64
Tableau 25	Nombre d'événements par niveau de gravité .....	64
Tableau 26	Échelle de gravité des incidents et accidents.....	65
Tableau 27	Mises sous garde.....	69
Tableau 28	Rapport transitoire sur l'application de la Politique régionale relative aux soins palliatifs et de fin de vie .....	71
Tableau 29	Rapport sur l'application de la Politique régionale relative aux soins palliatifs et de fin de vie .....	71
Tableau 30	Portrait des embauches, des départs et le taux de rétention global.....	74
Tableau 31	Effectifs par catégorie d'emploi au 31 mars 2019 .....	74
Tableau 32	Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs .....	75
Tableau 33	Répartition des charges brutes par programmes .....	77

Tableau 34	Contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1 <sup>er</sup> avril et le 31 mars (non audité).....	78
Tableau 35	État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant.....	79
Tableau 36	Divulgence d'actes répréhensibles 2018-2019 .....	83
Tableau 37	Financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires.....	85

# CÔTE-NORD région 09



Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

Québec





# 1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS

---

M. Denis Miousse  
Président du conseil  
d'administration



M. Marc Fortin  
Président-directeur  
général



Madame la Ministre,

Nous sommes fiers de vous présenter le Rapport annuel de gestion 2018-2019 du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord au terme d'une année encore une fois remplie de défis et de belles réalisations. Quatre ans après la création de ce nouvel établissement régional, nous sommes particulièrement satisfaits d'avoir maintenu et consolidé tous les services de santé et les services sociaux sur l'ensemble de notre vaste territoire, et ce, malgré une situation financière difficile.

Au cours de l'année, certains projets ont permis de bonifier les services à la population, notamment l'ouverture de l'unité satellite d'hémodialyse, ainsi que de l'unité de courte durée gériatrique (UCDG) et de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) à l'Hôpital Le Royer de Baie-Comeau. Une des trois aires ouvertes au Québec a aussi vu le jour à Sept-Îles afin de desservir différemment les jeunes de 12 à 25 ans pour mieux répondre à leurs besoins.

Mentionnons également l'ajout de nouveaux services en Haute-Côte-Nord et à Port-Cartier, qui permettent d'éviter de nombreux déplacements aux résidents de ces secteurs. Il s'agit pour la Haute-Côte-Nord du service d'électrocardiographie ambulatoire (Holter) et de l'application de plâtres à la clinique de plaies complexes. À Port-Cartier, le service d'électrocardiographie ambulatoire est maintenant offert, de même que le monitoring ambulatoire de pression artérielle et l'électrocardiogramme électif.

Au cours de l'année, nous avons aussi nommé des coordonnateurs locaux dans certains territoires périphériques, ce qui permet d'avoir sur place un gestionnaire en mesure d'adresser toute problématique rencontrée et d'assurer les liens, au besoin, avec les directions concernées.

La main-d'oeuvre demeure un enjeu majeur dans la région, en termes de recrutement, mais aussi pour retenir et fidéliser notre personnel. En effet, en plus d'avoir de la difficulté à pourvoir les postes disponibles pour plusieurs titres d'emploi, notre établissement doit faire face à un important roulement de personnel.

L'année 2018-2019 a été marquée par la mise en oeuvre d'une campagne de recrutement majeure sur le Web à l'échelle de la province, qui a permis de recevoir en 6 mois plus de 1 200 candidatures et d'embaucher 200 personnes. Des démarches sont aussi en cours pour recruter à l'international, notamment des infirmières et des préposés aux bénéficiaires. De plus, à la suite du Sommet sur la pénurie de la main-d'oeuvre tenu en début d'année, quatre comités

ont été formés afin d'identifier des actions favorisant l'attraction et la fidélisation de la main-d'oeuvre. Des mesures concrètes ont découlé de leurs travaux et ce n'est pas terminé.

Les démarches d'implantation de l'approche centrée sur la personne (Planetree) se sont poursuivies, notamment par la réalisation d'un sondage auprès des employés et des médecins de l'organisation afin d'évaluer quatre dimensions, soit l'engagement au travail; la santé psychologique, l'organisation du travail et la gestion du changement.

Au nombre des constats, ce sondage a notamment fait ressortir l'engagement exceptionnel des employés envers la clientèle et envers leurs collègues. Nous savions déjà que notre personnel était fortement orienté vers la satisfaction des besoins des usagers et cet exercice est venu le confirmer.

Évidemment, ce sondage a fait ressortir certaines zones d'amélioration qui doivent être prises en compte dans nos actions visant la rétention et la fidélisation de nos ressources. On pense entre autres à la charge de travail, à l'organisation du travail et à la gestion du changement.

En terminant, nous tenons à remercier le personnel, les médecins, les bénévoles et les gestionnaires, qui ne ménagent pas leurs efforts pour offrir des soins de qualité à la population de la Côte-Nord. Merci également aux membres du conseil d'administration, qui contribuent par leurs réflexions et par leurs décisions à faire avancer et cheminer nos différents projets.

Recevez, Madame la Ministre, nos plus cordiales salutations.

Le président du conseil d'administration,

Le président-directeur général,

  
Denis Miousse

  
Marc Fortin



## 2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

---

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

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

Les résultats et les données du Rapport de gestion de l'exercice 2018-2019 du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2019.

---

Président-directeur général





### 3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS

---

#### L'ÉTABLISSEMENT

Le CISSS de la Côte-Nord dessert une population d'environ 95 000 personnes sur un territoire s'étendant de Tadoussac à Blanc-Sablon (près de 1 300 km de littoral) en passant par L'Île-d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et de Schefferville. L'établissement compte une cinquantaine d'installations et regroupe un peu plus de 3 600 employés.

À elles seules, les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent la moitié de la population. L'autre moitié est répartie dans une trentaine de municipalités dont certaines ne sont pas reliées par la route. La population est majoritairement francophone, sauf en Basse-Côte-Nord où plus de 60 % des résidents déclarent l'anglais comme langue maternelle. Les autochtones constituent environ 15 % de la population régionale. La Côte-Nord compte huit communautés innues et une communauté naskapie à Kawawachikamach. Cette dernière communauté est desservie par le CLSC Naskapi, un établissement autonome ne faisant pas partie du CISSS de la Côte-Nord.

#### La mission

Selon la loi, voici la mission du CISSS de la Côte-Nord :

- 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;
- Déterminer les mécanismes de coordination des services à la population;
- Garantir une planification régionale des ressources humaines;
- Réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (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 simplifiée de l'accès aux services;
- Établir les ententes, modalités et responsabilités avec les partenaires de son réseau territorial de services comme les médecins, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies et les autres ressources privées.

#### La vision

La Côte-Nord, le milieu de choix pour développer son plein potentiel, sortir des sentiers battus pour aller à la rencontre de la diversité.

**« AU NORD DE TOUT CE QUE L'ON PEUT DEVENIR »**

## **Les valeurs**

Les valeurs choisies sont applicables à tous les volets de la vision et à l'ensemble des sphères de travail ou d'interactions du CISSS de la Côte-Nord :

- Transparence
- Respect
- Reconnaissance
- Collaboration
- Cohésion

## **La structure de l'organisation**

Le CISSS de la Côte-Nord relève d'un conseil d'administration comptant 18 membres, dont 9 indépendants, 6 représentants de comités ou d'instances consultatives du CISSS, 2 membres nommés par la ministre (soit le président-directeur général et un membre issu du milieu de l'enseignement) et un membre observateur (fondation).

Au 31 mars 2019, l'établissement compte 14 directions :

- Direction générale
- Direction de santé publique
- Direction des soins infirmiers
- Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire
- Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique
- Direction de la protection de la jeunesse
- Direction du programme jeunesse
- Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées
- Direction des programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux
- Direction des programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique
- Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques
- Direction des ressources financières et de la logistique
- Direction des services techniques et de l'hôtellerie
- Direction des ressources informationnelles

Les figures à l'annexe A reflètent le schéma organisationnel du CISSS au 31 mars 2019.



# LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES

## Le conseil d'administration

Voici les membres du conseil d'administration du CISSS de la Côte-Nord au 31 mars 2019.

**Tableau 1 - Membres du conseil d'administration**

Nom	Collège représenté	Municipalité
<b>Membres désignés</b>		
M. Dave Charlton	Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)	Baie-Comeau
D <sup>r</sup> Roger Dubé	Département régional de médecine générale (DRMG)	Baie-Comeau
Mme Josée Francoeur	Conseil multidisciplinaire (CM)	Sept-Îles
D <sup>re</sup> Pascale Lafortune	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	Sept-Îles
M. Jean-Pierre Porlier	Comité des usagers (CU)	Sept-Îles
Mme France St-Pierre (nommée 15 mai 2019)	Conseil des infirmières et infirmiers (CII)	Sept-Îles
<b>Membres nommés</b>		
Mme Geneviève Fafard	Milieu de l'enseignement	Sept-Îles
M. Marc Fortin - Secrétaire	Président-directeur général	Sept-Îles
<b>Membres indépendants</b>		
Mme Johanne Beaudoin	Compétence en gouvernance ou éthique	Blanc-Sablon
Mme Ginette Côté	Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité	Baie-Comeau
M. Michaël Lavigne	Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité	Port-Cartier
M. Denis Miousse - Président	Expertise dans les organismes communautaires	Sept-Îles
Mme Diane Ouellet	Expertise en santé mentale	Sept-Îles
Mme Danielle Sirois	Expertise en réadaptation	Baie-Comeau
Mme Solange Turgeon - Vice-présidente	Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines	Port-Cartier
M. Jean-Marie Vollant	Expertise en protection de la jeunesse	Pessamit
Vacant	Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux	
<b>Membre observateur</b>		
Vacant	Fondation	

Au total, 12 rencontres ont été tenues entre le 1<sup>er</sup> avril 2018 et le 31 mars 2019, dont 6 séances publiques régulières et 6 séances spéciales. Les membres du conseil d'administration ont également tenu une séance de travail en janvier 2019.

### **Code d'éthique et de déontologie**

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs est joint au rapport à l'annexe B. Il est également disponible sur le site Internet au [www.ciasss-cotenord.gouv.qc.ca](http://www.ciasss-cotenord.gouv.qc.ca). Ce code porte sur les devoirs et obligations des administrateurs, traite des situations de conflits d'intérêts, interdit certaines pratiques et prévoit des mécanismes d'application de sanctions en cas de non-respect. Le conseil d'administration considère qu'il est important de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration des fonds publics, de favoriser la transparence et de confirmer la responsabilité individuelle et collective des administrateurs.

Au cours de l'année 2018-2019, aucune situation pouvant contrevenir au code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS de la Côte-Nord n'a été signalée.

Le comité de gouvernance et d'éthique voit à son application.

## Les comités, les conseils et les instances consultatives

Vous trouverez ici la liste des instances consultatives, comités et conseils relevant du conseil d'administration du CISSS, de même que la liste des membres, un résumé de leur mandat et des actions réalisées en 2018-2019 :

- Comité de vérification
- Comité de gouvernance et d'éthique (CGÉ)
- Comité de vigilance et de la qualité (CVQ)\*
- Comité ressources humaines du conseil d'administration (CRH-CA)
- Comité de révision
- Comité des usagers (CU)
- Département régional de médecine générale (DRMG)
- Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
- Conseil multidisciplinaire (CM)
- Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
- Comité de gestion des risques\*

\* *Les informations concernant le comité de gestion des risques et le comité de vigilance et de la qualité se trouvent à la section traitant des activités relatives à la gestion des risques et de la qualité (section 5) aux pages 65 et 67.*

### **Comité de vérification**

Le comité de vérification est composé de cinq membres dont une majorité de membres indépendants et présidé par un membre indépendant. Voici les membres qui siégeaient au comité de vérification au 31 mars 2019 :

- M. Michaël Lavigne, président
- Mme Ginette Côté
- Mme Diane Ouellet
- M. Jean-Pierre Porlier
- Mme Solange Turgeon
- M. Jean-Philippe Comtois, directeur des ressources financières (invité)

Le comité de vérification doit, notamment :

- S'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi;
- S'assurer de la mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- Réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance;
- Examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration;
- Recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers;
- Veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient efficaces et adéquats;
- Formuler des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de l'établissement et, s'il y a lieu, sur le travail de la vérification externe et interne;
- Réaliser tout autre mandat relatif aux affaires financières de l'établissement que lui confie le conseil d'administration (art. 181.0.0.3, Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)).

Durant l'année qui vient de s'écouler, six réunions ont eu lieu.



## **Comité de gouvernance et d'éthique**

Le comité de gouvernance et d'éthique (CGÉ) est composé de six membres dont une majorité de membres indépendants :

- Mme Johanne Beaudoin, présidente
- Mme Solange Turgeon, vice-présidente
- Mme Josée Francoeur, administratrice
- M. Michaël Lavigne, administrateur
- M. Denis Miousse, président du conseil d'administration
- M. Marc Fortin, président-directeur général (membre d'office)

Les fonctions du comité sont définies dans le règlement de régie interne du conseil d'administration et consistent à :

- Élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- Élaborer un code d'éthique et de déontologie des administrateurs, conformément à l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, c. M-30);
- Élaborer des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, lesquels critères sont approuvés par le conseil d'administration;
- Élaborer un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
- En outre, il doit procéder à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, selon les critères approuvés par le conseil d'administration;
- Étudier les dossiers stratégiques du conseil d'administration en vue de recommander des orientations;
- Assumer toute autre fonction confiée par le conseil d'administration.

Les activités du comité ont débuté en novembre 2016. Il s'est réuni à six reprises au cours de l'exercice 2018-2019.

Parmi les dossiers traités, notons :

- Politique de transport des usagers;
- Recommandation de l'adoption de la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité;
- Suivi du plan d'action basé sur les quatre normes de gouvernance évaluées non conformes dans le rapport d'agrément;
- Évaluation des séances à l'aide de l'outil développé à cet effet;
- Recommandation de l'adoption des politiques portant sur le contrôle qualité en ressource intermédiaire et en ressource de type familial (RI-RTF) :
  - Politique de gestion de l'allocation de dépenses personnelles et des avoirs de l'utilisateur jeunesse hébergé en RI-RTF;
  - Politique de gestion de l'allocation de dépenses personnelles et des avoirs de l'utilisateur adulte en RI-RTF;
  - Vérification des antécédents judiciaires pour les RI-RTF;
- Recommandation de l'adoption du règlement du comité régional pour le programme d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Côte-Nord.

## **Comité ressources humaines du conseil d'administration**

Le comité ressources humaines du conseil d'administration (CRH-CA) est composé de quatre membres :

- Mme Solange Turgeon, présidente
- M. Jean-Pierre Porlier, vice-président
- Mme Diane Ouellet
- M. Denis Miousse, président du conseil d'administration (membre d'office)
- M. Marc Brouillette, directeur des ressources humaines, communications et affaires juridiques (invité)
- M. Marc Fortin, président-directeur général (invité)

Le comité s'est réuni à six reprises au cours de l'exercice 2018-2019.

Parmi les dossiers traités pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2018 au 31 mars 2019, notons :

- Participation au comité de sélection pour le poste de directeur des ressources humaines, communications et affaires juridiques à l'automne 2018;
- Implication dans la sélection des candidats pour les postes d'encadrement intermédiaire et supérieur au sein de l'établissement;
- Présentations effectuées aux membres du comité des grands dossiers des différents secteurs d'activités de la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (DRHCAJ);
- Suivi de la négociation locale au CISSS de la Côte-Nord;
- Activités liées à la campagne de recrutement majeure sur le Web et les réseaux sociaux;
- Échanges entre l'équipe de gestion et le comité quant aux grands enjeux RH et suivi des dossiers organisationnels des ressources humaines.

## **Comité de révision**

Les fonctions du comité de révision sont définies dans le règlement de régie interne du conseil d'administration comme suit :

*« Sauf lorsqu'une plainte est acheminée pour étude à des fins disciplinaires, le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'usager ou de toute autre personne, par le médecin examinateur d'un établissement du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux (art. 52, LSSSS). »*

Voici les membres du comité de révision au 31 mars 2019 :

- M. Denis Miousse, président du conseil d'administration du CISSS
- D<sup>re</sup> Valérie Therriault
- D<sup>r</sup> Arab Boussaid

Au total, quatre rencontres ont été tenues entre le 1<sup>er</sup> avril 2018 et le 31 mars 2019. Quatre demandes de révision ont été traitées par le comité de révision et portaient sur les plaintes suivantes :

- Plainte médicale portant sur le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats et le droit d'être traité avec courtoisie, équité et compréhension;
- Plainte médicale portant sur les soins et services dispensés, le droit de recevoir des services de santé adéquats et le droit de recevoir des soins en cas d'urgence;
- Plainte médicale portant sur le droit de recevoir des services de santé adéquats;
- Insatisfaction du résultat de la prestation offerte à la suite de la conclusion du médecin examinateur.



## **Comité des usagers**

Le comité des usagers du CISSS de la Côte-Nord regroupe des représentants des comités des usagers et comités de résidents de l'ensemble de la Côte-Nord qui réunit environ 70 bénévoles.

Voici les membres qui siègent au conseil d'administration du comité des usagers du centre intégré (CUCI) en date du 31 mars 2019.

**Tableau 2 - Membres du comité des usagers du CISSS de la Côte-Nord**

Nom du représentant	Comité des usagers ou comité de résidents
M. Michel Baron	Comité des usagers de l'Hématite
Mme Claire Fontaine	Comité des usagers de Port-Cartier
M. Michel Fournier - Président	Comité des usagers du CPRCN
M. Randy Jones	Comité des usagers de la Basse-Côte-Nord
Mme Marie-Josée Ouellet	Comité des usagers du CPRCN
Mme Nicole Pellerin	Comité des usagers de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan
M. Michel Roy	Comité des usagers de Sept-Îles
M. Jean-Paul Vigneault	Comité des usagers de la Minganie
M. Jean-Edmond Boudreault	Comité de résidents de Sept-Îles
Mme Suzie Lévesque	Comité de résidents de Port-Cartier
M. Jean-Pierre Porlier	Comité de résidents de Sept-Îles
Mme Louise Bertrand, collaboratrice pour des mandats spécifiques jusqu'à la fin décembre 2018	
Mme Annie Dumas, agente de liaison, coordonnatrice et soutien	

Au cours de l'année 2018-2019, le comité des usagers s'est réuni à plusieurs reprises en plus des rencontres spéciales pour suivre certains dossiers qui préoccupent les membres.

Les principaux dossiers traités sont :

- Participation au premier « Sommet sur la pénurie de main-d'œuvre »;
- Suivi des enjeux déposés au conseil d'administration de juin 2018;
- Travaux pour l'engagement d'une personne-ressource;
- Formation pilote provinciale sur le rôle des administrateurs pour un comité des usagers et comité de résidents;
- Analyse des réalisations du CUCI depuis sa création;
- Avis émis pour plusieurs politiques et procédures;
- Suivi des résultats du sondage sur le soutien à domicile;
- Cadre de référence des comités des usagers;
- Formation des membres sur les médias sociaux et comment prendre la parole devant les médias;
- Situation dans les petits milieux (Port-Cartier, Minganie, Fermont, Haute-Côte-Nord et Basse-Côte-Nord);
- Rencontre de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- Suivi du dossier OPTILAB;
- Participation au Salon des générations en septembre 2018 à Sept-Îles;
- Implication à plusieurs comités du CISSS (vigilance, gestion des risques, Planetree, etc.);
- Accompagnements des usagers, transmission d'informations concernant divers sujets.

Les comités des usagers sont membres du Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU).

## **Département régional de médecine générale**

Le Département régional de médecine générale (DRMG) regroupe l'ensemble des omnipraticiens de la région qui œuvrent en première ligne, rejoignant ainsi les médecins ayant une pratique exclusive en clinique privée et ceux qui pratiquent en établissement.

Sous l'autorité du président-directeur général du CISSS, le DRMG est responsable de :

- Définir, proposer et mettre en place un plan régional des effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille et d'assurer sa mise en œuvre, conformément à la décision du CISSS;
- Définir, proposer et mettre en place un plan régional d'organisation des services médicaux généraux, incluant un réseau de garde intégrée et de garde en disponibilité (maintien à domicile, établissements de longue durée, etc.) et d'assurer sa mise en œuvre, conformément à la décision du CISSS;
- Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux s'inscrivant à l'intérieur du plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- Faire des recommandations sur les programmes prioritaires du CISSS et en assurer la mise en place;
- Faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières (AMP) et d'assurer la mise en place des activités choisies par le CISSS;
- Évaluer l'atteinte des objectifs relatifs au plan régional d'organisation des services médicaux généraux et de ceux liés à la partie du PREM relative aux médecins omnipraticiens;
- Donner son avis sur tout projet concernant les services médicaux généraux à dispenser.

Les responsabilités du DRMG sont exercées par un comité de direction composé de huit médecins de famille au profil de pratique différent et issus des différentes municipalités régionales de comté (MRC) de la Côte-Nord. D<sup>r</sup> Roger Dubé, chef du DRMG, assume ses responsabilités sous l'autorité du président-directeur général du CISSS.

Voici le comité de direction en date du 31 mars 2019.

**Tableau 3 - Comité de direction du Département régional de médecine générale**

Nom	Territoire
D <sup>r</sup> Roger Dubé - Chef du DRMG	Manicouagan (Baie-Comeau)
D <sup>r</sup> Pierre Gosselin	Port-Cartier
D <sup>r</sup> Christian Mercier	Fermont
D <sup>r</sup> Pierre Moore	Minganie
D <sup>re</sup> Christine Ricard	Sept-Îles
D <sup>r</sup> Maxime Robin-Boudreau	Basse-Côte-Nord
D <sup>re</sup> Myriam Tardif Harvey	Haute-Côte-Nord (Les Escoumins)
D <sup>re</sup> Claudette Viens	Clinique privée

Au cours de l'année 2018-2019, le comité de direction s'est réuni à trois reprises.

Les principaux sujets abordés furent :

- Détermination des besoins prioritaires en termes de recrutement en établissement;
- Activités médicales particulières (AMP);
- Collaboration ou avis au regard de certains programmes :
  - Consolidation des services de première ligne;
- Organisation des services de première ligne sur le territoire nord-côtier :
  - Plan régional d'organisation des services (PROS);



- Plan régional des effectifs médicaux (PREM) :
  - Coordination des effectifs médicaux en médecine de famille sur le territoire;
  - Répartition des nouveaux médecins au PREM par sous-territoire;
  - Confirmation des avis de conformité;
- Recrutement médical :
  - Suivi du programme de bourses en région (en territoire éloigné ou isolé) en médecine de famille;
  - Suivi de l'évolution des effectifs médicaux sur le territoire de la Côte-Nord;
  - Participation aux activités de recrutement;
- Groupe de médecine de famille (GMF) :
  - Assiduité;
  - Prise en charge de la clientèle inscrite au guichet d'accès.

### **Comité régional sur les services pharmaceutiques**

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques, le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) exerce les responsabilités suivantes :

- Faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
- Donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques;
- Exécuter tout autre mandat que lui confie le président-directeur général.

Le comité s'est réuni à trois reprises au cours de la dernière année afin de s'acquitter de ses fonctions. Voici la composition du comité au 31 mars 2019.

**Tableau 4 - Comité régional sur les services pharmaceutiques**

Nom	Fonction	Municipalité
Mme Sylvie Comeau	Pharmacienne en établissement	Baie-Comeau
Mme Marie-Pier Dubuc	Pharmacienne propriétaire	Baie-Comeau
Mme Josée Filiatrault	Pharmacienne en établissement	Sept-Îles
Mme Christine Lacombe	Pharmacienne propriétaire	Baie-Comeau
Mme Audrey McIntyre	Pharmacienne salariée (pharmacie communautaire)	Sept-Îles
Mme Jessica Proulx King	Pharmacienne salariée (pharmacie communautaire)	Fermont
M. Dave Charlton	Chef du département de pharmacie du CISSS de la Côte-Nord	Baie-Comeau
M. Marc Fortin	Président-directeur général	Sept-Îles

Les principaux dossiers soumis au CRSP ont touché les enjeux suivants :

- La prescription infirmière;
- Le développement d'ordonnances collectives destinées aux pharmaciens communautaires de la région;
- Le programme de distribution gratuite de naloxone en pharmacie communautaire;
- La présence de pharmaciens en GMF selon le nouveau cadre de gestion;
- La mise à jour du formulaire de demande de profil pharmacologique en pharmacie communautaire.

Le comité a également rédigé plusieurs communiqués destinés autant aux pharmaciens communautaires qu'hospitaliers sur divers sujets touchant la pratique. Une formation sur les soins palliatifs et de fin de vie, touchant notamment l'aide médicale à mourir et la sédation palliative continue, sera donnée aux pharmaciens communautaires au printemps 2019.

## **Conseil multidisciplinaire**

Actuellement, le comité exécutif est constitué de 12 membres et d'un représentant de la direction. Au tableau 5, vous trouverez sa composition en date du 31 mars 2019.

**Tableau 5 - Comité exécutif du conseil multidisciplinaire**

<b>Nom</b>	<b>Fonction ou direction</b>	<b>Municipalité</b>
Mme Marilyn Bérubé-Lapointe	Protection de la jeunesse (poste régional)	Baie-Comeau
Mme Émilie Boutin	Programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (secteur est)	Sept-Îles
Mme Marie-Christine Breault Responsable des communications	Services professionnels et enseignement universitaire (secteur ouest)	Baie-Comeau
Mme Geneviève Deschênes Trésorière	Directions multiples (poste régional)	Baie-Comeau
Mme Johanne Dion Vice-présidente	Programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux (poste régional)	Baie-Comeau
Mme Josée Francoeur	Programme jeunesse (secteur est)	Port-Cartier
Mme Sara Munger	Programme jeunesse (cooptation)	Sept-Îles
Mme Catherine Ouellet	Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) (secteur ouest)	Baie-Comeau
Mme Clodel Paquin-Jean	Programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (cooptation)	Baie-Comeau
Mme Louise Pichette	Protection de la jeunesse (cooptation)	Sept-Îles
Mme Anne Rioux - Présidente	Programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (secteur ouest)	Baie-Comeau
Mme Stacey Trépanier-Féquet	Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) (secteur est)	Blanc-Sablon
Mme Nathalie Castilloux	Directrice des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique	Baie-Comeau
Vacant	Programme jeunesse (secteur ouest)	

Le conseil multidisciplinaire représente les professionnels cliniques auprès du conseil d'administration, de la Direction générale et des autres instances. Il donne son avis sur l'organisation scientifique et technique, sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres ou sur toute autre question que le président-directeur général porte à son attention. Il a aussi le mandat, envers le conseil d'administration, d'adresser des recommandations sur la distribution appropriée des soins et des services dispensés par ses membres et de constituer, au besoin, des comités de pairs pour l'appréciation et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle.

De plus, avec la création du CISSS de la Côte-Nord en 2015, le conseil multidisciplinaire dispose désormais des mandats dédiés anciennement à la commission multidisciplinaire régionale (CMuR). Ces mandats sont :

- Donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des services sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre;
- Donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région;
- Donner son avis sur les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population;
- D'exécuter tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration du CISSS et de faire rapport périodiquement au conseil d'administration.



Au cours de l'année, le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) s'est rencontré à 10 reprises pour des rencontres régulières en plus de 12 rencontres pour l'émission d'avis ou des présentations spéciales des directions ou des instances organisationnelles. Au total, plus de 15 avis ont été produits et transmis aux directions concernées concernant les sujets suivants :

- Politique de gestion des visites en période d'éclosion, Politique concernant l'hygiène des mains et la procédure concernant le nettoyage et la désinfection des équipements de soins;
- Ordonnance individuelle standardisée concernant la nutrition parentérale chez l'adulte;
- Code d'éthique (deux documents);
- Ordonnance individuelle standardisée concernant le traitement intrapleurale de l'empyème pulmonaire;
- Politique de reconnaissance des années de service du personnel et des médecins;
- Ordonnance individuelle standardisée concernant le magnésium intraveineux chez l'adulte;
- Évaluation de la satisfaction des usagers et l'approche de l'usager partenaire;
- Politique et procédures concernant le développement des compétences;
- Politique concernant la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute personne majeure en situation de vulnérabilité;
- Politique concernant l'intégration à l'emploi des personnes ayant un handicap.

Encore cette année, les rencontres régulières entre les présidentes du conseil des infirmières et infirmiers (CII), du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et du conseil multidisciplinaire (CM) ont permis de discuter de dossiers communs, dont les élections par voie électronique, le cheminement des documents cliniques et les préoccupations vécues par chacun des conseils et partagées par tous. Ces rencontres d'échanges contribuent à consolider les liens entre les conseils, de mieux comprendre le vécu et les enjeux de chacun et de poursuivre le travail de collaboration interprofessionnelle.

### **Conseil des infirmières et infirmiers**

Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) est responsable envers le conseil d'administration :

- D'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans chaque centre et, le cas échéant, en collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I-8) et exercées dans les centres;
- De faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments applicables à leurs membres dans les centres;
- De faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à leurs membres dans les centres;
- De faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres dans les centres;
- De donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière;
- De donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers;
- De donner son avis sur les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population;
- Le CII doit faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent;
- D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

De plus, le CII peut donner son avis au président-directeur général sur les questions suivantes :

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

Voici le portrait du CECII du CISSS de la Côte-Nord au 31 mars 2019.

**Tableau 6 - Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers**

Nom	Fonction ou direction	Territoire
<b>Membres élus et cooptés</b>		
Mme Nancy Asselin	Soins infirmiers	Baie-Comeau
Mme Édith Caron - Présidente par intérim	Siège coopté - Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées	Fermont
Mme Darlene Jones	Services professionnels et enseignement universitaire	Blanc-Sablon
Mme Mylène Landry - Secrétaire	Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées	Baie-Comeau
Mme Marilyn Poirier	Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées	Sept-Îles
Mme Guylaine Raymond	Programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux	Baie-Comeau
Mme Marie-Claude Rioux	Siège coopté - Services professionnels et enseignement universitaire	Forestville
Mme France St-Pierre	Soins infirmiers	Sept-Îles
Mme Luce Tanguay - Trésorière	Programme jeunesse	Port-Cartier
Vacant (absence)	Santé publique	
<b>Membres d'office</b>		
Mme Chantal Flowers	Présidente du CIIA par intérim	Minganie
M. Marc Fortin	Président-directeur général	Sept-Îles
M. David Gravel	Directeur des soins infirmiers	Baie-Comeau
Mme Karine St-Hilaire	Membre désigné du CIIA	Baie-Comeau
<b>Invités permanents</b>		
Mme Julie Bourget	Représentante des collèges d'enseignement général et professionnel	Baie-Comeau
Mme Nathalie Santerre	Représentante du programme universitaire de sciences infirmières	Rimouski
Vacant	Représentant des centres de formation professionnelle	
<b>Membres observateurs</b>		
Mme Karina Gallant	Membre observateur	Minganie
Mme Karine Nadeau	Présidente de l'ORIICN	Baie-Comeau

Voici les diverses activités qui ont eu lieu au cours de l'année :

- 12 rencontres régulières et 19 rencontres d'officiers;
- 23 rencontres concernant les comités de travail, le comité de la semaine de la profession infirmière et le comité de diffusion;
- Le comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) a continué ses démarches pour assumer l'ensemble de ses fonctions décrites dans le règlement de régie interne, et un plan d'action 2018-2019 a été mis sur pied;
- Sept INFO CII ont été diffusés sur l'intranet;
- Quatre midis cliniques ont été organisés;
- Le comité relève a organisé des 5 à 7 pour faciliter l'intégration des candidats à l'exercice de la profession infirmière (CEPI);
- Deux rencontres avec les présidentes du CM, du CMDP et du CII ont eu lieu dans le but de poursuivre nos actions au sein du CISSS de la Côte-Nord;
- Un plan d'action 2019-2021 a été produit par le CII.

Le comité exécutif du CII (CECII) a eu à se pencher sur 55 demandes de consultations. Trente-huit avis/recommandations ont été étudiés, ainsi que cinq ordonnances collectives et douze ordonnances individuelles standardisées.



Les membres du CECII ont assisté à plusieurs événements :

- Assemblée générale annuelle de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Côte-Nord (ORIICN) le 26 mai 2018;
- Congrès annuel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) les 5 et 6 novembre 2018;
- Webinaires de l'Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec (ACIIQ);
- Participation au comité attraction/rétention;
- Sommet sur la pénurie de la main-d'œuvre;
- Forum de la pratique infirmière.

Ce sont plus de mille heures qui ont été consacrées aux divers travaux du CECII par les membres élus et cooptés au cours de l'année 2018-2019.

### **Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens**

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de la Côte-Nord regroupe l'ensemble des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans un centre exploité par l'établissement et qui jouissent du statut requis par règlement pris en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

Sous l'autorité du conseil d'administration, le CMDP est responsable :

- De contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence, des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans le centre;
- D'évaluer et de maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans le centre;
- De faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un médecin ou d'un dentiste qui adresse une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que sur les privilèges et le statut à lui accorder;
- De faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un pharmacien qui adresse une demande de nomination ainsi que sur le statut à lui attribuer;
- De donner son avis sur les mesures disciplinaires que le conseil d'administration devrait imposer à un médecin, un dentiste ou un pharmacien;
- De faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments applicables dans le centre et élaborées par chaque chef de département clinique;
- De faire des recommandations sur les obligations qui peuvent être rattachées à la jouissance des privilèges accordés à un médecin ou à un dentiste par le conseil d'administration eu égard aux exigences propres du centre notamment celles ayant pour objet :
  - La participation d'un médecin ou d'un dentiste aux activités cliniques du centre, y compris la garde;
  - La participation d'un médecin ou d'un dentiste à des activités d'enseignement et de recherche, le cas échéant;
  - La participation d'un médecin ou d'un dentiste à des comités professionnels, scientifiques, médicaux ou administratifs;
  - La participation d'un médecin ou d'un dentiste aux activités médicales prévues à une entente visée aux articles 108 et 109;
- D'élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité de médecins, de dentistes et, le cas échéant, de pharmaciens et de biochimistes cliniques, pour les besoins du centre;
- De donner son avis sur les aspects professionnels des questions suivantes :
  - L'organisation technique et scientifique du centre;
  - Les règles d'utilisation des ressources visées au paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 189 et sur les sanctions administratives qui doivent y être prévues;
- De faire des recommandations sur les aspects professionnels de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques ainsi que sur l'organisation médicale du centre;
- D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Voici les membres du comité exécutif du CMDP :

**Tableau 7 - Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens**

Nom	Fonction	Territoire
D <sup>re</sup> Sara Garneau	Présidente	Baie-Comeau
D <sup>r</sup> Frédéric Lasnier	Vice-président	Basse-Côte-Nord
D <sup>r</sup> Guillaume Lord	Deuxième vice-président	Les Escoumins
Mme Caroline Talbot	Secrétaire	Sept-Îles
D <sup>r</sup> Pierre Gosselin	Trésorier	Port-Cartier
D <sup>r</sup> Guillaume Dumont	Membre	Sept-Îles
D <sup>re</sup> Émilie Gauthier	Membre	Baie-Comeau
D <sup>r</sup> Christian Mercier	Membre	Fermont
D <sup>r</sup> Pierre Moore	Membre	Minganie
D <sup>re</sup> Stéphanie Thibault	Membre	Forestville
M. Marc Fortin	Président-directeur général	CISSS de la Côte-Nord
D <sup>re</sup> Marie-Claude Lebel	Directrice des services professionnels et de l'enseignement universitaire	CISSS de la Côte-Nord

En date du 16 avril 2019, le CMDP de la Côte-Nord comptait un effectif de 200 membres actifs, dont :

- 115 médecins de famille;
- 58 médecins spécialistes;
- 10 dentistes;
- 18 pharmaciens.

Au cours de l'année 2018-2019, les arrivées et départs des membres actifs au sein du CMDP ont été les suivants :

**Tableau 8 - Arrivées et départs des membres actifs au sein du CMDP en 2018-2019**

Installation	Arrivée	Départ
Les Escoumins	1 omnipraticien	
Forestville		1 omnipraticien
Baie-Comeau	2 omnipraticiens 1 psychiatre	5 omnipraticiens 1 obstétricien-gynécologue 1 médecin en santé publique 1 dentiste
Port-Cartier		
Sept-Îles	2 omnipraticiens 2 pharmaciens	6 omnipraticiens 1 radiologiste
Minganie	1 omnipraticien 1 pharmacien	2 omnipraticiens
Basse-Côte-Nord	1 omnipraticien	4 omnipraticiens 1 dentiste
Fermont	1 omnipraticien 1 dentiste	1 dentiste

Au cours de l'année, les membres du comité exécutif se sont rencontrés à 10 reprises pour des réunions régulières et à 3 reprises pour une réunion extraordinaire. Le CMDP a aussi tenu quatre assemblées générales de tous ses membres.

Afin de réaliser les mandats qui lui sont confiés, le CMDP compte également quatre sous-comités obligatoires :

- Comité de pharmacologie;
- Comité d'examen des titres;
- Comité de discipline;
- Comité d'évaluation de la qualité de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique.



## LES FAITS SAILLANTS DES DIRECTIONS

### Direction de santé publique

La Direction de santé publique soutient la mission du CISSS par une offre de service clinique adaptée aux différentes communautés du territoire. L'objectif principal de la santé publique est d'éviter de nouveaux malades, traumatismes, troubles psychosociaux ou décès. Son mandat est inscrit dans la Loi sur la santé publique.

#### → Protection de la santé

Le directeur de santé publique reçoit, par divers intervenants, les maladies à déclaration obligatoire (MADO) et des signalements de menace à la santé. L'objectif des équipes est d'enrayer rapidement chaque menace afin d'éviter qu'elle cause un grand nombre de malades ou de décès. Ce service couvre les signalements en maladies infectieuses, en santé environnementale et la santé des travailleurs. Un service de garde 24/7 est en place.

#### → Promotion et prévention de la santé

La Direction de santé publique se caractérise par des actions :

- En amont de la maladie (avant que les personnes soient malades);
- Qui se situent principalement au plan des communautés et des milieux de vie (municipalités, écoles, centres de la petite enfance (CPE) et milieux de travail);
- En partenariat avec les autres directions du CISSS, les ministères et organismes de la région afin de multiplier les opportunités de favoriser la santé.

L'objectif des équipes en prévention-promotion et des organisateurs communautaires est d'agir sur les déterminants de la santé afin d'éviter l'apparition de problèmes de santé.

### Faits saillants

#### Maladies infectieuses

- En 2018, 647 déclarations d'origine infectieuse et signalements ont été évalués par la Direction de santé publique dont 499 MADO reçues des médecins et des laboratoires de la région.
- Trois cent soixante-quatre (364) cas d'infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) ont été déclarés en 2018 comparativement à une moyenne annuelle de 321 entre 2010 et 2017. La chlamydie génitale demeure la plus déclarée avec 334 cas (296 en 2017), suivie par l'hépatite C avec 12 cas déclarés (12 cas en 2017).
- En 2018, 41 cas de coqueluche ont été enregistrés, notamment en Haute-Côte-Nord (19), Minganie (15), ainsi qu'à Sept-Îles (7) contre 113 en 2017.
- Trente-cinq (35) éclosions de maladies infectieuses ont été signalées en 2018, soit 18 dans des milieux de soins (centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et centres d'hébergement et de soins de longue durée) et 17 dans des milieux de vie (résidences privées pour aînés, ressources intermédiaires, garderies, écoles).

- La campagne annuelle de vaccination contre la grippe dans l'ensemble des installations du CISSS de la Côte-Nord a permis d'administrer 14 860 doses de vaccin, dont 345 doses aux personnes résidant en CHSLD (taux de couverture vaccinale estimé à 82,7 %).
- En milieu scolaire, la couverture vaccinale a été évaluée pour les jeunes de la maternelle, de la 4<sup>e</sup> année du primaire et du 3<sup>e</sup> secondaire. Plus de 91 % des élèves de la 4<sup>e</sup> année du primaire ont reçu les deux doses de vaccin contre l'hépatite B prévues au calendrier vaccinal et 87 % ont été vaccinés contre le virus du papillome humain (VPH) dont l'objectif était de 90 %.
- Trois cas de tuberculose active ont été déclarés dans la région. L'investigation de deux de ces déclarations a nécessité l'évaluation de 370 contacts communautaires et hospitaliers (usagers et professionnels de la santé), le dépistage par tests cutanés à la tuberculine (TCT) chez 88 contacts et l'identification de 6 personnes présentant une infection tuberculeuse latente. Pour la troisième déclaration, la recherche du cas source de la transmission a entraîné l'évaluation de 70 contacts dans la communauté, la réalisation de 61 radiographies pulmonaires, 3 tomodensitométries thoraciques et 17 examens des crachats. Deux personnes présentant une infection tuberculeuse latente ont été traitées.
- Plusieurs appels à la vigilance, s'adressant aux médecins et aux intervenants de première ligne dans les installations et les communautés autochtones, ont été diffusés concernant la coqueluche, l'infection invasive au méningocoque, la tuberculose, la maladie de Lyme, les arboviroses, la légionellose et les entérobactéries productrices de carbamapénémases (EPC).
- Des rapports de vigie sur la circulation de la grippe et de la gastro-entérite dans la région ont été diffusés aux directeurs et intervenants du CISSS de façon hebdomadaire à l'hiver et à l'automne.
- Quatre numéros du bulletin *Contamine-Action* ont été transmis aux professionnels du réseau de la santé.

## **Santé environnementale**

- Des résultats ont été présentés aux partenaires (ministère de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques (MELCC), ministère des Affaires municipales et de l'Habitation (MAMH)) au regard du projet d'évaluation des risques de cancers secondaires à l'exposition chronique aux trihalométhanes (THM) et aux acides haloacétiques (AHA) pour les réseaux de distribution d'eau potable en dépassement de THM sur la Côte-Nord. Un suivi continu des actions de mise aux normes des réseaux est effectué.
- L'enquête d'agrégats de cancer du cerveau et de lymphomes non hodgkiniens en Basse-Côte-Nord (Gros-Mécatina) est terminée et un rapport est présentement en cours de rédaction.
- La Direction de santé publique est intervenue pour l'émission d'un avis de santé publique en collaboration avec Santé Canada dans le dossier de contamination des composés organiques volatiles (COV) dont le trichloréthylène (TCE) dans les puits d'eau potable alimentant le secteur de Moisie et la communauté de Maliotenam. À la suite de cet avis, un plan d'action pour corriger la situation a été retenu par la municipalité de Sept-Îles, la communauté de Maliotenam, le MELCC et le MAMH.
- Une campagne de sensibilisation, d'arrachage et de coupes de l'herbe à poux en partenariat avec la Direction régionale du ministère des Transports a été réalisée dans les municipalités des Escoumins, des Bergeronnes, de Tadoussac et de Sacré-Cœur.
- La Direction de santé publique est aussi intervenue dans une quinzaine de dossiers sur le plan de la qualité de l'air intérieur et extérieur (moisissures, radon, émanations, bruit, pollens allergènes) directement auprès de citoyens et d'organismes (municipalités, Office municipal d'habitation, commissions scolaires).
- La Direction de santé publique a siégé à des comités régionaux et nationaux afin de bien cerner les enjeux environnementaux en lien avec la santé des Nord-Côtiers, notamment l'eau potable, la qualité de l'air intérieur et extérieur, les changements climatiques, les cyanobactéries, l'uranium et le radon.



- Cinq études d'impact environnemental ont été analysées d'un point de vue de santé publique pour vérifier la recevabilité ou l'acceptabilité tout en assurant le suivi (correspondance, addenda, suivi environnemental, etc.).
- La surveillance des 26 réseaux d'alimentation en eau potable de la Côte-Nord s'est poursuivie en collaboration avec le MELCC (avis de non-conformité, demande de correction, mise aux normes de réseaux d'eau potable, avis de santé publique pour des problématiques particulières).
- La surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine environnementale a été maintenue et 19 enquêtes épidémiologiques ont été menées lors de déclarations.
- Un soutien professionnel ainsi qu'un lien avec la sécurité civile ont été assurés lors d'un incendie de forêt dans le secteur de Labrieville.
- Plusieurs projets de révision de règlements et de schémas d'aménagement et de développement de MRC ont été analysés.
- Des campagnes d'information, de sensibilisation et de prévention sur divers sujets tels que le monoxyde de carbone, le radon et la chaleur accablante ont été réalisées.

## Santé au travail

Voici la synthèse des principales activités réalisées au cours de l'année 2018 par les intervenants de l'équipe de santé au travail.

**Tableau 9 - Activités du programme de santé au travail réalisées dans les entreprises de la région**

Activité	Nombre
Connaissance préalable de l'entreprise	25
Élaboration d'un premier programme de santé	5
Mise à jour de programmes de santé existants	23
Intervention générale	116
Surveillance des risques de troubles musculosquelettiques	50
Soutien à la gestion de la santé et la sécurité du travail	32
Surveillance environnementale	56
Surveillance médicale	8
Information	78
Premiers secours et premiers soins	100
<b>TOTAL</b>	<b>493</b>

Les interventions de surveillance médicale ont permis de réaliser, auprès des travailleurs, 425 examens cardio-pulmonaires et 455 radiographies pulmonaires dans le cadre du règlement sur la santé des travailleurs des mines; 34 examens visuels canal auditif externe/tympaan, 70 questionnaires d'histoire auditive et 67 audiogrammes. Toutes ces activités médicales spécifiques ont permis de joindre 754 travailleurs différents.

En plus des activités prévues aux programmes de santé spécifiques à l'établissement (PSSE), les intervenants en santé au travail sont intervenus pour :

- 458 analyses de postes dans le cadre du programme *Pour une maternité sans danger (PMSD)*, soit un taux de réponse de 100 % aux demandes transmises par les médecins traitants. De ce total, 82,5 % de ces demandes ont été traitées dans un délai de trois jours. Cette performance répond très bien aux attentes de l'indicateur suivant du Programme national de santé publique (PNSP) qui veut que : « d'ici 2020, les CISSS et les CIUSSS auront répondu à 100 % aux demandes des travailleuses faites dans le cadre du programme PMSD transmises par le médecin traitant, dont 70 % dans un délai de trois jours ouvrables » (PNSP, 2017).

- Les activités réalisées dans les entreprises de la Côte-Nord ont un impact sur des milliers de travailleurs. Sensibilisés et mieux informés sur les risques et les agresseurs présents dans leur milieu de travail, les travailleurs et leurs employeurs sont invités à prendre en charge leur santé. La réduction à la source de l'exposition aux divers contaminants demeure l'objectif à atteindre. Le Service de santé au travail a publié, au cours de l'année, une édition du bulletin *Santé en têtes*, disponible sur le site Internet du CISSS, à l'intention des milieux de travail de la région.
- En soutien aux activités des intervenants, l'équipe-conseil a aussi mis à jour le guide du PSSE et élaboré plusieurs guides de saisie et sessions d'information.

## **Prévention et promotion de la santé**

La Direction de santé publique travaille de concert avec plusieurs partenaires régionaux et locaux. Cette dynamique de collaboration permet une action concertée pour un impact plus significatif auprès de la population : Unité régionale loisirs et sports (URLS), Regroupement des centres de la petite enfance Côte-Nord, Comité Éclaire, Réseau du sport étudiant du Québec, commissions scolaires, écoles, Table régionale des organismes communautaires de la Côte-Nord, Table bioalimentaire, municipalités régionales de comté, regroupements locaux saines habitudes de vie/Avenir d'enfants et les différents ministères.

Des équipes de travail « Prendre soin de notre monde » (PSNM) poursuivent leurs interventions dans chacun des territoires afin d'offrir un accompagnement adapté aux municipalités dans le but de favoriser la mise en place d'environnements favorables à la santé.

Sept concertations locales en Basse-Côte-Nord et en Minganie admissibles au programme Nutrition Nord Canada-Initiatives d'éducation en matière de nutrition ont permis d'obtenir un financement de 364 135 \$ en 2018-2019 pour la mise en œuvre de leurs plans d'action. Ce financement se poursuit jusqu'en 2020-2021.

Plusieurs campagnes, programmes et activités sont déployés en cours d'année, entre autres : les saines collations à l'école, Journée internationale sans diète, Semaine « Le poids sans commentaire », les Aventuriers du goût, les ateliers 5 épices, Défi J'arrête, j'y gagne!, Défi Santé, les défis Moi j'croque et Pelure de banane, Semaine pour un Québec sans tabac, Journée mondiale sans tabac, famille sans fumée, prévention du cancer du côlon, sensibilisation à la saine alimentation, Rallye sur la Côte.

En ce qui a trait à la lutte au tabagisme auprès des jeunes du secondaire, deux activités clés en main : « scène de crime » et « écran sans filtre » ont été réalisées dans différentes écoles de la région, ce qui a permis de joindre environ 900 jeunes de 11-17 ans. De plus, une tournée régionale du projet « Nico-Bar » s'est déployée afin de joindre la clientèle 18-25 ans dans les cégeps et les écoles de formation aux adultes de la région pour les sensibiliser aux risques à court terme de l'usage de la cigarette et les aides disponibles.

La formation d'animateurs régionaux en tabac continue de se déployer sur l'ensemble du territoire. Tout le personnel des dispensaires a été amené à faire une formation en ligne sur l'intervention intensive en cessation tabagique. La politique d'établissement pour un environnement sans fumée est en déploiement et actuellement, les deux centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation de Sept-Îles et de Baie-Comeau sont 100 % sans fumée.

Les différents projets de la Clinique d'alimentation et d'activité physique destinés aux personnes obèses sans maladies chroniques se sont poursuivis dans la région, soit à Sept-Îles, Port-Cartier, Fermont ainsi qu'à Baie-Comeau. À Sept-Îles, la promotion et la prévention de la santé se sont concrétisées dans la dernière année par un partenariat auprès d'acteurs municipaux dans l'organisation et le déploiement du programme « Hop la Ville ».



La démarche « Entreprise en forme », qui vise à soutenir les milieux de travail dans la mise en place d'un programme de prévention et de promotion des saines habitudes de vie et la création d'un milieu de vie favorable à la santé, nous a permis de joindre 22 écoles des commissions scolaires du Fer et Eastern Shores. Des démarches sont en cours auprès de quatre municipalités dont l'une a convenu une entente de collaboration. Les deux cégeps sont, quant à eux, à leur deuxième année de l'entente et des actions de reconnaissance seront entreprises. Des démarches ont été effectuées auprès de 11 nouvelles entreprises et des sondages de besoins ont été réalisés auprès d'environ 25 entreprises. En résumé, nous intervenons auprès de 39 entreprises pour une population de plusieurs milliers de travailleurs.

Quant à l'approche « École en santé », toutes les commissions scolaires de la Côte-Nord se sont engagées dans un processus de mise en œuvre pour la planification conjointe et l'élaboration d'actions efficaces de promotion de la santé et de prévention. Au cours de l'année, de nombreuses actions ont permis de soutenir et d'accompagner les milieux. Parmi celles-ci, notons les rencontres régionales « École en santé » destinées au réseau de la santé et des services sociaux, de l'éducation et du milieu communautaire. Cette année, de nombreux efforts ont été déployés pour l'arrimage au plan des contenus en éducation à la sexualité, qui sont obligatoires depuis l'automne 2018 dans les écoles primaires et secondaires.

Depuis la légalisation du cannabis, plusieurs outils ont été publicisés et mis à la disposition de la population par notre site Internet. Des formations ont été offertes afin de sensibiliser les professionnels de la santé et le milieu scolaire face aux recommandations ministérielles. Avec la crise des opioïdes, le déploiement des trousseaux de naloxone s'est fait par l'entremise des organismes partenaires. Des campagnes de sensibilisation ont été déployées par les médias sociaux, les radios et des affiches.

Diverses actions ont été déployées pour favoriser l'acquisition de saines habitudes alimentaires telles que les Aventuriers du goût : 2 formations d'animateurs et réalisation d'ateliers dans 14 services de garde ou au préscolaire, les ateliers 5 épices : 3 formations d'animateurs et plus de 500 jeunes rencontrés dans 16 écoles, les ateliers « Bien dans sa tête, bien dans sa peau » : animés auprès de 146 jeunes, plusieurs ateliers réalisés dans les écoles secondaires, les cégeps, les maisons de la famille, les maisons des jeunes et les regroupements de personnes âgées. Des présentations du nouveau Guide alimentaire canadien ont été effectuées et un plan de déploiement établi.

Pour contrer l'insécurité alimentaire, 15 initiatives ont été soutenues pour un montant total de 180 535 \$. Ces projets visent à favoriser la sécurité alimentaire des communautés.

En santé dentaire, ce sont 54 écoles primaires du territoire qui ont été visitées en vue de dépister le besoin de traitement, la vulnérabilité à la carie et le besoin de scellant dentaire :

- Tous les élèves de maternelle et de la maternelle 4 ans;
- Tous les élèves de 2<sup>e</sup> année du primaire.

Les 13 écoles secondaires du territoire ont été visitées pour dépister le besoin de traitement et de scellant dentaire :

- Tous les élèves de 2<sup>e</sup> secondaire;
- Certains élèves des autres niveaux.

Tous les enfants identifiés comme vulnérables à la carie dentaire ont reçu une offre de suivi préventif individualisé, consistant en deux suivis préventifs individualisés et en l'application de vernis fluoré. Tous les enfants ayant besoin de scellant dentaire ont reçu une offre. Ainsi, 1 219 enfants en ont bénéficié. Trois formations sur le brossage supervisé ont été dispensées dans les CPE et le bureau coordonnateur de la Côte-Nord. Donc depuis 2015, nous avons formé

162 éducatrices et responsables de service de garde. Les infirmières des centres mère-enfant de Baie-Comeau et de Sept-Îles ont reçu une formation pratique sur les soins de la bouche pour le nouveau-né.

Pour ce qui est des mesures liées à l'activité physique et au mode de vie physiquement actif, plusieurs programmes sont en cours. D'abord, concernant «Ma cour : un monde de plaisir» les écoles de la région bénéficieront d'un accompagnement très complet. En effet, grâce à une nouvelle collaboration avec l'URLS, les milieux scolaires qui en feront la demande, peuvent être soutenus dans l'organisation, l'aménagement et l'animation de leur cour afin d'offrir plus d'occasions aux élèves d'être actifs au quotidien.

Au plan des aînés, des programmes sont offerts afin d'aider ces derniers à préserver leur autonomie et à briser l'isolement par la pratique d'activité physique. En effet, le programme communautaire de groupe Viactive est offert aux aînés qui désirent bouger dans une ambiance agréable.

Pour les individus de 65 ans et plus préoccupés par leur équilibre, le programme intégré équilibre dynamique aide ces derniers à retrouver de la mobilité et de la force des membres inférieurs. Donc, durant 12 semaines et sous la supervision d'un professionnel, les participants sont accompagnés dans des exercices qui les rendront plus solides et leur permettront d'améliorer leur qualité de vie.

En ce qui a trait aux programmes de services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE), oeuf-lait-orange (OLO) et au programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), plus de 100 femmes et leur famille vivant en situation de vulnérabilité ont bénéficié de suivis qui ont eu un impact positif pour le soutien aux habiletés parentales, la sécurité alimentaire, l'allaitement et la santé des nourrissons. La formation d'accompagnatrices cliniques et la création du groupe régional ont permis aux intervenantes SIPPE de s'approprier cette posture d'accompagnement, de bonifier leurs pratiques auprès des familles vulnérables et de créer des activités de codéveloppement dans les équipes.

Le soutien aux organismes communautaires dispensant les activités du programme d'actions communautaires pour l'enfance s'est poursuivi.

Concernant les activités en allaitement, sept ententes de services auprès des organismes communautaires pour le soutien, la promotion et la protection de l'allaitement ont été conclues. Une rencontre régionale avec les organismes a eu lieu pour favoriser la transmission des informations, le réseautage et le partage. Une formation sur l'allaitement maternel à laquelle plus de 30 personnes du réseau communautaire et de la santé ont participé a été organisée sur le territoire.

Des trousse de prévention des traumatismes non intentionnels pour la clientèle vulnérable ont été distribuées sur le territoire nord-côtier.

La distribution et la promotion de l'utilisation du guide *Mieux vivre avec son enfant* est aussi une contribution non négligeable pour favoriser le soutien aux pratiques parentales.

### **Table Santé Qualité de Vie de la Côte-Nord (TSQvie-09)**

En 2017, le CISSS et plusieurs partenaires régionaux ont convenu d'une nouvelle gouvernance pour la Table régionale intersectorielle en saines habitudes de vie (TIR-SHV). Dorénavant, la Table Santé Qualité de vie (TSQvie-09) favorise l'adoption de saines habitudes de vie et le développement social ainsi que le développement des communautés.



Des professionnels de la Direction de santé publique ont participé à plusieurs réalisations qui ont permis de générer des environnements favorables à la santé pour la population nord-côtière, notamment :

- Déploiement de la formation « Bouger c'est pas compliqué » pour les intervenants des CPE;
- Soutien à la mise en œuvre de club de marche;
- Réalisation d'un Guide des jardins communautaires et collectifs de la Côte-Nord et d'un webinaire sur les semis;
- Ateliers de sensibilisation et pratiques animés dans les municipalités : 17 municipalités ce qui inclut 20 villages et 3 MRC rencontrés;
- Formation sur le rôle-conseil et le marketing social des acteurs de soutien impliqués dans la démarche « Prendre soin de notre monde »;
- Organisation de la deuxième journée régionale en faveur des saines habitudes de vie;
- Élaboration de 40 jours de menus pour les CPE;
- Aide financière pour des projets de récupération alimentaire.

## **Surveillance et évaluation**

Principales activités réalisées en 2018-2019 :

- Contribution à la rédaction et à la production du rapport du directeur de santé publique 2018 sur l'état de santé et de bien-être de la population nord-côtière.
- Publication d'une centaine de fiches-indicateurs sur l'état de santé et de bien-être de la population de la Côte-Nord et de ses déterminants.
- Publication de trois présentations Powerpoint en lien avec la santé mentale des jeunes du secondaire et d'une autre présentation sur le risque de décrochage scolaire d'après les données nord-côtières de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2016-2017.
- Production des données en lien avec l'Enquête québécoise sur le développement à la maternelle 2017 (EQDEM) et l'Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle 2017 (EQPPM).
- Soutien au projet « Mettre sa switch à homme » de l'organisme Homme Aide Manicouagan.
- Suivi des données en lien avec les tableaux de bord de l'entente de gestion et autres redditions de comptes.
- Mise à jour continue et exploitation des diverses banques de données ministérielles relatives à la surveillance générale de l'état de santé de la population (naissances, décès, admissions hospitalières).
- Réponse à plusieurs demandes *ad hoc* en surveillance formulées par des professionnels et gestionnaires du CISSS de la Côte-Nord.

## **Direction des soins infirmiers**

En 2018-2019, une réorganisation de la structure d'encadrement a eu lieu à la Direction des soins infirmiers (DSI). Cette restructuration a permis l'ouverture de nouveaux postes, soit :

- L'ajout d'un poste de directeur adjoint;
- L'ajout d'un poste de conseiller cadre au développement de la pratique professionnelle;
- La conversion du poste de coordination des soins infirmiers à conseiller cadre à la prévention et au contrôle des infections (PCI).

## Faits saillants

### **Nouveaux services offerts en Haute-Côte-Nord et à Port-Cartier**

La population de la Haute-Côte-Nord et de Port-Cartier peut bénéficier de davantage de services ambulatoires implantés au cours de l'année 2018, ce qui permet d'éviter de nombreux déplacements.

En effet, l'unité de médecine ambulatoire de la Haute-Côte-Nord offre maintenant le service d'électrocardiographie ambulatoire (Holter), grâce à la générosité de la Fondation du Centre de santé des Nord-Côtiers. Également, la clinique de plaies complexes offre l'application de plâtres de contact total pour la prise en charge des ulcères du pied diabétique. Ce traitement fait partie des recommandations des pratiques exemplaires.

Finalement, plusieurs nouveautés sont offertes au service de soins courants de Port-Cartier, soit le service d'électrocardiographie ambulatoire (Holter), le monitoring ambulatoire de pression artérielle (MAPA), ainsi que le service d'électrocardiogramme électif.

### **Travaux à l'hospitalisation de Sept-Îles**

En mai 2018, des travaux dans le but d'améliorer l'organisation du travail ont débuté à l'hospitalisation de Sept-Îles, et l'implantation s'est faite en septembre. Diverses raisons, notamment la pénurie de main-d'œuvre et l'instabilité des équipes, ont fait que le projet n'a pas pris son plein envol. Toutefois, la pérennité de ce projet sera assurée pour les prochaines années.

## Formations

### **Création du programme de formation et d'évaluation des infirmières étrangères**

Dans le cadre d'un mandat de recrutement de personnel infirmier à l'étranger, la Direction des soins infirmiers a développé un programme de formation *Tronc commun régional* avec une intégration spécifique des secteurs, afin d'assurer un accueil et une intégration positive. De même, un profil de compétence ainsi que diverses méthodes d'évaluation ont été élaborés. Nous avons saisi l'opportunité de travailler nos programmes de formation afin de les uniformiser. Le programme de formation et d'évaluation des infirmières étrangères sera soumis à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) à l'année 2019-2020, pour approbation. L'arrivée de cinq infirmières françaises est prévue pour septembre 2019.

### **Évaluation de la condition physique et mentale**

Le déploiement de la formation sur l'évaluation de la condition physique et mentale se poursuit toujours au CISSS de la Côte-Nord. Le déploiement va bien. Les cibles de formation (75 %) ont été dépassées pour l'année 2018-2019, alors que le pourcentage de personnel formé au CISSS de la Côte-Nord a atteint 83 %.

### **Approche adaptée à la personne âgée (AAPA)**

L'implantation du programme AAPA, rendue obligatoire par le MSSS depuis quelques années, suit son cours. La grande pénurie de main-d'œuvre a été un obstacle important dans l'atteinte des cibles. Le taux d'avancement de la formation pour les six modules est tout de même satisfaisant, même si l'ensemble des installations n'a pas atteint le même niveau.



## **Prévention et contrôle des infections**

Au niveau de la prévention et contrôle des infections (PCI), des changements majeurs ont vu le jour, à commencer par la création du poste de conseillère cadre à la PCI. À la suite d'une recommandation du MSSS dans son Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, un comité stratégique et une Table PCI ont été implantés, permettant de renforcer la lutte contre les infections nosocomiales. Également, de nombreux travaux ont été réalisés en cours d'année :

- Création d'un onglet PCI sur le site intranet et Internet du CISSS afin d'y retrouver différents documents pertinents;
- Diffusion des politiques sur le lavage des mains et la gestion des visites en période d'éclosion;
- Diffusion de la procédure de nettoyage et de désinfection des petits appareils;
- Création de divers dépliants : *La prévention des infections lors d'un séjour en centre hospitalier*, *Mon enfant est en isolement*, *Les entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC)*;
- Création d'un programme harmonisé en PCI pour tout le territoire;
- Suivi de plusieurs indicateurs de qualité à la suite de la création de rapports mis à jour en temps réel;
- Gestion d'une éclosion importante d'EPC et d'une éclosion de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), ce qui a permis d'améliorer certaines pratiques;
- Réalisation et suivi d'audits hebdomadaires;
- Participation à la mise aux normes d'Agrément Canada.

## **Prescription infirmière**

À la fin de l'année financière 2018-2019, 108 infirmières détenant un numéro de prescripteur travaillaient pour le CISSS de la Côte-Nord, dépassant largement la cible initiale de 90. La progression n'est pas terminée, puisque le portrait mensuel fourni par l'OIIQ démontre que le nombre de titulaires détenant un permis pour prescrire augmente régulièrement chez les infirmières de la région.

## **Inspection professionnelle**

Deux visites de l'OIIQ ont été réalisées dans certaines installations. Il s'agit de la visite au CHSLD des Bergeronnes, le 28 mai 2018, et des centres de détention de Baie-Comeau et Sept-Îles, qui s'est déroulée du 22 au 26 octobre 2018. Des plans d'action ont découlé de ces deux visites et des suivis rigoureux sont effectués par les gestionnaires concernés et l'équipe de conseillers cadres.

## **Inauguration de l'UCDG-URFI de Baie-Comeau**

Le CISSS de la Côte-Nord a officiellement inauguré, le 4 décembre dernier, l'unité de courte durée gériatrique (UCDG) et l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) de l'Hôpital Le Royer. Réalisé au coût de près de 200 000 \$, ce projet a permis de bonifier les services offerts aux aînés et aux personnes nécessitant des services de réadaptation.

## Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire

### Faits saillants

- ↪ Ouverture, en collaboration avec le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec-Université Laval, d'une unité satellite d'hémodialyse à Baie-Comeau.
- ↪ Approbation du programme conjoint en oncologie pour les régions administratives du Saguenay–Lac-Saint-Jean (02), de la Côte-Nord (09) et du Nord-du-Québec (10). La rédaction de l'entente de services prévue au programme est en cours.
- ↪ Déploiement de la troisième et dernière phase de l'accès priorisé aux services spécialisés. Vingt-six spécialités médicales font partie de l'offre de service du Centre de répartition des demandes de services.

### Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) s'adresse aux Québécoises âgées de 50 à 69 ans. Dans la région, les services de mammographie sont offerts dans trois centres de dépistage désignés, soit dans les hôpitaux de Baie-Comeau, Sept-Îles et Havre-Saint-Pierre. Dans les secteurs isolés, comme Schefferville, Fermont et la Basse-Côte-Nord, les services sont dispensés par l'unité mobile *CLARA* et l'unité portative *SOPHIE*. Les hôpitaux de Sept-Îles et de Baie-Comeau sont également des centres de référence pour investigation désignés.

En raison d'un bris majeur de l'appareil portatif *SOPHIE*, les cliniques de dépistage prévues à Blanc-Sablon ont été annulées. Plusieurs dames, ayant des antécédents familiaux ou des conditions cliniques particulières, ont été déplacées à Sept-Îles pour passer leur mammographie de dépistage. Une clinique additionnelle, au calendrier usuel, aura lieu au printemps 2019. En 2018-2019, 7 132 femmes ont reçu une invitation et 4 445 d'entre elles ont passé une mammographie de dépistage.

### Pharmacie

Le département de pharmacie dessert l'ensemble de la clientèle nécessitant des soins et des services pharmaceutiques au sein de l'établissement. Le plan d'organisation prévoit 23 postes de pharmaciens et 36,3 équivalents temps complet (ETC) assistants-techniques et agentes administratives pour offrir les services.

En 2018-2019, le CISSS de la Côte-Nord a accueilli au sein de l'équipe trois nouveaux pharmaciens, soit deux à Sept-Îles et un à Havre-Saint-Pierre. Ces ajouts ont permis de combler notre plan d'effectifs du côté de Sept-Îles, qui est fixé à neuf pharmaciens. Du côté de Havre-Saint-Pierre, un pharmacien permanent est maintenant en place. La situation des effectifs demeure malgré tout précaire avec cinq postes vacants. La situation est particulièrement fragile à Baie-Comeau (trois postes vacants) et dans nos territoires périphériques. Le recours à la main-d'œuvre indépendante est donc requis pour maintenir les services de base dans la plupart de nos installations. Malgré la situation difficile au niveau des effectifs, nous avons réussi à maintenir une offre de soins pharmaceutiques de grande qualité pour les usagers. Nous avons éprouvé également à divers moments des pénuries d'assistants-techniques en pharmacie. Nous vivons là aussi d'importantes difficultés de recrutement de personnel qualifié.

En 2018-2019, nous avons continué de travailler à l'amélioration du circuit du médicament. Nous avons finalisé l'implantation de la vérification contenant-contenu par lecteur code-barres pour les médicaments au commun à nos



installations de Baie-Comeau et de Sept-Îles. L'ensemble des médicaments narcotiques et contrôlés sont maintenant vérifiés par cette technologie du côté de Baie-Comeau permettant d'augmenter la sécurité du circuit du médicament et de diminuer les risques d'incident/accident. Un cabinet automatisé décentralisé a été implanté du côté de Fermont, permettant d'optimiser et de sécuriser la distribution de la médication dans l'installation. Du côté de la Basse-Côte-Nord, une migration du système d'information vers la base de données de Manicouagan a été effectuée de même que l'implantation de la numérisation des ordonnances pour ce secteur. Nos deux pharmaciennes responsables des préparations stériles ont poursuivi l'implantation des politiques et procédures entourant la préparation des produits stériles en pharmacie et effectué la certification du personnel technique effectuant les préparations, et ce, dans l'ensemble des installations. Nous avons également travaillé à se conformer aux exigences de l'Ordre des pharmaciens du Québec en Basse-Côte-Nord et en Minganie, à la suite des visites d'inspection ayant eu lieu en 2016 et en 2017.

Le département de pharmacie poursuit de façon active ses travaux d'harmonisation des processus de travail et collabore à la conception et à l'harmonisation des outils cliniques touchant l'utilisation des médicaments. Nous sommes également très impliqués dans de multiples comités touchant de près ou de loin l'usage optimal et sécuritaire des médicaments dans l'établissement.

D'autres importants chantiers sont à prévoir en 2019-2020 notamment le déploiement d'une offre de soins pharmaceutiques en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sur l'ensemble du territoire, la participation active de l'équipe au projet OPUS-AP (Optimiser les pratiques, les usages et les soins – Antipsychotiques) et l'ajout de service de validation des ordonnances la fin de semaine dans l'ensemble de nos territoires périphériques.

## **Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique**

*Plusieurs informations concernant la direction (agrément, mesures de contrôle, etc.) se trouvent à la section 5 du présent rapport à la page 63.*

La Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique (DSMQEPE) actualise un mandat transversal de soutien et d'expertise-conseil à l'organisation en matière d'amélioration continue, de performance, de liaison autochtone et de pratiques professionnelles, ainsi qu'en matière de développement intégré de la qualité et de la gestion des risques en visant notamment l'élaboration de solutions et de plans d'action en regard des enjeux stratégiques auxquels fait face l'établissement.

Elle répond aux besoins et aux attentes des clients selon les meilleures pratiques reconnues ou novatrices, au moindre risque, en conformité avec les normes en vigueur et de façon efficiente à l'égard des ressources disponibles, tant par les attitudes et les contacts humains établis par les employés envers les clients et entre eux, qu'à propos des procédures et des services rendus.

Elle vise l'excellence des soins et des services à la population, en offrant son expertise pour soutenir et conseiller l'ensemble des directions et leurs équipes.

## Faits saillants

### Amélioration continue

La direction a soutenu plusieurs projets en cours d'année en matière d'amélioration continue. À titre d'exemple, les projets suivants ont été encadrés par l'équipe : Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) et guichets spécifiques (régional) pour l'accès aux services dans la région; le projet Aire ouverte (Sept-Îles); la révision de l'offre alimentaire en centre d'hébergement et de soins de longue durée (régional); le dossier clinique informatisé et le projet pilote sur les aides techniques (Port-Cartier). Par ailleurs, les plans de retour à l'équilibre budgétaire ont aussi fait l'objet de mesures d'accompagnement auprès des directions, ainsi que quatre comités issus du Sommet sur la pénurie de main-d'œuvre.

Six sessions de formation en gestion de projets ont permis à cinquante-huit personnes de se familiariser avec le processus et à s'outiller à la réalisation de projets de façon cohérente et efficace. Par ailleurs, une communauté de pratique a été instaurée permettant ainsi aux personnes formées de partager leurs connaissances, leurs expertises et de poursuivre leur apprentissage ensemble.

### Pratiques professionnelles

Afin de structurer le Service de la pratique professionnelle, un guichet d'accès a été implanté, ce qui a permis la naissance de plusieurs collaborations, par exemple : Formalisation de l'offre de service pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir sur la Côte-Nord avec la Direction des programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux; l'aide médicale à mourir avec la Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire (DSPEU); le protocole interdisciplinaire de prise en charge des usagers trachéotomisés avec la DSPEU, la Direction des programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (DI, TSA et DP) et la Direction des soins infirmiers et le rôle du travailleur social en soutien à l'autonomie des personnes âgées (soutien à domicile) pour ne nommer que ceux-là.

Deux demandes pour la mise en place de comités de pairs ont été adressées auprès du conseil multidisciplinaire. Les deux concernent des outils d'évaluation, l'un pour l'évaluation professionnelle des psychoéducateurs et l'autre plus général pour les agents de relations humaines. Par la même occasion, l'outil des travailleurs sociaux sera révisé afin d'assurer une cohérence entre ces outils.

Avec l'approbation du comité de direction, un projet pilote de « parrainage clinique » a été mis en place pour faciliter l'intégration d'une professionnelle à l'installation de Fermont. Ainsi, en collaboration avec la coordonnatrice de territoire, les chefs de service concernés, le parrain principal, les deux parrains associés et l'agente de la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques, la nouvelle employée a été soutenue et intégrée dans son nouveau milieu. Après six mois, la rencontre bilan du projet confirme que, malgré les embûches, ce fut une réussite sur toute la ligne.

### Performance

L'équipe performance poursuit le développement des tableaux de bord. Certains présentent d'ailleurs des données en temps réel. Plus de 70 tableaux de bord sont maintenant disponibles tant pour le suivi d'indicateurs stratégiques, qu'opérationnels. Environ une douzaine de ces tableaux sont accessibles au grand public sur le site Internet de l'établissement.



L'équipe travaille également à mettre en place des comités pour analyser la qualité des données, portant sur les objectifs stratégiques et le financement de développements additionnels. Ces comités assurent l'uniformisation des données selon l'interprétation des cadres de référence et des guides de saisie. Ces comités permettent, entre autres, que les données représentent fidèlement les activités cliniques.

De plus, en collaboration avec les directions cliniques, l'équipe assure un leadership quant à la mise en place d'un processus et d'une démarche d'évaluation de la performance.

### **Certification**

Le processus de certification des résidences privées pour aînés (RPA), instauré en 2007 et reconduit dans le dernier Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés du 5 avril 2018, assure aux personnes qui habitent ces résidences un milieu de vie sécuritaire et des services de qualité.

En 2018-2019, l'établissement a octroyé à la Résidence des Bâtisseurs (RPA) son certificat de conformité valide du 2 février 2019 au 1<sup>er</sup> février 2023. Ce renouvellement fait suite à la visite d'évaluation de la conformité de la ressource, en décembre 2018, par Agrément Canada qui recommandait au CISSS la certification à la ressource, conditionnellement au dépôt d'un plan d'amélioration. À la suite de visites et d'échanges avec les responsables de la Résidence des Bâtisseurs (RPA), ces derniers ont répondu favorablement à l'ensemble des non-conformités obtenant ainsi leur certificat de conformité.

### **Programme québécois des soins sécuritaires (PQSS)**

Pour l'année 2018-2019, deux nouvelles pratiques exemplaires ont été implantées concernant les cathéters centraux et les cathéters centraux en hémodialyse. Pour ce faire, en collaboration avec la prévention des infections et les conseillères en soins, les pratiques actuelles ont été recensées permettant de travailler à leur harmonisation dans l'établissement. Des audits ont été réalisés à la suite des deux premières pratiques instaurées en 2017-2018. Un taux de conformité de 81 % a été noté pour l'ensemble des critères concernant les pneumonies acquises sous ventilation assistée. Quant au dépistage des bactéries multirésistantes, le taux de conformité n'est pas disponible, mais selon les conseillères de la prévention des infections, le personnel respecte les procédures en vigueur.

### **Prix reconnaissance**

La DSMQEPE, en cohérence avec les valeurs de l'organisation, soutient le personnel dans ses démarches de mise en candidature à des prix et des distinctions. L'organisation favorise ainsi la reconnaissance des forces, des capacités et des expertises des employés de l'établissement. Cette année, la direction a collaboré au dépôt de quatre candidatures soumises à des distinctions régionales ou nationales :

- Nathalie Tremblay, adjointe de direction à la DSMQEPE, au Prix Florence de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec dans la catégorie « Leadership »;
- Vaccination à la maternelle (Port-Cartier) au Prix d'excellence de l'administration publique 2018 dans la catégorie « Santé et Services sociaux »;
- Projet MaVie au Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux 2018, dans la catégorie « Impact sur la communauté »;
- La Friperie du Nordest au Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux 2018, dans la catégorie « Impact sur la communauté ».

Le projet Ma Vie (mouvement pour l'accomplissement, la valorisation, l'intégration sociale et l'émancipation des personnes handicapées) a remporté le Prix d'excellence du réseau dans sa catégorie. Ce projet a été mis en place par l'Association des handicapés adultes de la Côte-Nord en 2014.

### **Comité de bioéthique clinique**

Le comité de bioéthique clinique a tenu six rencontres en 2018-2019 et reçu sept demandes d'avis de la part des intervenants pour les situations suivantes :

- Usager en ressource d'hébergement - Sécurité de l'utilisateur et d'autrui;
- Situation possible de conflit d'intérêts - Pratique privée des professionnels;
- Refus d'hébergement;
- Comportement perturbateur en centre d'hébergement et de soins de longue durée;
- Pratique privée auprès d'utilisateurs en contexte de liste d'attente;
- Déménagement d'un usager dans un milieu adapté à Québec;
- Retour à domicile sans services adéquats ou maintien en centre hospitalier.

### **Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute personne majeure**

Le CISSS a adopté en janvier 2019 une politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité qui reçoivent des services de santé et des services sociaux. Cette politique a notamment pour objet d'établir des mesures visant à prévenir la maltraitance envers ces personnes, à lutter contre celle-ci et à soutenir les personnes dans toute démarche entreprise afin de mettre fin à cette maltraitance, que celle-ci soit le fait d'une personne œuvrant pour l'établissement ou de toute autre personne. La diffusion de la politique a été faite auprès du personnel et des partenaires.

### **Actes répréhensibles**

La Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics impose à tous les établissements visés de procéder à la nomination d'un responsable interne du suivi des divulgations chargé de recevoir les divulgations, de vérifier si un acte répréhensible a été commis, ou est sur le point de l'être, et le cas échéant, de lui en faire rapport. La directrice des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique a été désignée pour assumer cette responsabilité au sein de l'organisation.

En 2018-2019, aucune demande n'a été reçue par la responsable du suivi des divulgations (tableau 36 à la page 83).

### **Liaison autochtone**

Le Service de la liaison autochtone poursuit son mandat de coordination et de collaboration avec les responsables de la santé et des services sociaux des communautés, ainsi qu'avec les organismes qui offrent des services aux autochtones.

### **Table locale d'accessibilité aux services pour les Autochtones vivant en milieu urbain de Sept-Îles**

Quatre rencontres de la table locale ont eu lieu en 2018-2019. Les partenaires en justice se sont ajoutés.



### **Suivi des recommandations du rapport d'enquête du coroner sur les décès par suicide dans la communauté autochtone de Uashat Mak Mani-Utenam**

Le comité de suivi a tenu une deuxième rencontre ce qui a permis aux partenaires de présenter l'avancement des travaux à la suite des recommandations du coroner. Des intervenants de l'établissement participent au comité de travail et des travaux sont en cours pour répondre aux dites recommandations.

### **Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics du Québec**

Lors du déroulement de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics du Québec, des actions ont été prises pour répondre aux besoins de la commission :

- Témoignage à trois reprises du conseiller cadre à la liaison autochtone pour présenter son rôle et exposer les actions mises en place par l'établissement;
- Réponse aux nombreuses demandes d'informations pour les besoins de la commission;
- Témoignage à la commission de la directrice de la protection de la jeunesse et de la directrice du programme jeunesse;
- Participation au comité de vigie mis en place par le MSSS.

Le dépôt des recommandations du commissaire est attendu en septembre 2019.

### **Commission d'enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées**

Le conseiller cadre à la liaison autochtone a participé au comité de vigie mis en place par le MSSS. Comparativement à la Commission d'enquête Viens, peu de demandes ont été acheminées à l'établissement. Les recommandations ont été déposées au début juin 2019. Le conseiller cadre à la liaison autochtone coordonnera les travaux pour assurer le suivi de ces recommandations.

### **CLSC Naskapi**

Le comité de suivi de l'entente administrative poursuit ses travaux. Huit rencontres ont eu lieu en 2018-2019. Les dossiers traités sont :

- Le traitement des plaintes;
- Le soutien au nouveau chef administratif engagé;
- Le recrutement du directeur général;
- La dispensation des services médicaux;
- Le suivi du rapport du coroner.

Par ailleurs, dans la région de Schefferville, des rencontres d'harmonisation des services entre les trois centres de santé du secteur ont été lancées pour améliorer la collaboration au quotidien. Les travaux se poursuivent.

### **Approche centrée sur la personne (Planetree)**

Dans le cadre de l'implantation de l'approche centrée sur la personne, plusieurs activités ont été réalisées dans l'organisation.

Un sondage sur la santé organisationnelle a été réalisé auprès des employés et des médecins de l'organisation. Il a permis d'évaluer quatre dimensions, soit :

- L'engagement au travail;
- La santé psychologique;
- L'organisation du travail;
- La gestion du changement.

La collecte de données relatives au projet s'est déroulée du 12 février au 9 mars 2018. Au total, 1 426 personnes ont rempli le questionnaire. Calculé sur la base du nombre total d'employés actifs au sein de l'organisation, incluant le personnel sur la liste de rappel (3 832), le taux global de participation est estimé à 37 %.

#### Les forces constatées

- D'abord, il est important de souligner l'engagement exceptionnel des employés envers la clientèle.
- Le personnel est engagé envers leurs collègues. Ces derniers se soutiennent entre eux, ce qui peut présenter une protection contre le stress.
- Les gens ont choisi la bonne profession et les tâches effectuées sont en cohérence avec celle-ci.

#### Les zones de développement et les principales recommandations

- Le stress au travail (charge de travail, échéancier) a une incidence sur la motivation au travail et l'épuisement. Il sera important de documenter la perception de surcharge de travail.
- L'organisation du travail (surcharge et conflit de rôles) : Le fait d'avoir des demandes contradictoires, des instructions dissonantes entre elles, non cohérentes. Avoir des consignes claires diminuera les éléments stressants. Il y a un besoin d'améliorer la communication.
- La gestion du changement (légitimité, nécessité) : Faire la bonne chose au bon moment. Il est essentiel de bien expliquer les changements et mieux soutenir les employés dans les transitions menant aux changements souhaités.

Chaque direction s'est engagée à partager et à échanger sur les résultats spécifiques à son secteur dans le but d'entamer une réflexion sur les solutions d'amélioration possible.

Un suivi des recommandations sera assuré en vue d'améliorer la situation. Le comité régional Planetree s'assurera de l'avancement des travaux. Ce comité régional a été formé pour soutenir l'équipe de coordination et est représentatif du territoire, des directions et des divers niveaux hiérarchiques dans l'organisation. Ses objectifs sont de :

- Promouvoir la culture de l'approche et agir à titre d'ambassadeur;
- Assurer la qualité de l'expérience client;
- Assurer la reconnaissance au quotidien;
- Faire vivre l'approche centrée sur la personne par des activités et des formations;
- Favoriser les initiatives dans la mise en place de projets porteurs de la culture de l'approche centrée sur la personne.

### **Approche usager partenaire**

Considéré comme une approche innovante, le partenariat avec l'utilisateur et ses proches peut contribuer au développement de nouvelles stratégies en réponse aux préoccupations en matière d'accès, d'intégration et de qualité, ainsi qu'à l'atteinte des retombées anticipées par les récentes transformations apportées à l'organisation et à la gouvernance. Les usagers sont les seuls à avoir une vue d'ensemble des parcours de soins et de services. Ils possèdent le vécu associé à chacune des étapes, des transitions, des milieux et des ressources qui ont contribué à leur savoir et à la qualité de leur expérience tout au long de leur cheminement.



C'est pourquoi le MSSS a fait du partenariat avec l'utilisateur et ses proches un principe structurant de son « Plan stratégique 2015-2020 ». Il considère le fait que les usagers veulent préserver leur autonomie, être engagés dans leur démarche de soins et de services et être des parties prenantes du système de santé et de services sociaux.

Le conseil d'administration a adopté, en octobre 2018, l'approche de partenariat avec les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et services sociaux pour l'ensemble des pratiques cliniques et administratives de l'organisation.

L'établissement expérimente déjà quelques projets où la participation d'usagers partenaires est sollicitée. Au 31 mars, plus de 34 usagers partenaires collaborent à divers travaux avec les équipes.

### **Politique - Évaluation de la satisfaction des usagers**

L'évaluation de la satisfaction de la clientèle s'inscrit à l'intérieur d'un processus d'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts par l'établissement. Ce processus permet notamment de déterminer des indicateurs de performance qui tiennent compte de ce qui est réellement considéré comme important pour les usagers.

En 2018-2019, nous avons réalisé conjointement avec le comité des usagers deux sondages. Un auprès de la clientèle en hospitalisation et l'autre concernant les nouveaux locaux de prélèvements de l'Hôpital de Sept-Îles.

## **Direction de la protection de la jeunesse**

### **Faits saillants**

- ↪ En 2018-2019, la Côte-Nord a connu une hausse de 11,7 % des signalements traités pour un total de 3 540 signalements, dont 1 032 ont été retenus. Nous constatons une hausse de 9 % de signalements retenus. Les signalements pour négligence et risque sérieux de négligence ont représenté 48,4 % des signalements retenus, suivis par les abus physiques et le risque sérieux d'abus physiques (18,4 %) et les mauvais traitements psychologiques (17,9 %). Nous notons aussi une augmentation de la clientèle des jeunes contrevenants.
- ↪ Les enjeux entourant la pénurie de main-d'œuvre ont touché particulièrement les services de la protection de la jeunesse l'an dernier engendrant même certaines difficultés d'accès, commandant la mise en place de mesures particulières.
- ↪ Maintien et renforcement des liens de collaboration et de partenariat avec les communautés autochtones du territoire : comité de coordination avec les coordonnateurs des services en protection de la jeunesse et des services communautaires.
- ↪ Maintien de l'implication dans l'ensemble des travaux sur les commissions d'enquête sur la réalité des premières nations.
- ↪ Organisation d'une journée de réflexion sur la négligence auprès des enfants des premières nations impliquant une grande majorité des communautés de la Côte-Nord dans le but d'échanger sur les enjeux et actions prometteuses.

- ↪ Tournée des commissions scolaires de la Côte-Nord afin de partager sur la vision, la complémentarité des services et le partenariat essentiel auprès des enfants vulnérables.
- ↪ Maintien des liens de collaboration avec les partenaires de l'entente multisectorielle et des partenaires des services offerts aux jeunes contrevenants.
- ↪ Statuer sur plus de 65 projets de vie d'enfants suivis par les services de la protection de la jeunesse.

## Données statistiques en protection de la jeunesse et jeunes contrevenants

**Tableau 10 - Réception et traitement des signalements**

Année	Signalements	Total
2017-2018	Reçus	3 126
	Retenus	991
2018-2019	Reçus	3 540
	Retenus	1 032

**Tableau 11 - Signalements retenus par problématique en 2018-2019**

Problématique	Nombre	Taux (%)
Négligence et risque de négligence	499	48,4
Abus physiques et risque d'abus physiques	190	18,4
Mauvais traitements psychologiques	185	17,9
Abus sexuels et risque d'abus sexuels	67	6,5
Troubles de comportement sérieux	84	8,1
Abandon	7	0,7

**Tableau 12 - Source des signalements traités en 2018-2019**

Source	Nombre	Taux (%)
Parents et beaux-parents	349	9,9
Jeunes-Fratrie	219	6,2
Milieu policier	1 127	31,8
Centre intégré de santé et de services sociaux	734	20,7
Employé des centres de la petite enfance	31	0,9
Employé organisme/institution	232	6,6
Milieu de la santé	79	2,2
Milieu scolaire	405	11,4
Voisin/connaissance de famille	313	8,8
Autres	51	1,5

**Tableau 13 - Dossiers à l'application des mesures**

Population 0-17 ans	Dossiers suivis	Taux par 1 000
18 041	792	43,9

**Tableau 14 - Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents**

	2017-2018	2018-2019
Évaluation-orientation	98	120
Rapport prédécisionnel	12	19
Sanction extrajudiciaire (nombre de sanctions)	103	122
Sanction extrajudiciaire (nombre d'usagers)	81	100
Suivi des peines	51	58



## Direction du programme jeunesse

La Direction du programme jeunesse regroupe les services suivants : le centre mère-enfant et la pédiatrie, la périnatalité et petite enfance, les services communautaires pour les enfants, les jeunes et leur famille, les services aux jeunes en difficulté dont la réadaptation interne et externe ainsi que les services de santé mentale 0-18 ans et la pédopsychiatrie.

### Faits saillants

- ↪ Les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation de Baie-Comeau et de Sept-Îles sont en processus pour appliquer la Politique pour un environnement sans fumée. En collaboration avec la Direction de santé publique, plusieurs actions ont été prévues pour accompagner les jeunes et les employés en vue de devenir les premières installations du CISSS de la Côte-Nord « sans fumée », et ce, à compter du 1<sup>er</sup> mai 2019.
- ↪ Dans le cadre de l'activité InnuRassemble, l'humoriste Mehdi Bousaidan est venu faire une conférence et des ateliers au centre de réadaptation de Baie Comeau. Les jeunes ont aussi assisté à son spectacle au théâtre de Baie-Comeau.
- ↪ Le centre de réadaptation a implanté la mesure d'empêchement de fuguer dans ses deux installations. À cet effet, il a formé l'ensemble de son personnel.
- ↪ Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance ont vu le jour en 2004. Depuis, ils ont fait l'objet de plusieurs évaluations et avis scientifiques. Cette démarche d'amélioration continue visait l'actualisation du cadre de référence. Celui-ci a été diffusé en 2018 et est accompagné d'un document présentant les balises de l'intervention, qui comprend notamment un arbre de soutien à la décision pour orienter les familles, une grille de sélection de la population admissible et les modalités d'intervention. La formation sur l'accompagnement clinique pour la clientèle suivie dans le cadre a été déployée aux intervenants cette année. De plus, un comité provincial du suivi de l'implantation du cadre de référence a été mis sur pied où un représentant de la Direction du programme jeunesse du CISSS de la Côte-Nord y siège.
- ↪ En collaboration avec la Direction des programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique, une trajectoire pour les jeunes présentant un trouble du spectre de l'autisme a été élaborée.
- ↪ Deux jours de travaux conjoints entre la Direction de la protection de la jeunesse et la Direction du programme jeunesse, soutenus et animés par l'équipe de la Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique, ont été tenus pour l'élaboration de la trajectoire en négligence.
- ↪ En 2018-2019, la Côte-Nord a accueilli 752 nouveau-nés, soit une diminution de 52 naissances comparativement à l'an dernier. À l'Hôpital de Sept-Îles, 465 bébés ont vu le jour comparativement à 287 nouveau-nés à l'Hôpital Le Royer.
- ↪ Pour la troisième année consécutive, les équipes multidisciplinaires des centres mère-enfant ont toutes deux obtenu le Prix reconnaissance du programme de formation AMPRO<sup>OB</sup>. Ce programme est basé sur la sécurité des patientes, le perfectionnement professionnel et l'amélioration de la performance. Il permet aussi de faire face aux risques obstétricaux de façon efficace, sécuritaire et en partenariat avec les différents membres de l'équipe. Pour l'obtention du prix, l'équipe de base a mis en place différentes activités (ateliers de formation, lectures, quiz et exercices d'urgence), tout au long de l'année, afin d'atteindre les objectifs du programme.
- ↪ En avril 2018, Opération Enfant Soleil a remis 44 361 \$ lors de sa tournée. Ce don a permis l'acquisition d'une vingtaine d'appareils pour le centre mère-enfant.

## Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées

### Faits saillants

#### Mécanisme d'accès à l'hébergement

La mise en place d'un mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) au plan territorial et régional a été déployée. Les travaux ont permis la mise en place dans chaque territoire de la région d'un mécanisme et des listes d'attente inter directions pour les ressources de type familial (RTF), les ressources intermédiaires (RI) et l'hébergement en CHSLD.

Il prévoit aussi l'instance décisionnelle lorsque les besoins complexes d'un usager ne peuvent être répondus dans le cadre habituel de l'offre de services résidentiels du CISSS de la Côte-Nord.

#### Qualité de vie en CHSLD

Le CISSS met tout en œuvre pour répondre aux besoins des personnes présentant une perte d'autonomie importante et nécessitant des soins et de l'assistance en continu. L'objectif premier demeure d'offrir à la personne hébergée les soins requis en fonction de ses besoins, de sa volonté et de ses préférences, de celles de ses proches, tout en respectant sa dignité, son intégrité et sa sécurité.

Des comités « milieux de vie » et d'organisation du travail sont à pied d'œuvre pour assurer la mise en place des composantes permettant d'assurer un milieu de vie de grande qualité, ciblant l'activité repas, l'offre de soins d'hygiène adaptés aux besoins des résidents, les heures de lever et coucher, l'animation du milieu, et ce, en considérant l'histoire de vie des personnes hébergées.

La deuxième phase du déploiement OPUS-AP (Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – antipsychotiques) aura lieu dans les unités des CHSLD suivants : Les Bergeronnes, N.-A.-Labrie (Baie-Comeau), Boisvert (Baie-Comeau), Port-Cartier et Sept-Îles. Les données du projet seront recueillies de mars à décembre 2019. Les sommes allouées sur la Côte-Nord pour la phase 2 s'élèvent à 21 825 \$, principalement utilisées à la formation du personnel et des pharmaciens.

Offre alimentaire en CHSLD : L'implantation de nouveaux menus est en cours afin de mieux répondre aux besoins nutritionnels des usagers.

Les travaux visant à la mise en place du plan d'action des soins buccodentaires ont débuté janvier 2019 dans le cadre de la mise en œuvre du Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD. Ce programme vise à assurer des soins buccodentaires préventifs et curatifs à notre clientèle.

**Tableau 15 - Admissions en hébergement de longue durée**

2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
172	133	176	140	136	111	127	124



**Tableau 16 - Personnes hébergées au 31 mars 2019**

Type de ressource	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
CHSLD	406	405	413	394	401	386	395	397
Ressource non institutionnelle (RI-RTF)	211	200	198	210	215	217	217	202
Formule novatrice d'hébergement	6	6	6	6	6	6	5	3
<b>TOTAL</b>	<b>623</b>	<b>611</b>	<b>617</b>	<b>610</b>	<b>622</b>	<b>609</b>	<b>617</b>	<b>602</b>

**Tableau 17 - Personnes en attente d'hébergement au 31 mars 2019**

Type de ressource	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
CHSLD	44	46	50	74	30	12	17	26
Ressource non institutionnelle (RI-RTF)	45	42	80	84	67	32	44	52
<b>TOTAL</b>	<b>89</b>	<b>88</b>	<b>130</b>	<b>158</b>	<b>97</b>	<b>44</b>	<b>61</b>	<b>78</b>

**Tableau 18 - Personnes en soins de courte durée en attente d'hébergement de longue durée au 31 mars 2019**

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
25	23	32	31	13	5	5	7

### **Services de soutien à domicile**

Une vigie quotidienne est toujours en place. Ces rencontres impliquent l'ensemble des directions afin de réduire les délais de séjour des usagers ayant un statut de niveau de soins alternatif (NSA). Des formations ont été offertes durant l'année en cours pour l'ensemble des intervenants.

Dans la poursuite des travaux de l'initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs visant le déploiement des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles, un colloque a été organisé à l'automne 2018 et plus de 44 infirmières, 48 intervenants professionnels, 32 partenaires externes et 44 médecins ont été formés. Une autre édition du colloque Alzheimer est prévue à l'automne 2019.

### **Maltraitance envers les personnes âgées**

Le CISSS a poursuivi l'implantation des mesures prévues dans le plan régional en matière de maltraitance envers les aînés, notamment par les actions suivantes :

- Plan d'action régional envers les personnes âgées;
- L'Alliance régionale en faveur de l'amélioration des conditions de vie des aînés de la Côte-Nord;
- Création d'un réseau d'intervenants-pivots disponibles pour favoriser le repérage, intervenir, accompagner et soutenir les équipes sur tout le territoire nord-côtier en matière de maltraitance;
- Formation et sensibilisation sur la maltraitance envers les personnes âgées, la population, le réseau de la santé et les partenaires du communautaire;
- Mise en place du comité de concertation régional des partenaires en maltraitance;
- Collaboration à la mise en place de la politique du CISSS afin de contrer la maltraitance envers les personnes âgées et adultes vulnérables;
- Collaboration afin de produire le nouvel outil national de repérage;
- Mise en place du processus d'interventions concertées afin de contrer la maltraitance.

## **Soins spirituels**

À la suite des séances de consultation, les besoins de la population ont été exprimés et une entente régionale de services a été conclue avec le diocèse tout en respectant les désirs et besoins exprimés des usagers et des familles. Une procédure concernant le service d'onction des malades est élaborée pour chaque territoire de la Côte-Nord.

## **Direction des programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux**

La Direction des programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux déploie son offre de service selon quatre plans d'action : le plan d'action en santé mentale 2015-2020, l'offre de service en dépendance 2018-2028, l'offre de service des services sociaux généraux - activités cliniques et d'aide et le plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020.

En 2018-2019, la direction a poursuivi ses travaux en lien avec la transformation dont le but est de réorganiser certains services afin de mieux répondre à la population en matière d'accessibilité, de continuité et d'efficacité. Ce plan vise également à respecter les orientations du Ministère pour chacun des programmes-services.

### **Faits saillants**

- ↪ Réorganisation de la structure administrative afin d'assurer une gestion des services en continuum.
- ↪ Révision de l'offre de service de proximité (Accueil-Analyse-Orientation-Référence (AAOR) téléphonique, développement de l'offre de service pour la population de Schefferville).
- ↪ Déploiement du projet « Aire ouverte » pour les jeunes de 12 à 25 ans.
- ↪ Poursuite des travaux sur le continuum des services résidentiels en collaboration avec les autres directions cliniques (uniformisation des mécanismes d'accès à l'hébergement multiclientèle, développement de places RI en santé mentale, appartements supervisés pour la clientèle en santé mentale (NSA)).
- ↪ Homologation du suivi à intensité variable (SIV) partout sur le territoire.
- ↪ Accompagnement des équipes par le Centre national d'expertise en santé mentale dans les démarches vers dans le déploiement de programmes d'intervention pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP).
- ↪ Mise en place d'un programme interdisciplinaire pour le service de traitement des troubles liés à l'utilisation (TLU) d'opioïdes afin d'offrir le service à la population nord-côtière.
- ↪ Poursuite de la coordination des travaux du comité pour le déploiement du programme de traitement de la toxicomanie avec la Cour du Québec (PTTCQ).
- ↪ Déploiement du cadre de référence des travailleurs sociaux en groupe de médecine de famille (GMF).
- ↪ Déploiement des trajectoires de crises.



- ↪ Poursuite des travaux en lien avec l'élaboration d'un cadre de référence pour le suivi étroit auprès des personnes en danger grave de passage à l'acte suicidaire.
- ↪ Élaboration de la planification stratégique 2017-2022 de la Table nord-côtière de concertation sur les réalités masculines.
- ↪ Élaboration d'un portrait de l'itinérance sur la Côte-Nord et l'offre de service, ainsi que la rédaction d'une analyse diagnostique dans le but d'organiser les services.
- ↪ Début de création d'entente de services avec les communautés autochtones afin de favoriser l'accessibilité aux services.
- ↪ Développement de l'offre de service aux usagers ayant commis des agressions sexuelles.

## **Direction des programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique**

### **Faits saillants**

#### **Accès aux services**

En janvier 2018, nous avons débuté un nouveau projet d'optimisation ayant pour objectif de diminuer l'attente dans les services d'orthophonie de première ligne et dans les services spécialisés en déficience du langage. Les équipes ont été mobilisées lors de séances de travail afin de travailler sur l'amélioration des processus et ainsi diminuer le plus possible les tâches non cliniques qui prennent du temps alors que nous pourrions allouer ces précieuses minutes à nos usagers. Un ensemble de moyens sont présentement mis en place pour améliorer l'accès à ces services, en voici quelques exemples : ajout de temps d'agente administrative pour soutenir les équipes, mise en place de groupes de parents d'enfants de moins de 4 ans, utilisation d'un nouvel outil sommaire, revoir la façon de faire les discussions cliniques, impliquer davantage les parents, etc.

La période d'expérimentation des critères de priorité pour les services généraux et spécifiques en ergothérapie et en physiothérapie de première ligne a été complétée. Un bilan et une révision des outils ont été réalisés à l'automne 2018. Les outils étant revus, ils ont ensuite été distribués aux partenaires concernés.

Le plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité en déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA et DP) doit être déposé au MSSS le 31 mai 2019. Les travaux de cette année ont été concentrés autour de la mise en place du guichet d'accès unique et des liens qui doivent être établis avec l'AAOR (Accueil-Analyse-Orientation-Référence) et les autres guichets des différentes directions.

#### **Continuum de services**

Le comité stratégique en DI-TSA et DP qui regroupe des usagers, des organismes communautaires, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), des municipalités et des représentants de diverses directions du CISSS s'est réuni à deux

reprises. Après avoir adopté la version finale du continuum intégré de services en janvier 2018, les participants se sont assurés de sa diffusion auprès de différentes instances à l'intérieur du CISSS et aussi auprès de partenaires externes. Ils ont fait le suivi des travaux du sous-comité de travail qui portent sur la continuité et les transitions, plus particulièrement sur la transition de l'école vers la vie active d'adulte. Le sous-comité a débuté ses travaux en juin 2018 et les travaux sont en cours de réalisation. Un retour sera fait au comité stratégique en juin 2019. Aussi, les participants au comité stratégique ont pu s'approprier le nouveau guichet d'accès en DI-TSA et DP ainsi que le plan d'action à l'égard des personnes handicapées.

### **Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022**

Les grands objectifs de ce plan sont d'améliorer l'accès aux services spécialisés de réadaptation, améliorer l'accès à un intervenant-pivot, lorsque requis, éliminer les listes d'attente pour les allocations aux parents, augmenter le répit, le gardiennage, le dépannage, et finalement, augmenter le soutien en intégration scolaire, socioprofessionnelle et résidentielle. Dans le cadre de ce plan d'action, la Côte-Nord s'est vue octroyer une somme récurrente de 267 700 \$ avec laquelle nous avons procédé à l'embauche de travailleurs sociaux et d'éducateurs spécialisés. Une partie de la somme totale était prévue pour augmenter le répit aux familles. À cette fin, nous avons conclu une entente de service avec le groupe communautaire « Action Autisme et TED Haute-Côte-Nord Manicouagan » afin de bonifier l'offre de répit aux familles de la Haute-Côte-Nord. Aussi au 31 mars 2019, notre établissement vient de signer une entente avec ANCATED pour les clientèles de l'Est du territoire. Le projet devait commencer à se déployer au mois de mai 2019.

Finalement, nous avons collaboré avec l'équipe de la Direction du programme jeunesse afin de convenir d'une trajectoire de services pour nos jeunes usagers qui présentent un TSA.

### **Révision des horaires de travail**

La révision des horaires de travail est un chantier qui a débuté en mai 2017. La première phase a commencé à s'actualiser au début du mois de décembre 2017. Cette révision a pour objectif de développer une offre de service en dehors des horaires de travail standards qui sont du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30. Depuis la première semaine de décembre 2017, dans les secteurs de Baie-Comeau et de Sept-Îles, des ergothérapeutes, physiothérapeutes et travailleurs sociaux sont disponibles les samedis et dimanches pour traiter les dossiers des usagers pour lesquels une intervention nous permettrait, entre autres, d'éviter une hospitalisation ou de réduire la durée de leur séjour à l'hôpital. La couverture en travail social est déployée en collaboration avec la Direction du programme SAPA et tout se déroule bien. La couverture de services par les ergothérapeutes et les physiothérapeutes est en révision présentement.

### **Plan de développement de l'expertise en troubles du comportement et troubles graves du comportement**

En concordance avec les meilleures pratiques cliniques préconisées pour la clientèle présentant des troubles du comportement et des troubles graves du comportement, notre direction doit développer un plan de développement de l'expertise. La première étape, soit de faire le diagnostic de la situation actuelle, a été réalisée et des pistes d'amélioration ont été identifiées pour chacun des constats. Dans la prochaine année, les priorités seront énoncées dans le plan de développement qui sera ensuite diffusé et mis en œuvre.

### **Plan d'action accident vasculaire cérébral (AVC)**

En collaboration avec la Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire, notre direction est en déploiement des composantes qui touchent plus particulièrement la réadaptation et qui font partie du plan d'action AVC.



Un comité de travail est en place à ce sujet. Afin de nous rapprocher au mieux des meilleures pratiques cliniques, nous avons répertorié les outils utilisés afin de s'assurer qu'ils étaient tous recommandés par les experts. De plus, nous avons mesuré les écarts entre le continuum de service recommandé par le Ministère et nos pratiques actuelles. Ainsi, nous serons davantage en mesure d'améliorer la fluidité du continuum et d'être harmonisés d'un territoire à l'autre.

### **Plan d'action à l'égard des personnes handicapées**

Une nouvelle version du plan d'action a été déposée au conseil d'administration en janvier 2019. Le conseil d'administration a aussi adopté, par la même occasion, la « Politique d'intégration en emploi des personnes handicapées au sein du CISSS de la Côte-Nord ». Cette politique a pour objectif de faire de notre établissement un employeur de choix pour les personnes handicapées.

### **Nouveau financement en activités de jour et en hébergement**

Une somme de 74 400 \$ nous a été allouée par le MSSS pour le développement d'activités de jour, tandis qu'une somme de 160 000 \$ nous a été consentie pour le développement de places en hébergement. En février 2019, nous avons déposé les deux plans de déploiement. Pour ce qui est du développement des places en hébergement, étant donné que nous avons choisi de développer des places pour les jeunes de moins de 18 ans qui ont une DI, un TSA ou une DP, ce chantier sera mené de concert avec la Direction de la protection de la jeunesse puisque cette direction gère le continuum hébergement pour tous les usagers de moins de 18 ans, peu importe leur profil.

## **Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques**

*Les informations concernant la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (DRHCAJ) se retrouvent à la section 7 à la page 73.*

## **Direction des ressources financières et de la logistique**

*Plusieurs informations provenant de la Direction des ressources financières et de la logistique (DRFL) se trouvent à la section 8 à la page 77 ainsi qu'à la page 79 de la section 9.*

### **Faits saillants**

Le 12 novembre 2018, le conseil d'administration approuvait une modification à la structure organisationnelle visant le transfert du secteur de la logistique vers la Direction des services techniques et de l'hôtellerie. Cette réorganisation administrative s'est actualisée en avril 2019.

### **Paie et ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)**

Le Service de la paie et des RI-RTF a poursuivi les démarches entreprises l'an dernier afin d'arriver à des processus uniformes en vue du regroupement des systèmes de paie. En étroite collaboration avec la Direction des ressources

humaines, communications et affaires juridiques, les travaux de fusion des bases de données de paie et de ressources humaines ont été complétés en septembre 2018.

Les employés peuvent maintenant accéder à leur horaire et relevé de présence à distance.

### **Comptabilité**

Le Service de la comptabilité a poursuivi ses efforts d'uniformisation des processus pour obtenir une qualité d'information supérieure et aider à la prise de décisions des gestionnaires.

Avec le déploiement du coût par parcours de soins et de services prévu à l'automne 2019, le secteur s'est concentré à arrimer sa charte comptable avec la nouvelle charte comptable unique qui sera utilisée par l'ensemble des CISSS et CIUSSS du Québec. Cette codification harmonisée permettra une comparabilité dans la province et même au Canada.

### **Approvisionnements**

En 2018-2019, le MSSS a revu les potentiels d'achat regroupé à la hausse, ce qui a eu pour effet de diminuer notre taux de participation de 52,4 % à 44,2 % pour les mises à contrat du CISSS. La cible ministérielle de 60 % en 2020 est toujours envisageable et occupera les approvisionneurs pour l'année à venir.

En distribution, l'équipe de magasiniers au site de Manicouagan a amorcé le réaménagement du magasin afin de fonctionner par taux d'activité du produit. Afin de considérer le point de vue de l'employé dans la résolution d'enjeux opérationnels, une gestion par station visuelle a été implantée dans les secteurs des achats et de la distribution. Finalement, le CISSS a négocié 13 contrats de services pour une valeur de plus de 88 M\$.

### **Logistique**

En 2018, le secteur de la logistique a tenu des consultations sur le transport aérien en milieu isolé afin d'orienter les modes de transport pour les usagers électifs ainsi que ceux nécessitant une évacuation d'urgence.

Des ententes à long terme ont été conclues pour les évacuations d'urgence pour l'ensemble du territoire. Un projet d'entente pour le transport électif est en cours et devrait se finaliser en 2019-2020.

### **Transport des usagers**

La Politique régionale de transport des usagers (déplacements électifs), adoptée le 3 octobre 2018, permet aux résidents de la Côte-Nord d'obtenir des soins et des services qui ne sont pas offerts dans un établissement ou dans la région. Le déplacement des usagers inclut les déplacements entre les établissements, ceux pour les usagers de 65 ans et plus, les évacuations aériennes médicales (EVAQ), les transports électifs ainsi que les déplacements des bénéficiaires autochtones. Une subvention forfaitaire est versée au citoyen pour les coûts de transport à laquelle s'ajoute un montant forfaitaire pour les repas et l'hébergement dans certaines situations. Le volume et les coûts de déplacement sont présentés dans le tableau qui suit.



**Tableau 19 - Déplacement des usagers**

Déplacement des usagers	2017-2018		2018-2019	
	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)
Déplacement des usagers entre établissements	5 704	3 515 306	6 119	3 157 511
Déplacement des usagers âgés de 65 ans et plus	3 792	572 875	4 251	621 408
Déplacement des usagers par EVAQ	2 027	1 651 926	5 619	2 162 771
Déplacement des cas électifs	37 387	7 594 005	38 647	7 985 851
Déplacement des bénéficiaires autochtones	179	56 892	120	26 805
<b>TOTAL</b>	<b>49 089</b>	<b>13 391 004</b>	<b>54 756</b>	<b>13 954 346</b>

## Direction des services techniques et de l'hôtellerie

### Faits saillants

Au cours de l'année 2018-2019, la direction a entrepris plusieurs travaux pour améliorer l'expérience client dans les installations.

- ↪ Réfection des planchers de l'entrée principale et de l'urgence des Escoumins. La salle d'attente de l'urgence a été rénovée et l'ensemble du mobilier modernisé.
- ↪ Nouveaux espaces pour les prélèvements à l'Hôpital de Sept-Îles permettant d'assurer la confidentialité et la sécurité des usagers.
- ↪ L'aménagement des services d'hémodialyse et le démarrage des appareils à Baie-Comeau.
- ↪ La réfection de l'ensemble de la tuyauterie à l'installation de Blanc-Sablon.
- ↪ Les démarches pour la modernisation du CLSC de Port-Menier qui devraient débuter à l'été 2019.
- ↪ Les travaux en lien avec les plans et devis pour l'unité de retraitement des dispositifs médicaux et l'oncologie en Minganie.

Outre ces projets majeurs, les équipes ont aussi fait plusieurs travaux de maintien des actifs dans l'ensemble des installations.

L'année 2018-2019 fut marquée par la consolidation de plusieurs projets organisationnels entrepris depuis plusieurs années, tels que :

- Finalisation de l'offre alimentaire en CHSLD et ajustement de la production à la satisfaction de la clientèle;
- Planification triennale des équipements médicaux à la suite de la prise finale d'inventaire;
- Modernisation des équipements dans les dispensaires à l'est de Sept-Îles;
- Exercice et révision du code orange sur le territoire;
- Formation en sécurité civile et mesures d'urgence disponible aux employés dans l'intranet;
- Implantation de la valise de garde informatisée pour les mesures d'urgence.

Des événements particuliers ont aussi eu un impact sur nos services au cours de cette année :

- Un incendie à l'Hôpital Le Royer de Baie-Comeau a mobilisé l'ensemble des équipes techniques et de salubrité pour assurer les services;
- Une éclosion d'EPC a entraîné des heures supplémentaires pour les équipes d'hygiène et salubrité déjà en pénurie.

## Direction des ressources informationnelles

### Faits saillants

- ↪ Poursuite des travaux en lien avec l'implantation du dossier clinique informatisé (DCI) Cristal Net pour l'ensemble des installations du CISSS ainsi que ceux qui doivent être réalisés en amont, notamment la numérisation, l'index patient organisationnel et l'agent d'intégration.
- ↪ Poursuite de l'intégration des systèmes de pharmacie des installations à celui de Manicouagan.
- ↪ Poursuite des travaux en lien avec l'implantation du système gérant les matières dangereuses (SIMDUT).
- ↪ Poursuite des travaux en lien avec l'implantation du dossier médical électronique (DMÉ) et de Rendez-vous santé Québec (RVSQ) aux installations de la Haute-Côte-Nord et de Fermont.
- ↪ Participation aux travaux de mise en œuvre du système d'information de laboratoire (SIL transitoire) dans le cadre du projet OPTILAB en collaboration avec l'établissement serveur, soit le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean.
- ↪ Poursuite de l'implantation d'une nouvelle infrastructure de téléphonie régionale permettant le remplacement des équipements désuets et permettant la collaboration et la fluidité des communications entre les installations.
- ↪ Finalisation des travaux en lien avec le déploiement d'un environnement numérique d'apprentissage partagé à l'échelle provinciale.
- ↪ Déploiement des équipements et des outils de cheminement clinique informatisés (OCCI) pour soutenir les intervenants en soutien à domicile.
- ↪ Finalisation des travaux de fusion des systèmes de dictée de Manicouagan et de Sept-Îles vers un système unifié et rehaussé.
- ↪ Travaux en lien avec la mise en place d'un Internet local d'établissement sécurisé.
- ↪ Continuer le déploiement du dossier médical électronique (DME) dans les CLSC et UMF/GMF-U des installations du CISSS de la Côte-Nord.
- ↪ Débuter les travaux technologiques pour la mise en place d'un corridor de service en radio-oncologie entre le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean et le CISSS de la Côte-Nord.
- ↪ Débuter la migration des postes de travail vers l'environnement Windows 10.
- ↪ Déploiement d'une première phase du programme de formation de sensibilisation à la sécurité de l'information.



## Services préhospitaliers d'urgence

Le CISSS est responsable de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence (SPU) pour la région Côte-Nord. Ce mandat implique, notamment, l'attribution de permis et la signature de contrats de services avec les entreprises ambulancières, la coordination de la formation continue et le maintien des compétences des techniciens ambulanciers-paramédics (TAP) et des premiers répondants (PR). Le CISSS doit également s'assurer de la qualité des services et maintenir des relations soutenues avec le Centre d'appel d'urgence des régions de l'Est du Québec (CAUREQ).

### Faits saillants

- ↳ Le budget des SPU représente environ 19,5 M\$ pour l'exercice en cours. En plus des dossiers réguliers, nous avons réalisé les activités suivantes :
  - Acquisition de 33 nouveaux moniteurs défibrillateurs semi-automatiques (MDSA) Série X de Zoll afin de renouveler le parc d'équipements pour l'ensemble de la Côte-Nord, d'une valeur d'environ 800 000 \$;
  - Démarrage d'une équipe de premiers répondants à Fermont;
  - Dispensation d'une formation sur l'utilisation de la naloxone à l'ensemble des paramédics de la région pour contrer les intoxications aux opioïdes.

### Nombre de transports ambulanciers

**Tableau 20 - Nombre de transports ambulanciers sur la Côte-Nord**

Entreprise ambulancière	2017-2018	2018-2019
Ambulance Sacré-Cœur inc. (Zone - Sacré-Cœur)	254	266
Ambulances Côte-Nord inc. (Zone - Les Escoumins, Forestville et Baie-Comeau)	4 475	4 490
Ambulance Manic inc. (Zone - Manic-5)	18	21
Ambulance Baie-Trinité inc. (Zone - Baie-Trinité)	115	107
Les services préhospitaliers Paraxion inc. (Zone - Port-Cartier, Sept-Îles et Minganie)	4 742	5 204
Corporation des services préhospitaliers d'urgence de la BCN (Zone - Blanc-Sablon)	387	345
Ville de Fermont (Zone - Fermont)	299	326
Services ambulanciers Porlier Ltée (Zone - Schefferville)	200	224
<b>TOTAL</b>	<b>10 490</b>	<b>10 983</b>





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

**Tableau 21 - Résultats des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019**

### Légende

- R = Attente réalisée à 100 %  
 NR = Attente non réalisée à 100 %  
 N/A = Non applicable

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
<b>SANTÉ PUBLIQUE</b>		
Implanter dans chaque établissement de santé et services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) (02.1)	<p>Chaque établissement doit mettre en place un CS-PCI et s'assurer qu'il remplisse son mandat :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• réviser annuellement les objectifs et les priorités en PCI et faire des recommandations aux instances visées;</li> <li>• suivre l'évolution de la situation épidémiologique au regard du risque infectieux;</li> <li>• suivre l'application des mesures en PCI;</li> <li>• suivre les données de surveillance sur les IN et les audits;</li> <li>• adopter le bilan annuel de PCI et assurer le suivi auprès du CA;</li> <li>• entériner le choix des indicateurs relatifs à l'évaluation du programme PCI;</li> <li>• assurer l'harmonisation et la standardisation des pratiques PCI;</li> <li>• recevoir et entériner les politiques et procédures en PCI et formuler les recommandations aux instances appropriées pour leur mise en œuvre;</li> <li>• déterminer les enjeux et les recommandations de PCI à acheminer au CODIR;</li> <li>• déterminer les enjeux de ressources matérielles et humaines qui nuisent à l'atteinte des objectifs du programme;</li> <li>• acheminer les recommandations nécessaires au CODIR (comité de direction).</li> </ul> <p>Chaque établissement doit s'assurer que le CS-PCI est rattaché au PDG ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le PDG.          Le CS-PCI doit tenir au moins quatre rencontres par année.</p>	NR
Raisons de la non-réalisation de l'attente	Comité créé en octobre 2018, donc, première rencontre le 11 octobre 2018. Ensuite, la deuxième rencontre a eu lieu en mars 2019. L'absence de microbiologiste-infectiologue et d'une conseillère cadre dédiée à la PCI a retardé la création de ce comité. Comme les quatre rencontres n'ont pas pu être réalisées, nous ne pouvons indiquer réalisé à 100 %.	
Mesures entreprises pour assurer la réalisation	Les rencontres seront déjà planifiées pour permettre d'avoir les quatre rencontres prévues au calendrier.	
Date prévue de la réalisation	Mars 2020	
Commentaires	Une conseillère cadre en prévention et contrôle des infections a été nommée en janvier 2019. Cet ajout sera un atout majeur pour l'avancement des projets.	
Présenter un bilan des activités réalisées en matière de lutte contre le tabagisme, de promotion de la saine alimentation et du mode de vie physiquement actif chez les jeunes (02.2)	Un bilan faisant état des activités réalisées dans les milieux de vie est demandé (type et description des activités, objectifs, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre) à l'égard de la lutte contre le tabagisme, la promotion de la saine alimentation et du mode de vie physiquement actif dans les déplacements et dans les loisirs chez les jeunes. Les activités déployées dans les différentes régions visent à contribuer à l'atteinte des cibles du Plan stratégique du MSSS : la réduction du nombre de fumeurs, l'augmentation de la consommation de fruits et légumes et l'augmentation du nombre de jeunes actifs durant leurs loisirs et leurs déplacements. Le bilan régional permet de témoigner de la nature des activités déployées, des objectifs, des principaux partenaires engagés. Il sera ainsi possible d'apprécier l'intensité et l'ampleur des activités déployées ainsi que les retombées observées.	R
<b>SERVICES SOCIAUX</b>		
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) (03.1)	Les établissements doivent compléter et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation (PTAAC).	R
Plan d'action TSA (2017-2022) (03.2)	Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	R

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir (03.3)	La Stratégie est un ensemble de moyens qui orientent les établissements ciblés en matière de santé et de services sociaux afin d'intensifier les soins et les services aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir et vise une contribution de tous les programmes-services. Plus précisément, l'implantation de la Stratégie permettra aux établissements : <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'assurer le repérage et l'évaluation des besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir;</li> <li>• de les accompagner au moyen d'une offre de service et d'une organisation de services définies, adaptées à leur réalité et inspirées des meilleures pratiques afin de prévenir le passage à la rue ou d'en favoriser la sortie;</li> <li>• de mobiliser et de dynamiser l'ensemble des programmes-services dans l'atteinte des objectifs poursuivis;</li> <li>• de mettre en place et de consolider des collaborations formelles entre les intervenants du réseau et entre les différentes régions et, lorsque requis, avec les partenaires du milieu communautaire.</li> </ul> L'attente spécifique consiste à élaborer un plan de travail pour l'implantation de la Stratégie et à mesurer son taux d'implantation par l'intermédiaire d'un formulaire GESTRED.	R
Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA (03.5)	Les établissements fusionnés, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements fusionnés 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.	R
<b>Commentaires</b>	Aucune transmission n'était requise au MSSS concernant le fichier Excel pour l'état des résultats. Les durées moyennes de séjour en statut NSA colligées dans le système RQUSCH sont utilisées à partir de la P6. (Bulletin EGI du 25 septembre 2019) L'état de mise en œuvre prévu pour la P13 a été annulé étant donné que le MSSS a reçu en mars 2019, des données quantitatives et qualitatives portant sur l'implantation des bonnes pratiques au sein de tous les établissements. (Bulletin EGI du 2 avril 2019)	
Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD (03.7)	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.	R
<b>SERVICES DE PROXIMITÉ, URGENCES ET PRÉHOSPITALIER</b>		
État d'avancement du Plan d'action triennal 2016-2019 - Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs (04.1)	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 CIUSSS et des CISSS devra être produit.	R
État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018 - Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC (04.2)	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.	
<b>Commentaires</b>	Le bilan de fin d'année de l'attente 04.2 sera réalisé au plus tard le lundi 15 juillet 2019 tel que spécifié dans le bulletin de suivi des EGI du 22 mai 2019.	
Mise en place d'un comité tactique téléassisté en établissement (04.3)	Compléter le gabarit produit par le MSSS indiquant l'existence du comité, les membres et le nombre de rencontres tenues au cours de l'année. Les établissements peuvent se référer au document décrivant le mandat et une proposition de composition de ce comité ( <a href="http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/Gouvernance.aspx">http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/Gouvernance.aspx</a> ) et également préciser dans le cadre de référence sur la gouvernance, la gestion de projets et des services utilisant la téléassisté à la même adresse.	NR
<b>Raisons de la non-réalisation de l'attente</b>	Arrivée en fonction du nouveau directeur des services professionnels et du directeur adjoint à la Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire en 2018. Gabarit complété transmis à MSSS - Ententes de gestion et au MSSS - Téléassisté le 26 avril 2019.	
<b>Mesures entreprises pour assurer la réalisation</b>	Première rencontre prévue en juin 2019.	
<b>Date prévue de la réalisation</b>	Automne 2019	
<b>Commentaires</b>		
<b>SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET DE PSYCHIATRIE LÉGALE</b>		
Poursuivre le déploiement des effectifs en santé mentale dans les équipes de soutien dans la communauté (05.1)	Chaque établissement qui a reçu du financement doit fournir pour chaque type de services de soutien identifié dans la communauté, les informations requises sur les postes équivalents à temps complet créés, comblés et vacants, le nombre de places supplémentaires disponibles, le nombre d'usagers supplémentaires desservis, le coût moyen par poste créé, de même que le total de la dépense engagée.	R



Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
<b>FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET</b>		
Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés (07.1)	Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour ce bâtiment. Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du PCFI et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.	R
<b>Commentaires</b>	Transmis au MSSS à 99 %.	
<b>COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE</b>		
Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux (08.2)	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en assurant des liens 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. Ensuite, l'établissement doit mettre en place ou maintenir un comité formé de représentants de toutes les directions et programmes pour les travaux de gestion des risques en sécurité civile. L'établissement doit également déterminer, en fonction de son appréciation et de ses préoccupations, la portée retenue pour circonscrire le processus de la gestion des risques. Finalement, l'établissement doit compléter la phase d'appréciation des risques du processus, selon la portée retenue.	NR
<b>Raisons de la non-réalisation de l'attente</b>	Le nouveau directeur des services techniques, de l'hôtellerie et de la logistique et le nouveau directeur adjoint ont complété 60 % des formations et des lectures prescrites. Nous avons élaboré un plan de la Côte-Nord intégrant 196 installations où nous avons une responsabilité complète ou partielle et notre ressource en sécurité civile va amorcer cet été une analyse de tous les aléas/risques pour chacune des 196 installations sur 1300 km.	
<b>Mesures entreprises pour assurer la réalisation</b>	Les plans d'action sont faits et en cours de réalisation.	
<b>Date prévue de la réalisation</b>	Décembre 2019	
<b>Commentaires</b>		
Plan de maintien des services ou activités critiques – Santé et Services sociaux (08.3)	Pour accroître sa résilience en matière de sécurité civile, l'établissement doit amorcer l'élaboration d'un plan de maintien des services ou activités critiques. À cet effet, pour 2018-2019, l'établissement doit procéder à l'identification de ces services et de ces activités jugés critiques.	NR
<b>Raisons de la non-réalisation de l'attente</b>	Même raison que pour l'attente spécifique 08.2.	
<b>Mesures entreprises pour assurer la réalisation</b>	Les plans d'action sont faits et en cours de réalisation.	
<b>Date prévue de la réalisation</b>	Juin 2020	
<b>Commentaires</b>		
<b>PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ</b>		
Mise en œuvre d'un Plan d'action en santé et bien-être des hommes par les établissements (09.1)	Le plan d'action de l'établissement doit être rédigé et doit respecter les directives se trouvant dans le document « Lignes directrices - Plan d'action SBEH des établissements de santé et de services sociaux ». Lors de la transmission du plan d'action au MSSS, l'établissement doit transmettre la fiche de reddition qui démontre que les actions en place permettent de répondre aux principaux objectifs identifiés dans le document des lignes directrices.	R
<b>TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION</b>		
Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et en services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits (10.1)	Comme stipulé au cadre normatif, à la section 1.3 Encadrement législatif ou clinico-administratif, l'établissement doit s'assurer que : « la qualité d'une ressource est basée sur la pertinence de sa présence dans l'application, la validité de la ressource et de ses composantes. L'attente exige un pourcentage de mise à jour de 95 % ou plus. » La méthode de calcul définie est le « Nombre de ressources mises à jour à la fin de la période » selon le calendrier établi au cadre normatif sur le « Nombre de ressources totales à la fin de la période ». Si la proportion est en deçà de l'objectif prévu, cela indique à l'établissement qu'il lui faut s'assurer d'avoir les ressources humaines suffisantes pour effectuer cette tâche. Les données de l'application sont mises à jour en temps réel et les extractions servant aux rapports sont une représentation à un jour et une heure fixes.	R
<b>Commentaires</b>	Atteinte de l'objectif pour les périodes disponibles.	

**Tableau 22 - Résultats des engagements annuels de l'entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019**

**Légende**

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>Santé publique</b>				
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	66,7	84	78,8	84
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	90,7	91,6	90,8	93
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais	78,2	90	77,4	90
<u>Plan stratégique</u>				
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	595	536	706	595
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	71	75	77,2	75

**Commentaires**

**1.01.13.01-EG2**

Le résultat de 78,8 % représente une augmentation comparativement à celui de l'année précédente. Actuellement, toutes les commissions scolaires de la Côte-Nord sont engagées dans un processus de mise en œuvre de l'Approche École en santé pour la planification conjointe et la mise en œuvre d'actions efficaces de promotion de la santé et de prévention.

De nombreuses actions ont permis de soutenir et d'accompagner les milieux. Parmi celles-ci, notons les rencontres régionales École en santé destinées au réseau de la santé et des services sociaux, de l'éducation et du milieu communautaire. Également, des rencontres de partenariat par secteur permettent de travailler avec les commissions scolaires et les écoles sur une offre de service intégrée proposée au milieu scolaire.

**1.01.27-EG2, 1.01.28-EG2 et 1.01.30-EG2**

La situation des retards dans la prise de rendez-vous prive les enfants d'une protection efficace à un âge où les risques de complications sont les plus importants. Il est donc essentiel que le rendez-vous soit donné dans les deux semaines suivant l'âge prévu au calendrier vaccinal. Afin d'assurer la protection adéquate d'une population vulnérable, des indicateurs de gestion ont été développés et sont suivis depuis quelques années. Rappelons qu'il s'agit d'un résultat de performance de services rendus dans les délais prescrits dans une installation et non d'un résultat de couverture vaccinale. Ces deux mesures ne peuvent être comparées.

Les résultats inférieurs à ceux attendus peuvent s'expliquer par le fait que le calendrier vaccinal prévoit l'administration simultanée de plus d'une injection lors des visites prévues faisant en sorte que certains parents refusent la vaccination ou préfèrent reporter une injection. Le phénomène de l'hésitation à la vaccination est de plus en plus présent. Parfois, certains rendez-vous doivent être retardés à la demande des parents ou encore, sont oubliés par ces derniers. Des difficultés sont également observées concernant la vaccination dans les petites municipalités où le service n'est pas offert à toutes les semaines ou lorsque les parents doivent parcourir plus de 50 km de route pour faire vacciner leur enfant. De plus, le respect des calendriers de vaccination peut parfois être plus complexe dans certaines installations, incluant les CLSC desservant une petite population alors qu'une seule infirmière est disponible pour accomplir plusieurs tâches (ex. : périnatalité, santé scolaire, soins à domicile, soins courants, etc.) rendant le service vulnérable lors d'absences. Le retard dans la vaccination d'un seul enfant dans ces localités entraîne une grande variation des taux. Des enjeux quant aux délais ou aux omissions de saisie des actes de vaccination dans le SI-PMI peuvent influencer les taux à la baisse, car il s'agit de la source de données utilisées pour le calcul des indicateurs.

Le Plan d'action régional de santé publique 2016-2020 prévoit des activités afin que 95 % des enfants de 0-6 ans reçoivent toutes les doses prévues dans les délais prescrits. Un projet d'évaluation des couvertures vaccinales et de la documentation des retards vaccinaux chez les enfants âgés de 0 à 2 ans et les élèves de la 4e année du primaire sont en cours d'élaboration dans la région. L'issue de ce projet permettra, entre autres, d'implanter les meilleures stratégies en vue d'augmenter les couvertures vaccinales et de diminuer les écarts menant à des retards vaccinaux.

**1.01.29-PS**

Plusieurs actions ont été entreprises depuis 2016 afin d'atteindre l'engagement convenu, notamment par la formation des infirmières en santé publique afin d'offrir un dépistage des ITSS aux jeunes et d'améliorer l'accès au service. Le déploiement de la prescription infirmière relative au traitement de la chlamydie et de la gonorrhée a pu également contribuer à augmenter le nombre d'activités de dépistage auprès des jeunes. Il est important de préciser que des services de dépistage des ITSS sont principalement offerts par des médecins dans les plus petits points de service de la région de sorte que ces données ne sont pas inscrites dans I-CLSC.



Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales</b>				
<u>Plan stratégique</u> 1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	100
<u>Plan stratégique</u> 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 (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	100
<u>Plan stratégique</u> 1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	0	100	100	100
<u>Plan stratégique</u> 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	51	75	86,8	80
<b>Commentaires</b>				
<p><b>1.01.19.01-PS</b> Les deux installations du CISSS visées par cette surveillance obligatoire ont obtenu un taux d'incidence nettement inférieur aux taux établis (4,4 pour l'Hôpital Le Royer et 5,6 pour l'Hôpital de Sept-Îles). Aucune éclosion n'a été signalée par les deux installations.</p> <p><b>1.01.19.02-PS</b> Deux installations du CISSS sont visées par cette surveillance obligatoire. Aucune bactériémie à SARM n'a été rapportée par les deux installations en 2018-2019.</p> <p><b>1.01.19.04-PS</b> Seul l'Hôpital de Sept-Îles est visé par cette surveillance obligatoire pour l'année 2018-2019. Aucune bactériémie associée aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse n'a été rapportée, contrairement à deux bactériémies l'an passé.</p> <p><b>1.01.26-PS</b> L'engagement convenu avec le Ministère pour l'année financière 2018-2019 a été établi à 75 % pour la conformité au lavage des mains. L'engagement a été atteint avec un résultat de 86,8 %. Pour nous permettre d'atteindre ce taux, plusieurs interventions ont été réalisées en collaboration avec la Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique (DSMQEPE) telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation de la fréquence des audits dans le CISSS selon l'épidémiologie locale;</li> <li>- Rétroaction rapide avec le personnel chaque 1 à 2 semaines;</li> <li>- Rencontre des équipes régulièrement pour effectuer du renforcement positif;</li> <li>- Rencontre du personnel ne respectant pas l'hygiène des mains;</li> <li>- Activités d'hygiène des mains réalisées dans les différentes installations telles que chambre des erreurs, mot caché, « glow lite », etc.</li> </ul> <p>Nous avons cependant observé que l'hygiène des mains n'est pas encore acquise pour tous, car les taux varient beaucoup selon les observations. Donc, pour la prochaine année financière, il faudra redoubler d'efforts et poursuivre les différentes interventions afin de maintenir le taux atteint.</p>				
<b>Services généraux - Activités cliniques et d'aide</b>				
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	94,87	95	94,87	93
<b>Commentaires</b>				
<p><b>1.02.04-EG2</b> Après entente avec le MSSS, nous avons revu à la baisse notre cible à 93 % des appels répondus sous le seuil des quatre (4) minutes. L'ajustement de l'engagement nous permettra une certaine marge de manœuvre, étant donné le fait que l'intervenant est seul sur son quart de travail et le déploiement du service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) régional prévu cet automne.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>Soutien à domicile de longue durée</b>				
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	286 424	293 560	335 155	ND
<u>Plan stratégique</u> 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	2 117	2 500	2 344	ND
<u>Plan stratégique</u> 1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	61,1	90	55,2	90
1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service de 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		215 000		Cet engagement a été retiré par le MSSS.
1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14		1 300		Cet engagement a été retiré par le MSSS.
<b>Commentaires</b>				
<p><b>1.03.05.01-EG2</b> Objectif atteint et même en dépassement. Le résultat est en partie occasionné par tous les efforts fournis régionalement, entres autres, par l'entrée de données des heures de services des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EESAD) et augmentation de l'utilisation du Programme d'allocation directe – chèque emploi-service (CES).</p> <p><b>1.03-11-PS</b> Objectif non atteint. Le repérage systématique dans les ressources sera accentué grâce à l'ajout de ressources en soutien à domicile (SAD).</p> <p><b>1.03.12-PS</b> Objectif non atteint. La pénurie de personnel et les difficultés d'adaptation et d'appropriation des nouvelles pratiques générées par le déploiement des outils de cheminement clinique informatisés (OCCI) contribuent au maintien d'un faible taux de réalisation. Pour l'année 2019-2020, le comité de performance clinique SAD coordonnera la mise en place des comités d'admission de service en SAD. Des directives et des mesures de soutien seront aussi élaborées afin de soutenir les équipes vers l'atteinte de l'objectif.</p>				
<b>Soutien à l'autonomie des personnes âgées</b>				
<u>Plan stratégique</u> 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	25	75	50	75
<u>Plan stratégique</u> 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	25	25	25	50
<u>Plan stratégique</u> 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	0	66,7	33,33	66,7
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	76,4	85	62,1	85
<b>Commentaires</b>				
<p><b>Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes de l'approche adaptée à la personne âgée</b> Comme nous vivons beaucoup de mouvements dans le réseau, les deux personnes responsables de l'approche au niveau régional ont accédé à de nouvelles fonctions durant la dernière année. Nous avons créé une nouvelle équipe au niveau régional afin d'assurer la poursuite de la mise en place du programme, soit une gestionnaire et une conseillère clinique. Un plan d'action sera présenté au comité de direction ainsi qu'à tous les gestionnaires concernés. Les efforts seront mis afin de finaliser l'implantation au cours de la prochaine année.</p>				



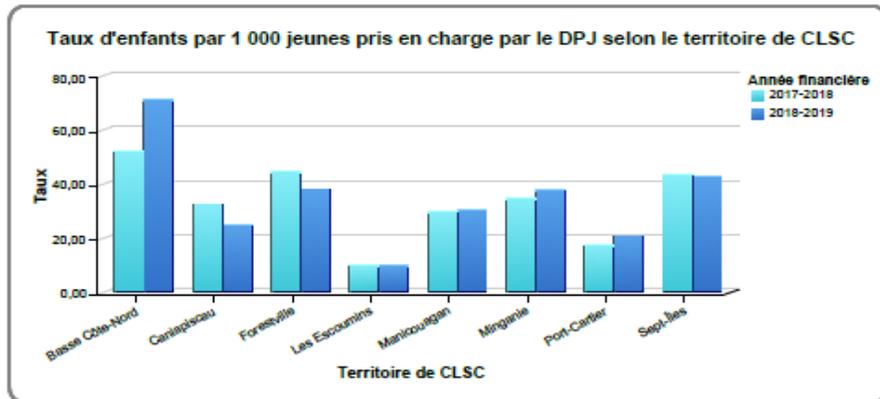
Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>Commentaires (suite)</b>				
<p><b>1.03.07.01-PS</b> Composante 1 : Nous avons atteint 100 % dans toutes nos installations.</p> <p>Composante 2 : Nous avons de très bons résultats pour quatre de nos installations. Comme nous avons de petites installations, il est plus difficile par moment de mettre en place certains éléments. Nous observons tout de même une amélioration sur l'ensemble du territoire.</p> <p>Composante 6 : La réalité de notre territoire a grandement changé dans la dernière année en lien avec la pénurie de main-d'œuvre. Nous avons mis en place une équipe régionale de « coaches », nous avons dédié un coach par petite installation et deux pour les plus gros centres. Cette mesure nous permet davantage de mettre en place les outils cliniques et de faire la formation du personnel sur les unités.</p>				
<p><b>1.03.07.02-PS</b> Composante 3 : Nous sommes satisfaits des résultats même si nous n'avons pas atteint nos cibles, car avec le manque de personnel, nous avons tout de même fait des avancées pour les modules de formation. Nous avons inclus dans notre plan d'action des balises pour nous assurer que nos employés atteignent les objectifs fixés.</p> <p>Composante 4 : Les mesures de transfert d'information sont mises en place dans la majorité de nos installations.</p> <p>Composante 5 : Tout avait été mis en place afin d'atteindre les cibles pour cette composante. Au niveau des algorithmes, ils sont disponibles dans chacune de nos installations. Nous avions prévu le déploiement de la grille AÎNÉE en novembre dernier pour l'ensemble de la Côte-Nord. Vu le grand nombre de main-d'œuvre indépendante et le manque de personnel, il a été difficile pour certains de procéder à cette implantation.</p>				
<p><b>1.03.10-PS</b> Objectif non atteint. Par contre, avec le début de l'implantation de la gestion de cas, une augmentation significative est déjà observée. Une entente tripartite est en cours d'élaboration entre notre établissement, le CIUSSS de la Capitale-Nationale et le CHU de Québec pour des services de télésanté pour la gériatrie. Les trois composantes à améliorer sont : mécanismes de coordination, plan d'intervention et plan de service individualisé (PI-PSI) et gestion de cas.</p>				
<p><b>1.03.13-EG2</b> Objectif non atteint. Pour la région Côte-Nord, nous avons 11 CHSLD répartis dans 6 territoires. Certains d'entre eux ne possèdent pas de ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) ce qui amène des admissions en CHSLD avec des profils ISO-SMAF de moins de 10. De plus, des admissions transitoires sont effectuées dans un contexte de réduction de la durée moyenne de séjour (DMS) pour les usagers ayant un statut de niveau de soins alternatif (NSA) des milieux de courte durée. Les profils sont aussi moins de 10. Pour la Basse-Côte-Nord, en raison des particularités territoriales, une dérogation est active depuis plusieurs années et permet d'admettre des usagers de tous les profils dans ce milieu en CHSLD.</p>				
<b>Déficiences</b>				
<b>Plan stratégique</b>				
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	135,86	67	91,13	67
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	77,6	90	77,1	90
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	80,5	90	79,1	90
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	67,5	90	54	90
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en 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	72,4	90	87,2	90

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<u>Plan stratégique</u> 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	87,5	87,5	75	87,5
<b>Commentaires</b>				
<p><b>1.05.15-PS</b>            L'engagement n'est pas atteint. En ce qui concerne cet indicateur, la mise en place de groupes de parents, le suivi serré des délais d'accès et la mise en place de plusieurs rencontres afin de rappeler les règles du plan d'accès ont permis d'améliorer nos résultats (135,86 l'an dernier à 91,13 pour cette année). En raison des petits volumes, il est difficile d'atteindre le délai moyen de 67 jours mais on s'en approche de plus en plus. Nous poursuivons les mesures mises en place l'an dernier, soit : la poursuite de l'intervention de groupe, le suivi serré des délais d'accès et le rappel fréquent des règles du plan d'accès puisque ces actions nous ont permis d'améliorer nos résultats pour cette année.</p> <p><b>1.45.04.01-EG2</b>            L'engagement n'est pas atteint. Des tableaux de bord afin de faciliter le suivi des listes d'attente ont été élaborés dans la dernière année. Par contre, nous avons connu une hausse importante de demandes de services, soit 47 % en psychosocial (DP) et 26 % en ergo/physio (DP), par rapport à l'an dernier. Le suivi des listes d'attente se fait plus facilement, mais l'augmentation considérable de demandes de services est un enjeu majeur que nous sommes en train d'adresser.</p> <p><b>1.45.04.05-EG2</b>            L'engagement n'est pas atteint, c'est en déficience du langage où nous avons beaucoup de difficulté à atteindre nos cibles. Nous sommes toujours en projet d'optimisation afin d'améliorer l'accès aux services en langage en réorganisant le travail. Nous avons cru que le fruit des résultats de ce projet allait être plus tangible pour l'année 2018-2019, par contre nous avons connu une hausse de demandes de services dans ce programme de 37 % comparativement à l'an dernier et des départs de titulaires dans ce programme. Nous avons quand même mis en place certaines solutions pour améliorer l'accès à ces services, en voici quelques exemples : ajout de temps d'agente administrative pour soutenir les équipes, mise en place de groupes de parents d'enfants de moins de 4 ans, utilisation d'un nouvel outil sommaire, revoir la façon de faire les discussions cliniques, impliquer davantage les parents, recrutement intensif pour engager des orthophonistes, etc.</p> <p><b>1.45.05.01-EG2</b>            L'engagement n'est pas atteint. Des tableaux de bord afin de faciliter le suivi des listes d'attente a été élaboré dans la dernière année. Par contre, nous avons connu une hausse importante de demandes de services de 68 % en psychosocial (DI-TSA) par rapport à l'an dernier. Le suivi des listes d'attente se fait plus facilement, mais l'augmentation considérable de demandes de services est un enjeu majeur que nous sommes en train d'adresser.</p> <p><b>1.45.05.05-EG2</b>            L'engagement est presque atteint, les rencontres pour le rappel des règles du plan d'accès, le suivi accru de la part de la gestionnaire d'accès et la mise en place de l'intervention de groupe sont des mesures qui ont été mises en place et qui ont commencé à porter fruit. Nous allons poursuivre ces moyens dans la prochaine année afin d'améliorer nos résultats. Aussi, il faut préciser qu'avec nos petits volumes, en DI surtout, un seul usager pour qui le délai n'est pas respecté peut nous faire basculer en bas de 90 %.</p> <p><b>1.46-PS</b>            L'engagement n'est pas atteint, mais avec le nouveau financement en activités de jour (financement de 74 400 \$), nous croyons que le développement de ce projet aura un impact significatif sur les chiffres de 2019-2020.</p>				
<b>Jeunes en difficulté</b>				
<u>Plan stratégique</u> 1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	35,23	30,15	37,30	ND
<b>Commentaires</b>				
<p><b>1.06.17-PS</b>            Il y a une augmentation des enfants suivis en protection de la jeunesse pour des motifs de négligence ou en risque de négligence dans la région. Plusieurs facteurs peuvent être attribuables à cette augmentation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La Côte-Nord, pour tout motif de problématique confondu, présente un taux de prise en charge de 57,59 en 2017-2018, et il était de 54,21 en 2016-2017. Il y a donc une augmentation globale des enfants suivis en protection de la jeunesse.</li> <li>- La région de la Minganie est touchée par une conjoncture socioéconomique précaire depuis quelques années (fin du projet hydro-électrique de La Romaine, industrie minière en baisse de production, etc.). Les différents réseaux sont en ajustement dans leur offre de service afin de répondre à de nouveaux besoins (ex. : offre alimentaire de dernier secours inexistant). Une augmentation de prises en charge est notée dans ce secteur. De plus, une hausse importante est notée dans le secteur de la Basse-Côte-Nord (voir graphique ci-joint).</li> </ul>				



Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------

**Commentaires (suite)**



- Les services de proximité dans les différents secteurs (JED, santé mentale adultes et jeunesse, etc.), tant dans le réseau du CISSS que ceux des communautés autochtones, présentent des listes d'attente.

Les mesures mises en place sont :

- Implantation à 95 % du programme en négligence sur l'ensemble du territoire.
- Intensification de la concertation entre la santé publique et le programme jeunesse.
- Mise en place d'une table régionale de concertation sectorielle et intersectorielle (Table Santé Qualité de vie de la Côte-Nord).
- Coordination avec les acteurs des communautés autochtones de la région.
- Implantation des services « Aire ouverte ».
- Tournée auprès des commissions scolaires et des directions des centres de la petite enfance sur l'importance de la prévention et le soutien précoce aux parents et aux enfants, tournée qui a été complétée en janvier 2019.

**Dépendances**

1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	89,8	92,9	89,8	92,9
<u>Plan stratégique</u> 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	70,6	80	77,8	90

**Commentaires**

**1.07.04-EG2**

L'engagement n'est pas atteint. Nous avons une pénurie de personnel qui est venue influencer la rapidité avec laquelle nous pouvions procéder à l'évaluation spécialisée, et ce, malgré que nous ayons eu la collaboration d'intervenants en dépendance d'autres installations tout en assurant le suivi de leur charge de cas. Nous avons recours à d'autres titres d'emploi tels que des éducateurs pour procéder à l'évaluation.

**1.07.06-PS**

Nous étions dans l'attente de la refonte des outils de formation qui devait être faite, mais qui n'est pas arrivée. De plus, la seule personne formée pour donner la formation a été priorisée dans les services directs à la clientèle étant donné la pénurie de personnel. Nous n'avons pas atteint notre engagement de 80 %, mais nous nous en approchons. La Direction des programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux a pris la décision de desservir la première ligne, nous avons donc maintenant des intervenants dédiés qui sont les mêmes que pour la deuxième ligne. Pour la prochaine année, nous allons offrir la formation même si les correctifs n'ont pas été apportés et une politique sera adoptée cet automne. Des personnes seront également formées pour le programme de première ligne en dépendance Alcochoix.

**Santé mentale**

<u>Plan stratégique</u> 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	158,4	172,8	176,4	174
---	-------	-------	-------	-----

**Commentaires**

**1.08.13-PS**

Nous avons ajouté 0,3 équivalent temps complet (ETC) à Port-Carter et 0,7 ETC à Sept-Îles avec les sommes additionnelles pour le soutien d'intensité variable (SIV) et le programme d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP). Cela a permis d'ajouter 18 places pour un total de 176,4.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>Urgence</b>				
<u>Plan stratégique</u> 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	11,33	10	13,94	10
<u>Plan stratégique</u> 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	66,3	90	62,2	90
<u>Plan stratégique</u> 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	76,1	87	71	87
<b>Commentaires</b>				
<b>1.09.01-PS, 1.09.43-PS et 1.09.44-PS</b>				
La cible n'a pas été atteinte. Nous constatons une augmentation du nombre d'isolements et le peu de chambres privées. De plus, la présence d'usagers avec statut NSA dans les principaux hôpitaux ne favorise pas l'octroi de lits pour les usagers de l'urgence. Nous notons qu'il y a une grande partie de la population qui n'a pas accès à un médecin de famille et qui doit consulter à l'urgence pour une prise en charge médicale. Des discussions ont présentement lieu afin d'intensifier l'offre du soutien à domicile afin d'éviter la consultation à l'urgence et offrir certains soins à l'utilisateur dans son milieu de vie.				
Au cours des prochaines semaines, nous verrons à la révision du plan de désengorgement des urgences. Nous verrons aussi à poursuivre les discussions pour le plan de réorientation avec les différentes cliniques du territoire. Nous poursuivons les travaux pour une meilleure prise en charge psychosociale et pour la réadaptation afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle à tous les jours (7/7). De plus, nous verrons à poursuivre les travaux d'implantation de l'accueil clinique et nous croyons qu'il pourrait y avoir un effet positif sur la consultation sans transiter par le service d'urgence.				
<b>Soins palliatifs et de fin de vie</b>				
<u>Plan stratégique</u> 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	269	349	304	349
<u>Plan stratégique</u> 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	25	25	25	25
<u>Plan stratégique</u> 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	1,3	4	1,7	4
<b>Commentaires</b>				
<b>1.09.05-PS</b>				
Les demandes pour des soins palliatifs et de fin de vie sont priorisées par les services de soutien à domicile, et il n'y a aucune liste d'attente pour ce type de clientèle. Bien que nous ayons répondu à l'ensemble des demandes, nous sommes légèrement sous la cible de 349 usagers. Nous avons fourni les services requis en fonction des demandes qui ont connu une légère hausse par rapport à l'année précédente. Nous avons répondu à 34 demandes supplémentaires pour des soins palliatifs et de fin de vie à domicile.				
<b>1.09.46-PS</b>				
Pour les décès à domicile, nous considérons que l'important est d'offrir le choix au patient et d'assurer le niveau de service requis. L'intensité des soins est ajustée afin de pouvoir maintenir un usager qui le souhaite à domicile le plus longtemps possible. Différents facteurs peuvent influencer, dont le réseau de soutien/familial requis pour permettre de maintenir un usager en fin de vie à domicile. Celui-ci est parfois plus restreint dans notre région (famille à l'extérieur, éloignement géographique, etc.). Il existe d'autres ressources disponibles et connues sur le territoire, soit les deux maisons de soins palliatifs (L'Élyme des sables et La Vallée des Roseaux) où les usagers désirent vivre leur fin de vie. Aussi, il arrive que certains usagers en soins palliatifs et de fin de vie doivent être admis en milieu hospitalier ou en maison de soins palliatifs dans les dernières heures de vie à la suite d'une dégradation importante de leur état. Dans ce cas, même si l'intensité de soins et services a été augmentée selon les besoins pendant plusieurs jours/semaines pour répondre aux besoins, le décès n'est pas comptabilisé à domicile. Il arrive aussi que des usagers (et leurs proches) préfèrent que le décès n'ait pas lieu à domicile pour des raisons personnelles. Pour les décès à domicile, une très légère augmentation est constatée par rapport à l'an dernier, mais considérant que l'atteinte de cet objectif est multifactorielle, cela est positif.				
<b>Santé physique - Services de première ligne</b>				
<u>Plan stratégique</u> 1.09.25-PS Nombre total de GMF	5	5	5	5
<u>Plan stratégique</u> 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	79,55	85	76,82	85
<b>Commentaires</b>				
<b>1.09.25-PS</b>				
La cible est atteinte.				



Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>Commentaires (suite)</b>				
<b>1.09.27-PS</b>				
Plusieurs médecins ont quitté la région, ce qui entraîne une diminution de la possibilité d'inscription de nouvelle clientèle (certains secteurs sont plus touchés que d'autres par la pénurie en effectifs médicaux, mais au final cela a un impact sur la donnée régionale). Il faut aussi considérer la pratique médicale; la plupart des médecins du territoire ne travaillent pas uniquement en bureau ou en clinique, mais dans plusieurs secteurs (hospitalisation, urgence, CHSLD, etc.).				
<b>Chirurgie</b>				
<u>Plan stratégique</u> 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	4	0	8	0
<b>Commentaires</b>				
<b>1.09.32.00-PS</b>				
Les quelques cas qui demeurent en attente sont principalement dus à des interventions qui sont effectuées par des médecins qui proviennent de l'extérieur de la région et dont les visites sont très espacées dont l'urologie (trois des demandes en attente) et du départ de l'un des médecins (2 <sup>e</sup> offre à faire aux usagers). La conclusion et l'entrée en vigueur des ententes de services en urologie, devrait pallier cette problématique. Le résultat obtenu est comparable à l'année 2018-2019 où nous retrouvons quatre usagers en attente depuis plus d'un an. Le suivi des usagers en attente a été réalisé de façon périodique tout au long de l'année. Afin de respecter les délais, le suivi des usagers en attente depuis plus d'un an est fait de façon périodique et les usagers hors délais sont priorisés.				
<b>Santé physique - Cancérologie</b>				
<u>Plan stratégique</u> 1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	83,7	90	76,8	90
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	97	100	98,3	100
<b>Commentaires</b>				
<b>1.09.33.01-PS et 1.09.33.02-EG2</b>				
L'engagement 2018-2019 n'a pas été atteint. Ce résultat est tributaire au fait que la région n'a pas sur place des médecins spécialistes dans toutes les disciplines. L'offre de service pour certaines spécialités, notamment en urologie, repose sur des visites mensuelles. L'atteinte de la cible à l'intérieur du délai de 28 jours devient alors compromise. Le manque d'effectifs médicaux et le manque de ressources humaines au bloc opératoire, telles que le personnel infirmier, de même que les petits volumes de demandes en attente sont également des facteurs qui influencent l'atteinte de la cible. Par exemple, lorsqu'une chirurgie sur deux a été réalisée à l'intérieur de 28 jours pour une spécialité donnée, la cible est atteinte à 50 %. Globalement, cela a un impact défavorable sur le résultat final. Au cours de l'année, des ententes de services ont été conclues dans le but d'augmenter l'offre de service dans certaines spécialités. Par exemple : les ententes conclues en urologie vont permettre d'augmenter les visites des urologues dans la région.				
<b>Santé physique - Imagerie médicale</b>				
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	74,4	100	71,9	100
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	53,5	90	27,3	90
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	70,7	90	98,9	90
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100	100	100	100
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	66,2	90	57,8	90

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Plan stratégique 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	97,3	100	83	100
Plan stratégique 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	85,4	90	78,9	90
Plan stratégique 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	71,2	100	94,6	100
Plan stratégique 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	79,4	100	84,3	100
<b>Commentaires</b>				
<p><b>1.09.34.00-PS, 1.09.34.02-PS, 1.09.34.05-PS, 1.09.34.06-PS, 1.09.34.07-PS et 1.09.34.09-PS</b> Les cibles ne sont pas atteintes. Nous vivons actuellement une pénurie majeure de radiologistes à l'Hôpital de Sept-Îles (1 sur 4), les visites du cardiologue sont peu fréquentes augmentant les délais, la liste d'attente est élevée par les « blocs foraminaux » (infiltrations) étant donné la présence d'un seul radiologiste sur la Côte-Nord pour cette spécialité. Concernant les examens en résonance magnétique, nous avons procédé à une épuration des listes d'attente (gestion de non-disponibilité) ainsi qu'une meilleure gestion dans la saisie des données. Nous avons également eu recours au temps supplémentaire pour diminuer la liste d'attente.</p> <p><b>1.09.34.03-PS et 1.09.34.04-PS</b> La cible est atteinte. Pour atteindre notre cible (mammographies), nous avons dû avoir recours à l'unité mobile de l'INSPQ. Nous avons donc pu réaliser les tests pour 230 patientes en juin et 169 patientes en septembre.</p> <p><b>1.09.34.08-PS</b> Pour améliorer notre cible (tomodensitométrie), nous avons effectué une épuration de nos listes d'attente (gestion de non-disponibilité) et une gestion dans la saisie des données. Nous avons également demandé au personnel de faire du temps supplémentaire.</p>				
<b>Ressources matérielles</b>				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	94,4	100	94,4	100
<b>Commentaires</b>				
<p><b>2.02.02-EG2</b> Actuellement, nous évaluons de deux façons si une route est réalisée et c'est cet indicateur que nous regardons sur une certaine période. Nous sommes en discussion pour faire une analyse de performance, basée sur la disponibilité des lieux, la performance d'hygiène et la qualité du geste d'hygiène. De ces trois éléments, nous allons ressortir un taux de rendement global (TRG) de l'activité d'hygiène. Des tableaux de bord opérationnels pour capturer cette information sont en élaboration et nous allons rencontrer l'équipe performance en juin pour compléter l'exercice. Nous pensons avoir lancé l'outil sur 100 % du territoire dans les 12 prochains mois.</p>				
<b>Ressources humaines</b>				
Plan stratégique 3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	8,65	7,85	7,47	ND
Plan stratégique 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	5,75	5	6,3	ND
Plan stratégique 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	2,72	1,99	3,67	ND
<b>Commentaires</b>				
<p><b>3.01-PS</b> Pour l'année 2018-2019, la cible a été atteinte. Au cours de l'année, le nouveau comité d'orientation stratégique en santé sécurité pour l'ensemble du CISSS a vu le jour. Une offre de service s'est ajoutée au service de santé, sécurité et qualité de vie au travail, notamment l'évaluation ergonomique des postes de travail par le secteur de la prévention. Afin de favoriser un retour au travail planifié, coordonné et sécuritaire, le programme « Pour un retour au travail durable » a été élaboré. Ce programme débutera en juin prochain. De plus, le projet pilote en prévention pour améliorer la santé psychologique « Un portrait qui nous ressemble, un projet qui nous rassemble » a débuté et se poursuit en 2019.</p> <p><b>3.05.02-PS et 3.06.00-PS</b> Pour ces deux indicateurs, on observe que les cibles n'ont pas pu être atteintes et même que les résultats sont supérieurs à l'année dernière. Cette situation est attribuable, entre autres, à la pénurie de main-d'œuvre, l'absence du personnel en invalidité, le départ de nombreuses ressources à la retraite, les postes vacants ou dépourvus de leur titulaire.</p>				



Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>Commentaires (suite)</b>				
<p>Plusieurs mesures ont été réalisées pour favoriser l'attraction, la fidélisation de la main-d'œuvre et la stabilité de nos ressources. Une vaste campagne de recrutement a été réalisée et a permis d'accroître la visibilité de notre organisation et d'attirer de nouveaux employés. S'ajoute à ce projet, le recrutement à l'international et le projet de régionalisation des personnes immigrantes. De plus, des activités à l'interne ont été réalisées, telles que la mise en œuvre d'un comité pour le recrutement des psychologues, un comité favorisant l'accueil et l'intégration des candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) ainsi que des candidates à l'exercice de la profession infirmière auxiliaire (CEPIA) et le programme d'externat. Une formation à l'égard des préposés aux bénéficiaires (PAB) a été offerte dans l'ensemble du territoire afin de dégager des ressources pour ce titre d'emploi.</p> <p>À la suite du « Sommet sur la pénurie de la main d'œuvre » tenu en 2018, quatre comités ont été mis sur pied afin de favoriser l'attraction, la fidélisation de la main-d'œuvre et le bien-être au travail. Ces comités étant composés d'employés, de représentants syndicaux et de gestionnaires, ils permettent de privilégier des pratiques basées sur la collaboration, la concertation et l'innovation.</p> <p>De plus, une consultation régionale à la suite de l'adoption des valeurs du CISSS a été réalisée afin d'élaborer et adopter une charte des valeurs. Cette démarche s'inscrit dans le cadre du déploiement de l'approche Planetree.</p> <p>Récemment, le comité de direction a adopté un plan d'action organisationnel à l'égard de la civilité, « la civilité : comprendre, reconnaître et agir ». Une formation en webinaire sera offerte sous peu à l'ensemble des gestionnaires. Par la suite, d'autres mesures seront mises en œuvre afin d'améliorer le sentiment de bien-être, d'appartenance au travail et établir des relations respectueuses entre toutes les personnes œuvrant au CISSS.</p>				
<b>Multiprogrammes</b>				
Plan stratégique				
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	62,2	73	62,3	73
<b>Commentaires</b>				
<p><b>7.01.00-PS</b></p> <p>Services sociaux généraux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le délai de prise en charge est très variable sur le territoire, et ce, en lien avec le manque de ressources à la suite des congés non prévus et l'absence de personnel sur la liste de rappel. Nous avons également connu une hausse des demandes de services dans plusieurs secteurs.</li> <li>- L'analyse des données provenant du système d'information I-CLSC a permis de mettre en lumière des erreurs de saisie pour lesquelles une démarche d'amélioration est en cours. L'établissement s'est doté de l'outil Power BI dans lequel les données provenant du I-CLSC sont mises à jour quotidiennement; il est maintenant plus facile de corriger les erreurs et d'assurer la vigie des dossiers en attente de prise en charge.</li> </ul> <p>Programme jeunesse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nous notons une diminution de la capacité de prise en charge vu le non-remplacement d'absence maladie ainsi qu'une augmentation significative du nombre de demandes de services et de l'intensité offerte en jeunesse. Plusieurs actions sont en cours en lien avec le plan d'action du MSSS pour l'accès au service Jeunes en difficultés.</li> <li>- L'analyse de nos résultats a permis d'identifier des corrections à effectuer dans I-CLSC pour améliorer la qualité de nos données. Les actions posées ont amélioré le pourcentage de nos assignations vues dans un délai de 30 jours.</li> </ul> <p>Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La pénurie de personnel et les difficultés d'adaptation et d'appropriation des nouvelles pratiques générées par le déploiement des outils de cheminement clinique informatisés (OCCI) contribuent au maintien d'un faible taux de réalisation. Pour l'année 2019-2020, le comité de performance clinique SAD coordonnera la mise en place des comités d'admission de service en SAD. Des directives et des mesures de soutien seront aussi élaborées afin de soutenir les équipes vers l'atteinte de l'objectif.</li> </ul> <p>Programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA et DP)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le résultat peut (en partie) s'expliquer à cause d'un autre indicateur qui vient en quelque sorte en contradiction avec le présent indicateur. Dans le plan d'accès en DI-TSA et DP, dépendant du niveau de priorité, le premier service doit être donné soit dans les 30 jours (niveau élevé) ou dans les 365 jours (niveau modéré). Il s'avère que le premier service est, très souvent, un service de nature psychosociale. Donc, les usagers du programme DI-TSA et DP n'ont pas toujours un service psychosocial dans les 30 premiers jours, dépendamment de l'évaluation du niveau de priorité qui a été réalisée dans leur dossier. En 2018-2019, la gestionnaire de l'accès a poursuivi la sensibilisation des intervenants de l'AAOR (Accueil-Analyse-Orientation-Référence) afin que les niveaux de priorité soient correctement évalués et codés. Ceci reste encore un défi dans certains territoires. Aussi, le résultat en baisse à cet indicateur peut s'expliquer par une forte hausse de demandes de services à notre guichet pour ce type de services. En effet, nous notons une hausse de services de 47 % pour les usagers en DP et de 68 % pour les usagers en DI-TSA, et ce, combinée à des vacances de postes que nous n'avons pas été en mesure de remplacer.</li> </ul>				





## 5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

### L'AGRÉMENT

L'agrément est un processus d'amélioration continue qui vise à évaluer la qualité et la sécurité de nos services. Il démontre une crédibilité et un engagement qualité, favorise le rendement, améliore la communication et la collaboration dans l'organisation et avec les partenaires, renforce l'efficacité et atténue le risque d'événements indésirables.

La première visite d'Agrément Canada s'est déroulée du 22 au 25 octobre 2018 pour un cycle d'agrément de cinq ans (2018-2023). Les visiteurs ont fait le tour de sept installations à Baie-Comeau, Sept-Îles et Port-Cartier dont les deux hôpitaux régionaux. Les normes liées à la gouvernance, le leadership, la santé publique, la gestion des médicaments, la prévention et le contrôle des infections et le retraitement ont été analysées et le CISSS a obtenu une note de conformité de 83,8 %.

Au printemps 2020, les programmes services - jeunesse, santé mentale et dépendance, santé physique et services sociaux généraux feront l'objet d'un suivi par les visiteurs de l'agrément.

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

Nous constatons une diminution de 10 % de la déclaration des incidents et des accidents comparativement à l'an dernier, qui avait connu aussi une baisse, pour sa part de 18 %. La diminution est multifactorielle, mais tout de même préoccupante. L'équipe de gestion des risques a débuté un projet afin d'implanter une culture d'amélioration continue en gestion des risques dans l'établissement. Le déploiement se réalisera durant l'année 2019-2020.

Les accidents continuent d'être beaucoup plus fréquents que les incidents. La majorité des accidents (77 %) a eu peu ou pas de conséquences auprès des usagers (gravité C et D).

**Tableau 23 - Nature des trois principaux incidents au CISSS de la Côte-Nord pour 2018-2019**

Principaux types d'incidents	2018-2019		
	Nombre	Pourcentage (%) par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage (%) par rapport à l'ensemble des événements
Événements liés à la médication	199	30,5 %	4,2 %
Événements liés aux autres types d'événements	175	26,9 %	3,7 %
Événements liés aux traitements	108	16,6 %	2,3 %

**Tableau 24 - Nature des trois principaux accidents au CISSS de la Côte-Nord pour 2018-2019**

Principaux types d'accidents	2018-2019		
	Nombre	Pourcentage (%) par rapport à l'ensemble des accidents	Pourcentage (%) par rapport à l'ensemble des événements
Événements liés à la médication	1 444	35,5 %	30,7 %
Événements liés à une chute	1 308	32,2 %	27,8 %
Événements liés aux autres types d'événements	470	11,6 %	9,9 %

Afin d'améliorer la qualité des soins, nous avons procédé, en collaboration avec les gestionnaires, aux traitements de 189 événements sentinelles, et également à la réalisation de 2 analyses de causes souches. Du plus, une activité « Kaizen » a été effectuée portant sur les omissions de médicaments à l'unité d'hospitalisation. À la suite de cette activité, huit activités prioritaires ont été retenues qui seront déployées au cours de l'année 2019-2020. Il est souhaité que ces solutions puissent être exportées et implantées à d'autres secteurs d'activités.

**Tableau 25 - Nombre d'événements par niveau de gravité**

Année	Gravité											Total et pourcentage	
	A	B	C	D	E1	E2	F	G	H	I	Ind.		
2017-2018	76	578	2 824	1 223	437	52	21	2	0	5	7	5 225	
	654		4 564									7	5 225
	Proportion en % des catégories 1 : A et B et de la catégorie 2 : C, D, E1, E2, F, G, H, I sur le sous-total par catégorie												
	11,62 %	88,38 %	61,88 %	76,80 %	9,58 %	1,14 %	0,46 %	0,04 %	0 %	0,11 %	100 %		
	Proportion en % de A, B, C, D, E1, E2, F, G, H, I sur le total d'événements												
	1,46 %	11,07 %	54,07 %	23,42 %	8,37 %	1 %	0,40 %	0,04 %	0 %	0,10 %	0,10 %	100 %	
2018-2019	A	B	C	D	E1	E2	F	G	H	I	Ind.		
	42	609	2 361	1 117	452	93	18	2	2	1	14	4 711	
	651		4 046									14	4 711
	Proportion en % des catégories 1 : A et B et de la catégorie 2 : C, D, E1, E2, F, G, H, I sur le sous-total par catégorie												
	6,45 %	93,55 %	58,35 %	27,60 %	11,17 %	2,29 %	0,44 %	0,04 %	0,04 %	0,02 %	100 %		
	Proportion en % de A, B, C, D, E1, E2, F, G, H, I sur le total d'événements												
0,89 %	12,93 %	50,12 %	23,71 %	9,59 %	1,97 %	0,38 %	0,04 %	0,04 %	0,02 %	0,30 %	100 %		



**Tableau 26 - Échelle de gravité des incidents et accidents**

<b>A</b>	Circonstance ou événement ayant pu causer une erreur ou un dommage ( <b>situation à risque</b> )
<b>B</b>	Une erreur est survenue, mais personne n'a été touché (échappée belle, incident).
<b>C</b>	Une erreur, incluant l'omission, est survenue, mais la personne touchée n'a subi aucune conséquence, et aucune surveillance ni intervention n'a été requise
<b>D</b>	Une erreur est survenue et une personne a été touchée, ce qui a nécessité soit une <b>surveillance pour confirmer qu'elle n'a subi aucune conséquence, ou soit une intervention afin de prévenir une conséquence à la personne touchée</b>
<b>E<sup>1</sup></b>	Un accident est survenu et a occasionné une <b>conséquence temporaire</b> à la personne touchée, ce qui a nécessité <b>uniquement des premiers soins non spécialisés</b>
<b>E<sup>2</sup></b>	Un accident est survenu et a occasionné une <b>conséquence temporaire</b> à la personne touchée, ce qui a nécessité des <b>soins et traitements spécialisés supplémentaires sans pour autant occasionner d'hospitalisation initiale ni de prolongation d'hospitalisation</b>
<b>F</b>	Un accident est survenu et a occasionné une <b>conséquence temporaire</b> à la personne touchée, ce qui a nécessité <b>des soins ou traitements spécialisés supplémentaires de même qu'une hospitalisation initiale ou une prolongation d'hospitalisation</b>
<b>G</b>	Un accident est survenu et a occasionné une <b>conséquence permanente</b> à la personne touchée
<b>H</b>	<b>Un accident est survenu et a nécessité des interventions pour maintenir en vie la personne</b>
<b>I</b>	Un accident est survenu et a <b>occasionné ou contribué au décès</b> de la personne touchée
<b>Ind.</b>	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur, mais les conséquences ou leur niveau de gravité sont inconnues au moment de la déclaration

### **Comité de gestion des risques**

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

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

Le comité de gestion des risques cliniques s'est réuni à quatre reprises au cours de l'année 2018-2019. Le comité a produit des statistiques sur le nombre d'événements indésirables déclarés et réalisé une analyse des causes souches des cas les plus graves. Le rapport du comité inclut également une analyse des types d'événements, la liste des non-conformités au laboratoire - biologie médicale, les infections nosocomiales, les données sur l'utilisation des moyens de contrôle et l'analyse des médicaments à risques élevés. Nous avons également acheminé une lettre de recommandation concernant le dossier des ordonnances collectives.

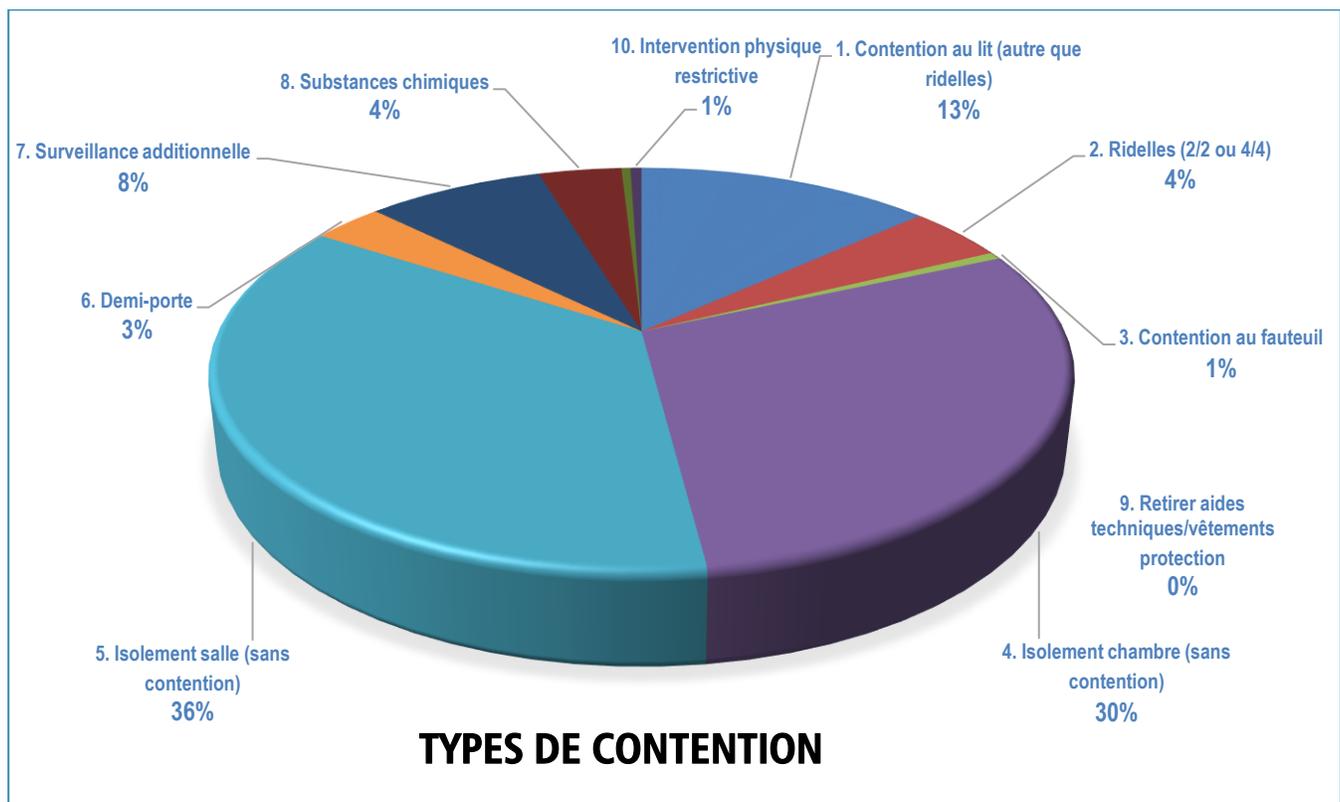
Comme pour les années précédentes, les événements qui concernent les erreurs dans l'administration des médicaments (1 643 / 34,87 %) et les erreurs concernant les chutes (1 316 / 27,93 %) représentent les erreurs les plus importantes. Cette tendance est comparable aux données provinciales. Des actions ont été entreprises par les sous-comités respectifs afin de mettre en place des actions pour prévenir la récurrence. Le comité pharmacovigilance est associé à la démarche afin d'assurer le suivi des événements liés à la médication et le comité de prévention des chutes joue le même rôle en ce qui concerne les événements reliés aux chutes.

Concernant la prévention des infections, des audits sur le lavage des mains ont été réalisés dans la majorité des installations. Des tableaux de bord sont disponibles pour le suivi des résultats. La Direction des soins infirmiers et la

Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique collaborent étroitement afin de réaliser des activités de sensibilisation sur le lavage des mains pour améliorer les résultats. Pour l'ensemble des installations, le taux de conformité est de 78 %. Les diverses activités ont permis d'augmenter la conformité en matière de lavage des mains.

### **Mesures exceptionnelles de contrôle et d'isolement**

L'établissement s'est doté et a déployé, pour l'ensemble de ses services et installations, en juin 2017, un protocole interdisciplinaire pour l'application exceptionnelle des mesures de contrôle : isolement, contention et substances chimiques. Près de deux ans après le déploiement, le constat est décevant. L'approche est maintenant déployée à 57 % dans les CHSLD, à 100 % dans les centres de réadaptation jeunesse et à 50 % dans les autres secteurs d'activité. Par exemple, on constate que l'utilisation des mesures de contrôle est plus fréquente dans les unités de psychiatrie. On note également que le contexte d'utilisation, tout secteur d'activité confondu, est dans 66 % des cas justifié par un motif de maîtrise par rapport à 44 % par un motif de protection. Finalement, les données démontrent que les mesures de contrôle les plus utilisées sont respectivement l'isolement en salle (36 %) et en chambre (30 %) tel que décrit dans le graphique ici.



Le CISSS s'est donc joint au projet sur le déploiement de mesures exceptionnelles de contrôle et d'isolement dans le cadre de la démarche d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUIS) afin de maximiser l'implantation du protocole.

Nous souhaitons profiter de leur expertise pour obtenir un déploiement optimal et réussir l'implantation dans l'ensemble de nos installations. Un plan d'action sera élaboré à partir d'outils qui ont déjà fait leurs preuves ailleurs dans d'autres établissements comme au CHU de Québec.



## **Comité de vigilance et de la qualité**

Le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services. Il doit notamment recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes et faire des recommandations sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers. Enfin, il doit favoriser la collaboration et la concertation des intervenants concernés par les rapports ou recommandations et veiller à ce que la commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente.

Au 31 mars 2019, le comité est composé des personnes suivantes :

- M. Jean-Pierre Porlier, président (membre du conseil d'administration - comité des usagers)
- Mme Johanne Beaudoin (membre du conseil d'administration - compétence en gouvernance ou éthique)
- Mme Danielle Sirois (membre du conseil d'administration - expertise en réadaptation)
- M. Marc Fortin (président-directeur général)
- Mme Manon Bourgeois (commissaire aux plaintes et à la qualité des services)

M. Denis Miousse, président du conseil d'administration, et Mme Nathalie Castilloux, directrice des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique sont des invités permanents sans droit de vote.

### **Réalisations 2018-2019**

- Tenue de sept rencontres;
- Adoption du rapport annuel 2018-2019 du comité de vigilance et de la qualité;
- Suivi régulier des indicateurs du tableau de bord du comité;
- Suivi régulier des indicateurs des tableaux de bord de l'établissement.

Commissariat aux plaintes et à la qualité des services :

- Suivi du tableau de bord du commissariat aux plaintes et à la qualité des services;
- Appréciation des recommandations émises;
- Approbation des redditions de comptes des directeurs pour 28 recommandations mises en place et portant sur des thématiques telles que l'ajout de ressources humaines, la déclaration d'incidents, l'amélioration des conditions de vie et de sécurité, la formation du personnel, l'application de procédures et la réduction de délais;
- Exemple de mesures mises en place :
  - Mettre fin à la pratique des infirmières de Blanc-Sablon de donner des conseils téléphoniques et référer plutôt les usagers au service Info-Santé 811. Un mémo a été envoyé dans tout le secteur.
  - Être vigilant en regard de la conformité du système d'appel d'urgence dans une ressource d'hébergement en cas de bris ou non-fonctionnement des équipements mobiles. Une visite d'inspection confirme le fonctionnement adéquat du système d'appel d'urgence.
  - Respecter le cadre de référence du MSSS (RI-RTF) en lien avec l'évaluation de la qualité des services rendus aux usagers par l'établissement et par la ressource. Le début des audits de qualité a eu lieu en février 2019 et l'adoption de la politique et des procédures en 20 mars 2019.
  - Implanter le formulaire « Traumatologie – notes d'évolution en soins infirmiers » (AH-604) du MSSS à l'installation de la Minganie. Le comité de traumatologie s'est assuré que la compréhension du formulaire AH-604 soit faite auprès des équipes médicales et infirmières.

Protecteur du citoyen :

- Aucune recommandation n'a été formulée par cette instance.

Coroner :

- Un rapport, reçu le 21 novembre 2018, comportait une recommandation qui a été acheminée au comité d'évaluation de l'acte médical de l'installation de Sept-Îles afin que soit révisée l'intervention faite auprès de l'utilisateur surtout en ce qui concerne le suivi après son séjour à l'installation de Sept-Îles à la suite de propos suicidaires. Le suivi a été réalisé auprès du coroner.
- Un second rapport reçu le 26 octobre 2018 recommande au MSSS de diffuser le rapport à l'ensemble des directions hospitalières afin de s'assurer que la Direction des soins infirmiers et la Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire et qu'un rappel soit réalisé auprès du personnel infirmier soignant pour l'application rigoureuse des protocoles de surveillance à la suite de l'administration de narcotiques ainsi que le respect de la norme de documentation au dossier, et ce, incluant le plan thérapeutique infirmier. Le tout a été réalisé et le suivi transmis au MSSS.

Autres instances (ordres professionnels, enquêtes administratives, inspections, etc.) :

- Appréciation et suivi des rapports et dossiers tels que :
  - Rapports d'analyse des causes souches;
  - Rapports trimestriels en gestion des risques;
  - Rapports ordres professionnels;
    - ➔ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) - CHSLD des Bergeronnes et milieux carcéraux de Sept-Îles et Baie-Comeau);
    - ➔ Collège des médecins du Québec (CMQ) – installation de Sept-Îles;
  - Rapports visite ministérielle RI-RTF des programmes DI-TSA et DP et jeunes en difficulté;
  - Rapports semestriels d'encadrement intensif (jeunes);
  - Suivi du rapport de l'Ordre des pharmaciens du Québec en Basse-Côte-Nord (2016);
  - Suivi des cas de coqueluche dans la région;
  - Suivi de l'accès en orthophonie;
  - Suivi des usagers en attente d'un hébergement à l'Hôpital de Sept-Îles;
  - Suivi des services en ophtalmologie à Baie-Comeau;
  - Suivi de la planification de la stratégie de recrutement de la Côte-Nord;
  - Bilan – situation non conforme stérilisation/utilisation des nasopharyngoscopes;
  - Agrément;
  - Certification RPA;
  - Suivi qualité d'une ressource intermédiaire.
- Appréciation de programmes, processus, politiques :
  - Processus de gestion des risques;
  - Politiques et procédures contrôle qualité RI-RTF.



## LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE DANS UN ÉTABLISSEMENT SELON LA MISSION

Tableau 27 - Mises sous garde

	Mission CH	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission CR	Total établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	149	Sans objet	Sans objet	Sans objet	149
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	44	Sans objet	Sans objet	Sans objet	44
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	7	Sans objet	Sans objet	Sans objet	7
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	31	Sans objet	Sans objet	Sans objet	31
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	31	Sans objet	Sans objet	Sans objet	31

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

Le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration des services de la Côte-Nord permet aux usagers de prendre connaissance des activités de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de la Côte-Nord. Ce rapport est disponible sur le site Internet du CISSS dans la sous-section « Commissariat aux plaintes » de la section « VOTRE CISSS ».

## L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

Le CISSS s'assure, sur une base régulière, de transmettre de l'information à la population et à ses différents partenaires. Le CISSS informe la population par son site Internet et sa page Facebook, qui est suivie par plus de 5 500 personnes. Au cours de l'année, le CISSS a procédé à une refonte de son site Web, qui peut maintenant être consulté plus facilement sur les appareils mobiles. L'organisation des différents contenus a été révisée afin que les visiteurs puissent trouver ce qu'ils recherchent le plus aisément possible compte tenu de la gamme d'information disponible. En 2018-2019, le site Web du CISSS a été visité par plus de 45 000 personnes pour un total de près de 220 000 pages vues. Depuis quelques mois, l'établissement est aussi présent sur LinkedIn.

Après chaque séance du conseil d'administration, le CISSS publie les *Échos du conseil*, un bulletin faisant état des décisions prises par les administrateurs. Six numéros ont été publiés au cours de l'année. Les personnes qui le désirent peuvent également poser des questions lors des séances du conseil.

Des bulletins de santé publique sont aussi diffusés afin d'informer la population, les professionnels de la santé et les partenaires :

- *Contamine-Action* (maladies infectieuses);
- *Santé en têtes* (santé au travail).

Le Service des communications répond aux demandes des médias et facilite l'accès à l'information avec un souci constant de transparence. En 2018-2019, plus de 150 entrevues ont été accordées aux journalistes sur divers sujets par des porte-paroles du CISSS. Des conférences de presse et des communiqués permettent également d'informer le public. Le service soutient aussi les directions du CISSS, notamment pour l'élaboration de plans et d'outils de communication, l'identification de stratégies et l'organisation de conférences de presse. Il est aussi responsable de la diffusion d'information au sein de l'établissement, entre autres par le biais d'un bulletin interne et d'un intranet. Un groupe Facebook dédié au personnel a aussi été créé l'an dernier.

Au cours de l'année, le Service des communications a aussi participé à l'organisation d'activités et de conférences de presse, telles le 50<sup>e</sup> anniversaire du centre de réadaptation en dépendance, l'inauguration de l'unité satellite d'hémodialyse à Baie-Comeau, l'inauguration de l'unité de courte durée gériatrique (UCDG) et l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) à Baie-Comeau et l'annonce d'une entente avec le Diocèse de Baie-Comeau pour l'offre harmonisée de services religieux dans la région. De plus, le Service des communications a coordonné, avec la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques, le déploiement d'une campagne de recrutement majeure sur le Web et les médias sociaux.

La Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique rend également disponible sur le site Web du CISSS un sondage visant à connaître le niveau d'appréciation des usagers à l'égard des services reçus au CISSS de la Côte-Nord.



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

À la suite de l'entrée en vigueur, le 10 décembre 2015, de la Loi concernant les soins de fin de vie, le président-directeur général du CISSS de la Côte-Nord a la responsabilité de faire un rapport, chaque année, au conseil d'administration et à la Commission sur les soins de fin de vie de l'application de la Politique régionale relative aux soins palliatifs de fin de vie de son établissement. Les activités documentées apparaissent dans les tableaux ci-dessous.

Voici les données pour la période du 10 décembre 2017 au 31 mars 2018 :

**Tableau 28 - Rapport transitoire sur l'application de la Politique régionale relative aux soins palliatifs et de fin de vie**

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée	101
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée	44
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	132
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie dans les maisons de soins palliatifs	80
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	3
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	5
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	3
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : deux décès avant l'administration	2

Voici les données pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2018 au 31 mars 2019 :

**Tableau 29 - Rapport sur l'application de la Politique régionale relative aux soins palliatifs et de fin de vie**

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée	138
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée	122
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	304
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie dans les maisons de soins palliatifs	219
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	4
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	17
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	10
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : quatre décès avant l'administration, deux ne répondaient pas ou plus aux critères d'admissibilité et un retrait de la demande	7

Les données présentées sur le nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie, sauf pour celles dans les maisons de soins palliatifs, ne sont pas exhaustives. En effet, le procédé permettant de les comptabiliser et les bases de données actuellement disponibles ne nous permettent pas d'avoir un portrait en temps réel.

En 2018-2019, trois séances d'information sur les particularités de la Loi concernant les soins de fin de vie ont été offertes aux intervenants du CISSS de la Côte-Nord et à leurs partenaires. Elles ont été dispensées dans l'ensemble des installations du CISSS de la Côte-Nord, grâce à la visioconférence. Près de 75 personnes ont participé à celles-ci.





## 7. LES RESSOURCES HUMAINES

---

L'année 2018-2019 a débuté par la réalisation du « Sommet sur la pénurie de la main-d'œuvre ». Cette initiative régionale a réuni 170 personnes provenant de divers milieux, syndicats, médecins, employés, administrateurs et gestionnaires. À la suite de cette activité, quatre comités ont été mis en œuvre afin de favoriser l'attraction et la fidélisation de la main-d'œuvre.

Outre la campagne majeure de recrutement sur le Web et les médias sociaux, différentes activités de recrutement ont eu lieu durant l'année, sans compter le recrutement à l'international et le projet phase 1 de régionalisation des personnes immigrantes. De plus, des activités à l'interne ont été réalisées, telles que la mise en œuvre d'un comité avec les psychologues ainsi qu'un comité favorisant l'accueil et l'intégration des candidats à l'exercice de la profession infirmière (CEPI), des candidats à l'exercice de la profession infirmière auxiliaire (CEPIA) et le programme d'externat.

À la gestion de la liste de rappel, on a procédé à l'harmonisation de l'offre de service dans les différentes installations. À l'été 2018, une entente a été conclue afin de stabiliser la main-d'œuvre de la catégorie 1 (personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires). De plus, les horaires de travail ont été disponibles pour toute la période estivale auprès du personnel de la catégorie 1.

La nouvelle plateforme de l'environnement numérique d'apprentissage (ENA) a été déployée dans l'ensemble du CISSS permettant ainsi l'accès au répertoire national de formations pour les employés et les gestionnaires du milieu de la santé.

L'équipe du Service des relations de travail a finalisé l'exercice de négociation des quatre conventions collectives locales par la signature de celles-ci.

Au printemps 2019, une formation à l'égard des préposés aux bénéficiaires (PAB) a été offerte dans l'ensemble du territoire afin de dégager des ressources à ce titre d'emploi.

Un nouveau comité d'orientation stratégique en santé et sécurité (COSPSST) pour l'ensemble du CISSS a vu le jour. Au cours de l'année, une offre de service s'est ajoutée au service de santé, sécurité et qualité de vie au travail, notamment l'évaluation ergonomique des postes de travail. Nous retrouvons également la mise en place des équipes de soutien d'amélioration continue en prévention (ESACP). Cette équipe aura comme mandat d'accompagner le gestionnaire et son équipe dans une analyse globale de la situation de travail de son secteur d'activité pour mieux dégager des éléments favorables au développement ou au maintien d'un environnement de travail sain, sécuritaire, mobilisateur et attractif. Afin de favoriser un retour au travail planifié, coordonné et sécuritaire, le programme « Pour un retour au travail durable » a été élaboré.

Des activités de reconnaissance ont été réalisées afin de célébrer et rendre hommage aux employés pour leurs années de service et remercier nos retraités. Ces événements ont permis à plusieurs employés de se retrouver et festoyer ensemble.

Dans une approche de développement, une offre de service de coaching personnalisé a été offerte pour les gestionnaires.

Afin d'améliorer un sentiment de bien-être et d'appartenance au travail, d'établir des relations respectueuses entre toutes les personnes œuvrant au CISSS, la direction a adopté un plan d'action à l'égard de la civilité.

Au plan des affaires juridiques, une nouvelle offre de service a débuté pour l'aspect médico-légal. Depuis l'été 2018, un soutien est également offert au niveau corporatif. Des opinions juridiques sont aussi offertes à l'égard des engagements contractuels du CISSS.

En ce qui concerne le dossier langue anglaise, la formation linguistique, en collaboration avec l'Université McGill, s'est poursuivie afin qu'un plus grand nombre de travailleurs de la santé et des services sociaux puissent intervenir en anglais auprès des patients anglophones. Au total, 30 personnes ont réussi différents niveaux avec succès. Des projets essentiels pour les services aux anglophones se sont poursuivis cette année. Ils permettent notamment la traduction de plusieurs documents populationnels et l'accompagnement de patients anglophones tout au long de l'épisode de soins par une agente de liaison régionale à l'Hôpital de Sept-Îles. De plus, les travaux pour l'élaboration du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise sont débutés et devraient être terminés en décembre 2019. Le règlement du comité régional pour le programme d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Côte-Nord a été entériné par le conseil d'administration en mars 2019 et le nouveau comité devrait être mis en place d'ici le début de l'été.

L'année s'est terminée par un exercice de repositionnement de la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (DRHCAJ) qui permettra ainsi d'accentuer le rôle stratégique et la dimension d'expertise au sein du CISSS.

**Tableau 30 - Portrait des embauches, des départs et le taux de rétention global**

	Haute-Côte-Nord Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	Basse-Côte-Nord	Fermont	CPRCN	Centre adm. Baie-Comeau	Régional	TOTAL
Embauches	30	23	92	58	33	23	49	13	238	559
Départs	85	21	105	56	39	17	56	15	168	562

\* Données prises dans l'entrepôt de données Logibec à la période 13 au 31 mars 2019.

Taux de rétention sur 1 an au CISSS de la Côte-Nord
76,88 %

\* Donnée prise dans SIRH au 27 mars 2019.

**Tableau 31 - Effectifs par catégorie d'emploi au 31 mars 2019**

Installation	Catégorie 1 - Personnel en soins infirmiers et cardio- respiratoires	Catégorie 2 - Personnel paratechnique, des services auxiliaires et des métiers	Catégorie 3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	Catégorie 4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	Personnel non visé Loi 30	Personnel cadre	Personnel non défini
Haute-Côte-Nord- Manicouagan	383	262	79	167	9	26	5
Port-Cartier	48	48	17	33	1	3	0
Sept-Îles	297	252	76	159	13	26	0
Minganie	97	90	24	32	1	6	0
Fermont	26	13	17	19	0	2	0
Basse-Côte-Nord	62	80	33	18	1	4	0
CPRCN	2	96	42	285	1	22	0
Centre administratif Baie-Comeau	15	5	14	10	93	8	0
Régional	40	199	237	38	29	30	0
<b>Total Côte-Nord</b>	<b>970</b>	<b>1 045</b>	<b>539</b>	<b>761</b>	<b>148</b>	<b>127</b>	<b>5</b>

\* Données prises dans l'entrepôt de données Logibec à la période 13 au 31 mars 2019.

Le CISSS de la Côte-Nord compte, pour l'année 2018-2019, près de 3 600 employés.



**Tableau 32 - Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs**

**11045234 - CISSS de la Côte-Nord**

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Total des heures rémunérées 2014-04-06 au 2019-03-30 (Comparaison sur 364 jours pour avril à mars)					Variation de 2014 à 2018
	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	
1 - Personnel d'encadrement	336 688	299 535	264 133	231 215	218 993	(35,0 %)
2 - Personnel professionnel	720 464	760 949	776 715	813 944	814 222	13,0 %
3 - Personnel infirmier	1 492 416	1 498 089	1 516 677	1 536 992	1 526 429	2,3 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2 488 908	2 465 180	2 445 081	2 523 005	2 423 568	(2,6 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	668 992	651 851	674 407	671 339	681 221	1,8 %
6 - Étudiants et stagiaires	7 449	3 220	1 923	3 453	2 641	(64,5 %)
<b>Total du personnel</b>	<b>5 714 917</b>	<b>5 678 824</b>	<b>5 678 936</b>	<b>5 779 948</b>	<b>5 667 075</b>	<b>(0,8 %)</b>

Cible en heures rémunérées pour 2018-2019           **5 703 111**  
 Écart à la cible   **-36 036**  
 Écart à la cible en %   **-0,6 %**





## 8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

### L'UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMMES

Tableau 33 - Répartition des charges brutes par programmes

Programme	Exercice précédent		Exercice courant		Variation des dépenses	
	Dépense	Pourcentage (%)	Dépense	Pourcentage (%)	Dépense	Pourcentage (%)
<b>Programmes-services</b>						
Santé publique	7 268 936	2,05	8 473 115	2,22	1 204 179	16,57
Services généraux – activités cliniques et d'aide	19 925 200	5,62	21 396 217	5,61	1 471 017	7,38
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	51 297 093	14,46	54 634 604	14,33	3 337 511	6,51
Déficiência physique	10 891 868	3,07	10 922 678	2,87	30 810	0,28
Déficiência intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme	15 302 500	4,31	15 978 278	4,19	675 778	4,42
Jeunes en difficulté	28 579 117	8,06	29 901 768	7,84	1 322 651	4,63
Dépendances	2 654 864	0,75	2 887 854	0,76	232 990	8,78
Santé mentale	15 675 456	4,42	16 206 745	4,26	531 289	3,39
Santé physique	120 902 580	34,08	134 959 504	35,40	14 056 924	11,63
<b>Programmes-soutien</b>						
Administration	24 724 284	6,97	26 849 608	7,04	2 125 324	8,60
Soutien aux services	28 867 391	8,14	29 917 141	7,85	1 049 750	3,64
Gestion des bâtiments et des équipements	28 629 082	8,07	29 080 331	7,63	451 249	1,58
<b>TOTAL</b>	<b>354 718 371</b>	<b>100</b>	<b>381 207 843</b>	<b>100</b>	<b>26 489 472</b>	<b>7,47</b>

Pour plus d'information sur les ressources financières, nous vous invitons à consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471 publié sur le site Internet du CISSS.

### L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En mai 2018, l'organisation a déposé au MSSS un budget déficitaire de 5,4 M\$ suivant le plan triennal présenté à l'automne 2017. La pénurie de main-d'œuvre, obligeant une augmentation des heures supplémentaires et de la main-d'œuvre indépendante, a repositionné l'organisation dans une situation de déficit de 15,5 M\$, annoncé à l'automne 2018. L'échéancier du plan de retour à l'équilibre a donc été revu afin de prolonger d'un an son déploiement. La nouvelle cible de celui-ci de 1,5 M\$ pour l'année en cours a été atteinte. Malgré le contexte déficitaire, les services à la population ont été maintenus.

En fin d'année financière, le MSSS a octroyé une aide ponctuelle de 7,5 M\$ qui a permis à l'organisation de terminer l'exercice financier avec un déficit moindre que celui annoncé à l'automne, soit un déficit de 3 900 329 \$, lequel est constitué d'un déficit au fonds d'exploitation de 3 916 447 \$ et d'un surplus au fonds d'immobilisations de 16 118 \$. Conséquemment, le CISSS de la Côte-Nord n'a pu se conformer à son obligation légale quant à l'équilibre budgétaire.

## LES CONTRATS DE SERVICES

Voici les contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1<sup>er</sup> avril 2018 et le 31 mars 2019.

**Tableau 34 - Contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1<sup>er</sup> avril et le 31 mars (non audité)**

	Nombre	Valeur (\$)
Contrats de services avec une personne physique <sup>1</sup>	0	0
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique <sup>2</sup>	13	88 124 527
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>88 124 527</b>

1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.
2. Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.



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

**Tableau 35 - 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

Exercice terminé le 31 mars 2019 - AUDITÉ

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 2019		
				R 5	PR 6	NR 7
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</b>						
Contrat de location d'immeubles SQL.	2011-2012	R	Conforme aux directives du MSSS.			NR
Paieement de transfert.	2013-2014	R	Conforme aux directives du MSSS.			NR
Les opérations des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus contrevenant ainsi à l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux.	2018-2019	R	Le respect de la Loi sur l'équilibre budgétaire étant calculé selon la page 200 L.29 C.4, l'établissement est en déficit au 31 mars 2019.			NR
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</b>						
Compilation de l'unité de mesure B c.a. « 5860 – Santé des jeunes » est estimée.	2011-2012	O	La situation est considérée comme étant réglée.	R		
Unité de mesure A n'est pas compilée pour c.a. « 7532 – Archives ».	2011-2012	O	Les mesures ont été prises afin de compiler l'unité. Cependant, une section reste à compiler, soit celle de la communication de renseignements conservés au dossier de l'utilisateur. Sera réglée en 2019-2020.		PR	
L'unité de mesure « le mètre cube » du c.a. « 7700 – Fonctionnement des installations » n'a pas été compilée conformément à la circulaire.	2012-2013	O	La situation est considérée comme étant réglée	R		
Le rapport périodique statistique n'est pas signé par un chef de service dans la plupart des cas.	2015-2016	O	Situation identique en 2018-2019.			NR
CA « 5970 – Consultation téléphonique psychosociale » : Il n'est pas possible de remonter aux documents sources concernant l'unité de mesure « Le nombre d'appels » car la programmation du système TBIG ne le permet pas.	2016-2017	O	Ce problème est provincial et un avis a été émis à cet effet.			NR
CA « 6565 – Services sociaux » : Les documents sources ne sont pas accessibles.	2016-2017	O	Les mesures nécessaires ont été prises afin de compiler l'unité.	R		
CA « 6352 – Inhalothérapie » : Le système en place dans l'installation HCNM rend difficile de corroborer la compilation de l'unité technique provinciale.	2017-2018	O	Les équipes travaillent à uniformiser les systèmes e-clinibase, e-rendez-vous et eGap dans toutes les installations en 2019-2020. Cela permettra de compiler l'unité de mesure après une année d'exploitation (prévue en 2020-2021).			NR

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 2019		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<b>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</b>						
Équilibre budgétaire	2018-2019	C	Le respect de la Loi sur l'équilibre budgétaire étant calculé selon la page 200 L29 C.4, l'établissement est en déficit au 31 mars 2019.			NR
Certaines unités de mesure de centres d'activités dérogent du MGF.	2013-2014	C	Aucune nouvelle dérogation n'a été décelée. Les efforts sont maintenus pour éliminer les dérogations dénotées ci-haut.			NR
Politique interne sur les conditions de travail des cadres non approuvée par le conseil d'administration. (BCN) (Réf. : 02.01.22.01)	2013-2014	C	Le CISSS a élaboré une politique de gestion des cadres laquelle a été adoptée au conseil d'administration le 3 octobre 2018.	R		
L'établissement ne respecte pas la réglementation au vol. 2, ch. 01, sujet 34, doc. 4 du MGF, car les pharmaciens reçoivent une prime de maintien en emploi additionnelle de 5 %. De plus, une pharmacienne est rémunérée à l'échelon maximum alors que celle-ci devrait être à un échelon inférieur contrevenant ainsi à la réglementation au vol. 2, ch. 01, sujet 34, doc. 3 du MGF. (Sept-Îles)	2011-2012	C	Ces salaires et primes sont versés dans un contexte de pénurie de pharmaciens et avec l'autorisation initiale de l'ancienne Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. Les nouvelles embauches respectent la réglementation en vigueur.			NR
Prime d'assistante du supérieur immédiat non autorisée à la nomenclature du MSSS. (Port-Cartier) (Réf. : 03.01.61.05 et 03.01.61.09)	2013-2014	C	Le versement de cette prime a cessé en août 2018.	R		
À défaut de pouvoir combler ou créer des postes de cadres, l'installation de la Minganie a dû trouver une formule lui permettant d'assurer une fonction de gestion dans différents services. Pour y arriver, l'établissement a instauré une prime de responsabilité à des salariés syndiqués pour qu'ils assument cette partie de fonction. Dans la majorité des cas, cette rémunération additionnelle se traduit par le paiement d'une prime de responsabilité professionnelle de 10 %.	2011-2012	C	Situation identique en 2018-2019. Les montants en cause sont minimales et aucun changement n'est prévu à ce sujet.			NR
Peu de politiques ont été adoptées depuis la création du CISSS de la Côte-Nord. (03.01.10.12; 02.01.22.01; 02.01.10.11)	2015-2016	C	Plusieurs politiques, dont les plus importantes, ont été approuvées depuis les deux dernières années.		PR	
L'établissement n'a pas atteint le minimum de 2 % d'investissement en matière d'entretien préventif et curatif dans l'ensemble de la région. (Réf. : 03.02.30.05)	2015-2016	C	Situation identique en 2018-2019. Voir le commentaire de la note 6 du questionnaire de la haute direction.			NR
<b>Rapport à la gouvernance</b>						
Gestion des avoirs de certains usagers. Au cours de l'audit, nous avons constaté que l'établissement offre des services de gestion des avoirs aux usagers sous curatelle ou désignés par la Sécurité de revenu. Cependant, l'établissement offre aussi des services sur une base volontaire par des ententes verbales. Dans certains cas, ces biens sont conservés dans le coffre-fort de l'établissement. Dans d'autres cas, c'est actuellement l'intervenant qui ouvre un compte conjoint dans une institution bancaire avec l'usager. Nous vous suggérons d'instaurer une procédure d'entente écrite qui pourrait être révisée par un conseiller juridique et cela, dans le but de protéger l'établissement et l'intervenant en cas de perte de capital, d'intérêt ou de tout autre malentendu pouvant survenir. (Sept-Îles)	2011-2012	O	Des travaux ont été débutés en 2018-2019 avec les travailleurs sociaux pour éliminer cette façon de faire. Les travaux seront poursuivis en 2019-2020.			NR



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 2019		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Examen analytique des unités de mesure.	2012-2013	O	Grande amélioration notée au niveau du suivi des unités de mesure. Les unités de mesure sont analysées pour le rapport périodique de la période 6. De plus, de nombreux tableaux de bord sont prévus pour faire le suivi des indicateurs stratégiques.		PR	
Certaines écritures de journal général ont été effectuées et approuvées par les mêmes personnes.	2017-2018	O	Un contrôle compensatoire a été mis en place en 2018-2019.	R		





## 10. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

**Tableau 36 - Divulgence d'actes répréhensibles 2018-2019**

Divulgence d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics	Nombre de divulgations	Nombre de motifs	Motifs fondés
1. Le nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations <sup>1</sup>	0	Sans objet	Sans objet
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) <sup>2</sup>	Sans objet	0	
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22		0	
4. Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations : Parmi les motifs allégués dans les divulgations reçues (point 2), excluant ceux auxquels il a été mis fin (point 3), identifiez à quelle catégorie d'acte répréhensible ils se rapportent.	Sans objet		
✓ Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi		0	0
✓ Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie		0	0
✓ Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui		0	0
✓ Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité		0	0
✓ Le fait, par un acte ou une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d'une personne ou à l'environnement		0	0
✓ Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment	0	0	
5. Le nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations		0	Sans objet
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés		Sans objet	0
7. Parmi les divulgations reçues (point 1), le nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c'est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé			Sans objet
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23 <sup>3</sup>	0	0	0

1. Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs

2. Une divulgation peut comporter plusieurs motifs, par exemple, un divulgateur peut invoquer dans sa divulgation que son gestionnaire a utilisé les biens de l'État à des fins personnelles et qu'il a contrevenu à une loi du Québec en octroyant un contrat sans appel d'offres.

3. Le transfert de renseignements au Commissaire à la lutte contre la corruption ou à tout organisme chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois, dont un corps de police et un ordre professionnel, entraînant ou non la fin de la prise en charge de la divulgation par le responsable du suivi est répertorié à ce point.





## 11. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), par le biais de la mission globale des organismes ayant signé la convention de subvention, nous permet de soutenir 96 organismes impliqués dans plusieurs secteurs d'activité concernant directement la santé et les services sociaux. Au total, cela représente un investissement de 11 626 808 \$. Pour consentir à l'attribution de ces crédits, les organismes doivent respecter les normes édictées et se conformer aux exigences contenues dans les documents ministériels ainsi qu'au *Cadre de reconnaissance et de financement des organismes communautaires de la Côte-Nord*. Ainsi, le CISSS de la Côte-Nord s'assure de procéder à l'analyse de la reddition de comptes des organismes communautaires et que ceux-ci ont remis un dossier conforme aux exigences.

**Tableau 37 - Financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires**

Organisme	Subvention (\$)		Catégorie
	2018-2019	2017-2018	
À la Source Sept-Îles	84 602 \$	71 130 \$	Santé publique
Action Autisme et T.E.D. Haute-Côte-Nord Manicouagan	99 240 \$	85 537 \$	Troubles envahissants du développement
Ado-Cité – Maison des jeunes	37 101 \$	42 130 \$	Maisons de jeunes
Association de la fibromyalgie et de la fatigue chronique de Manicouagan et de la Haute-Côte-Nord Inc.	16 713 \$	16 450 \$	Déficiência physique
Association des aidants naturels de la Côte-Nord	44 240 \$	5 944 \$	Maintien à domicile
Association des handicapés adultes de la Côte-Nord Inc.	78 919 \$	65 536 \$	Déficiences multiples
Association des jeunes de Fermont	23 720 \$	23 346 \$	Maisons de jeunes
Association des parents et amis du malade émotionnel (APAME) Baie-Comeau Inc.	91 806 \$	78 220 \$	Santé mentale
Association des parents PANDA Manicouagan	59 645 \$	46 566 \$	Santé mentale
Association des personnes avec difficultés visuelles de Manicouagan	58 900 \$	26 932 \$	Déficiência physique
Association des sourds de Baie-Comeau*	-	5 292 \$	Déficiência physique
Association des troubles anxieux de la Côte-Nord	25 407 \$	25 007 \$	Santé mentale
Association Fibromyalgie de Duplessis	44 240 \$	16 874 \$	Déficiência physique
Association nord-côtière de l'autisme et des troubles envahissants du développement (ANCATED)	44 750 \$	31 906 \$	Troubles envahissants du développement
Association parents et amis du malade émotionnel de l'Est de la Côte-Nord Inc. (APAME)	105 074 \$	91 280 \$	Santé mentale
Bureau régional d'information en santé sexuelle (BRISS)	35 050 \$	70 098 \$	VIH-SIDA
Centre communautaire pour les aînés de Ragueneau Inc.	38 617 \$	32 407 \$	Personnes âgées
Centre d'action bénévole de la Minganie	159 318 \$	156 809 \$	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole Le Nord-est	266 528 \$	262 331 \$	Maintien à domicile
Centre d'activités de la Haute-Côte Inc.	78 663 \$	65 284 \$	Déficiences multiples
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) - Baie-Comeau - Lumière boréale	270 786 \$	266 522 \$	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) - Sept-Îles - La pointe du jour	123 073 \$	121 135 \$	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
Centre de bénévolat de Port-Cartier Inc.	199 979 \$	196 830 \$	Maintien à domicile
Centre de dépannage des Nord-Côtiers	58 900 \$	25 007 \$	Personnes démunies
Centre de femmes « l'Étincelle »	198 130 \$	195 010 \$	Centres de femmes
Centre de prévention du suicide Côte-Nord	444 140 \$	437 146 \$	Santé mentale
Centre des femmes de Forestville	198 122 \$	195 002 \$	Centres de femmes
Centre d'intervention Le Rond-Point	164 628 \$	126 435 \$	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Centre femmes aux 4 Vents	198 121 \$	195 001 \$	Centres de femmes
Centre Le Volet des femmes	198 239 \$	195 117 \$	Centres de femmes
Club des Citoyens Seniors de Chevery	34 843 \$	29 373 \$	Personnes âgées
Comité action jeunesse de Bergeronnes	36 569 \$	35 993 \$	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse de Sacré-Cœur	42 261 \$	35 993 \$	Maisons de jeunes

Organisme	Subvention (\$)		Catégorie
	2018-2019	2017-2018	
Comité action jeunesse de Tadoussac	25 000 \$	17 510 \$	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse des Escoumins	42 261 \$	35 993 \$	Maisons de jeunes
Comité de bénévoles Bergeronnes	8 746 \$	8 608 \$	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Escoumins	8 746 \$	8 608 \$	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Sacré-Cœur	8 746 \$	8 608 \$	Maintien à domicile
Comité jeunesse de Sainte-Anne-de-Portneuf	35 708 \$	35 146 \$	Maisons de jeunes
Comptoir alimentaire de Sept-Îles	47 311 \$	46 566 \$	Personnes démunies
Comptoir alimentaire, L'Escale	47 311 \$	46 566 \$	Personnes démunies
Équijustice Haute-Côte-Nord / Manicouagan (anciennement CoNVERjaNCE Manicouagan)	218 405 \$	214 966 \$	Organismes de justice alternative
Cuisine collective des écureuils de Baie-Comeau	4 506 \$	9 013 \$	Personnes démunies
Droits et recours en santé mentale de la Côte-Nord	180 554 \$		Santé mentale
Éki-Lib Santé Côte-Nord	78 920 \$	65 537 \$	Santé mentale
Espace Côte-Nord	129 082 \$	127 049 \$	Autres ressources jeunesse
Groupe Entre-Amis de Baie-Comeau	66 338 \$	65 293 \$	Déficiences multiples
Homme Aide Manicouagan	124 165 \$	122 210 \$	Autres ressources hommes
Hom'asculin Port-Cartier	64 079 \$	63 070 \$	Autres ressources hommes
Hommes Sept-Îles, Centre d'entraide pour hommes Inc.	107 036 \$	105 350 \$	Autres ressources hommes
Équijustice Côte-Nord Est (anciennement La Croisée, un organisme de justice alternative)	267 524 \$	263 311 \$	Organismes de justice alternative
La Maison des femmes de Sept-Îles	681 441 \$	670 710 \$	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
La Maison des jeunes « La Boîte » de Ragueneau	39 900 \$	33 669 \$	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes de Port-Cartier	122 790 \$	115 254 \$	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes La Relève	104 482 \$	97 234 \$	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes Le Spoth de Chute-aux-Outardes	39 900 \$	33 669 \$	Maisons de jeunes
La Maison du Tonnerre	55 260 \$	54 390 \$	Maisons de jeunes
La popote roulante « Les Délices Maisons »	58 900 \$	25 053 \$	Personnes démunies
L'Alliance des femmes	198 124 \$	195 004 \$	Centres de femmes
L'Association des locataires de la résidence Père Méthot	1 260 \$	1 240 \$	Maintien à domicile
L'Association Épilepsie Côte-Nord Inc.	44 750 \$	31 906 \$	Déficiences physiques
L'Âtre de Sept-Îles	362 132 \$	356 429 \$	Santé mentale
Le Comité de bénévoles de Tadoussac	8 746 \$	8 608 \$	Maintien à domicile
Le CRÉAM	106 964 \$	99 677 \$	Santé mentale
Le Module d'épanouissement à la vie de Sept-Îles	58 900 \$	35 014 \$	Déficiences multiples
Le Pivot des Îles Inc.	66 339 \$	65 294 \$	Déficiences multiples
Le Répit Daniel Potvin Inc.	251 829 \$	247 863 \$	Déficiences multiples
L'Entre-Deux-Tournants	73 054 \$	71 904 \$	Maisons de jeunes
Les Amis du Rayon d'Or	67 463 \$	54 261 \$	Maintien à domicile
Les Girouettes de Chute-aux-Outardes	38 666 \$	32 455 \$	Déficiences multiples
Les Habitations communautaires Le Gîte Inc.	35 662 \$	35 100 \$	Santé mentale
L'Espoir de Shelna	154 974 \$	152 533 \$	Déficiences multiples
Maison Anita LeBel	77 047 \$	75 834 \$	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison d'aide et d'hébergement de Fermont Inc.	596 284 \$	586 894 \$	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison de transition Baie-Comeau Inc.	219 790 \$	204 189 \$	Santé mentale
Maison des femmes de Baie-Comeau	694 232 \$	683 299 \$	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison des jeunes de Colombier	11 752 \$	11 567 \$	Maisons de jeunes
Maison des jeunes « La Source » Minganie	94 388 \$	80 762 \$	Maisons de jeunes
Maison des jeunes « Le S.Q.U.A.T. »	47 212 \$	40 866 \$	Maisons de jeunes
Maison des jeunes de Longue-Rive	28 028 \$	27 587 \$	Maisons de jeunes
Maison des jeunes l'Authentique	42 804 \$	42 130 \$	Maisons de jeunes
Maison des jeunes l'Entretiens de Forestville	90 052 \$	88 634 \$	Maisons de jeunes
Maison jeunes Gros Mecatina	11 752 \$	2 872 \$	Maisons de jeunes
Maison l'Amie d'Elle Inc.	717 662 \$	706 360 \$	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Module d'épanouissement à la vie de Havre-Saint-Pierre	17 303 \$	17 031 \$	Déficiences multiples
Module d'épanouissement à la vie Sacré-Cœur (secteur BEST)	58 900 \$	25 007 \$	Déficiences multiples
Point de rencontre Inc.	199 245 \$	196 108 \$	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances



Organisme	Subvention (\$)		Catégorie
	2018-2019	2017-2018	
Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale Côte-Nord	19 952 \$	14 717 \$	Santé mentale
Répît Richelieu	221 697 \$	212 603 \$	Déficiences multiples
Ressource de réinsertion « Le Phare »	79 965 \$	66 566 \$	Santé mentale
Service de supervision des droits d'accès**	-	54 120 \$	Autres ressources jeunesse
Santé mentale Québec-Côte-Nord	104 131 \$	90 351 \$	Santé mentale
Société Alzheimer de la Côte-Nord	160 768 \$	152 634 \$	Personnes âgées
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Côte-Nord	15 334 \$	15 093 \$	Déficiência physique
Table régionale des organismes communautaires de la Côte-Nord	112 179 \$	100 570 \$	Concertation et consultation générale
Transit Sept-Îles	162 697 \$	147 995 \$	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Unité Domrémy de Baie-Comeau Inc.	59 645 \$	46 566 \$	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Vers l'âge Senior Inc.	187 691 \$	184 735 \$	Maintien à domicile
<b>MONTANT VERSÉ AUX ORGANISMES</b>	<b>11 626 808 \$</b>	<b>10 809 404 \$</b>	
<b>NOMBRE TOTAL D'ORGANISMES SOUTENUS</b>	<b>96</b>	<b>97</b>	

\* L'organisme Association des sourds de Baie-Comeau a été dissous durant l'année 2017-2018.

\*\* L'organisme Service de supervision des droits d'accès est financé en entente pour activité spécifique pour l'année 2018-2019 (54 986 \$).







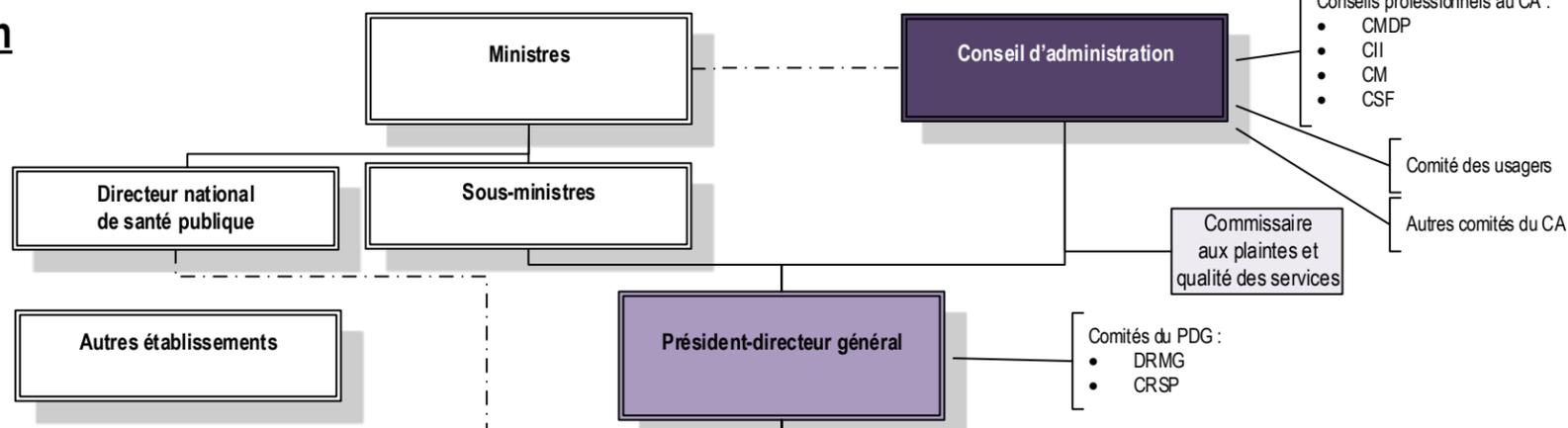
# Organigramme de la haute direction

CISSS de la Côte-Nord

Modèle continuum de services B (modifié)

31 mars 2019

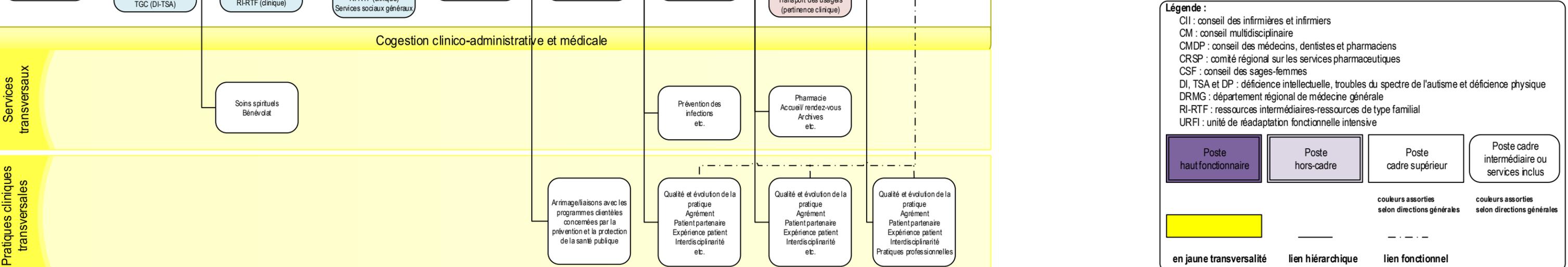
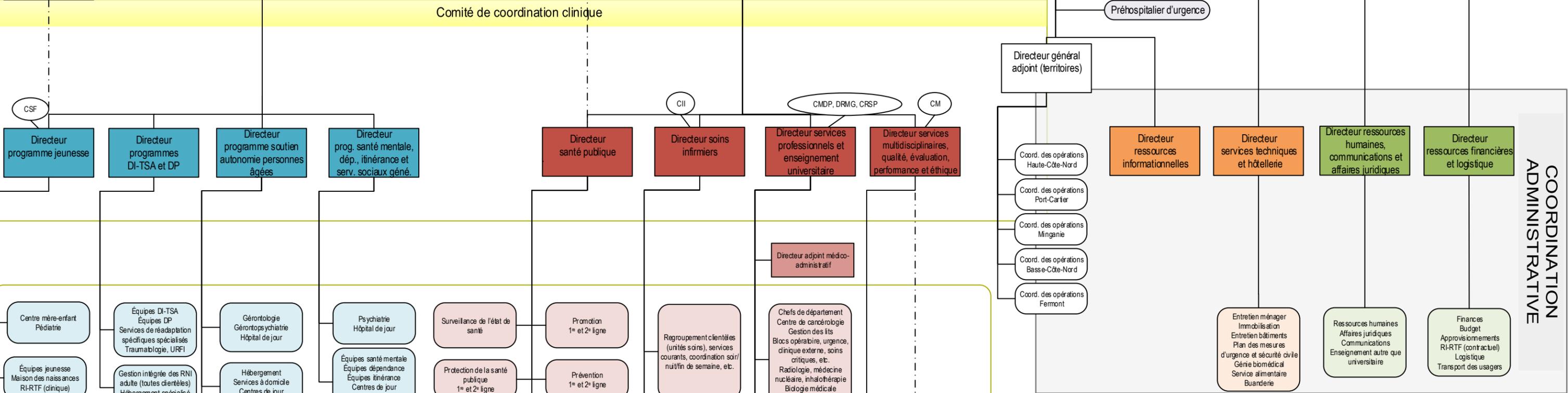
*Marc Fortin*  
 Marc Fortin  
 Président-directeur général



**Note :**

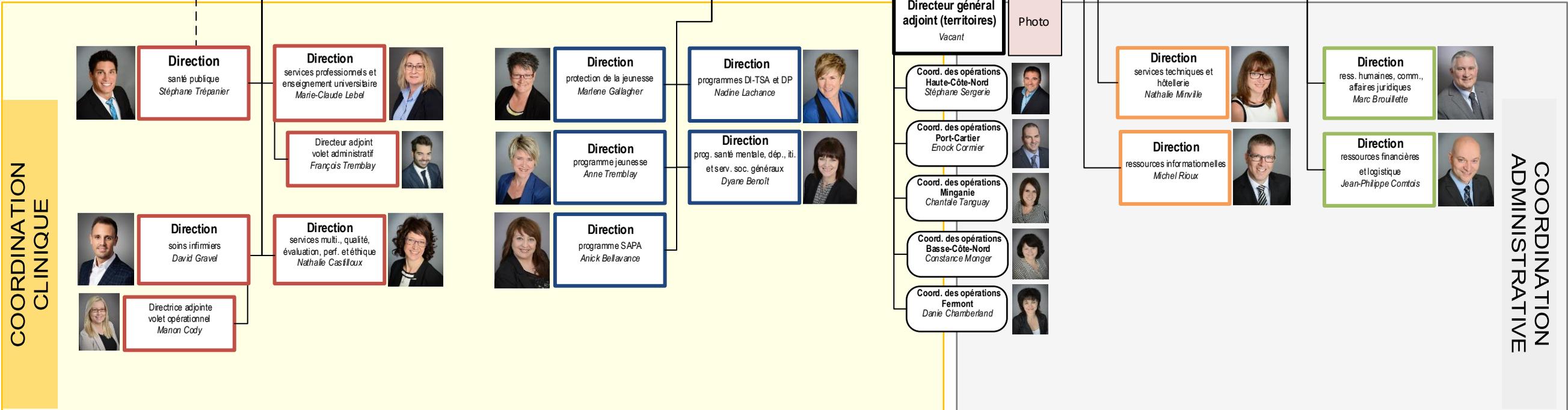
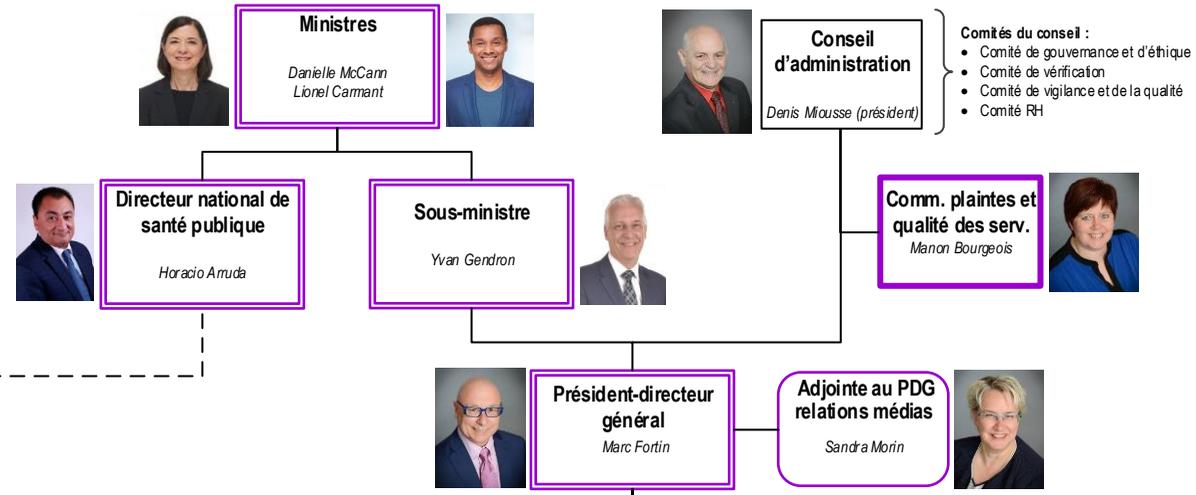
- Pour chaque site de l'établissement, il est à prévoir qu'un cadre dont le port d'attache est situé à la même adresse civique sera désigné comme responsable de site. Cette fonction est ajoutée aux responsabilités prévues pour ce cadre.

**Directeur protection de la jeunesse et directeur provincial**



# Macro structure organisationnelle du CISSS de la Côte-Nord

**Organigramme  
en évolution  
Au 31 mars 2019**



COORDINATION CLINIQUE

COORDINATION ADMINISTRATIVE

**Légende :**

- Poste haut fonctionnaire
- Poste cadre supérieur
- Poste cadre intermédiaire
- Poste de cadre intermédiaire (conseiller)

Couleurs associées selon directions

Couleurs associées selon directions

Couleurs associées selon directions

Lien hiérarchique ———

Lien fonctionnel - - - - -



## ANNEXE B : LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord  
Québec

Règlement du conseil d'administration

# Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

en vertu de la *Loi sur le ministère du conseil exécutif* (chapitre M-30)

communauté  
femmes  
Hommes  
services  
**santé**  
sociaux  
Gens  
milieu  
réseau

HUMAIN  
région  
société  
côte-nord  
vie  
famille

Conseil d'administration		
Approuvé le 2016-02-10	Révisé le .....	Révisé le .....

## 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 lobbysme* (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>4</sup>.

---

1. 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.

**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.

## 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 habilités 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 Discretion 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 nulle, 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.



A person stands on a dark rock in the foreground, their silhouette against a vibrant sunset sky. The sky transitions from a deep blue at the top to a bright orange and yellow near the horizon. In the distance, the aurora borealis (Northern Lights) is visible, displaying a spectrum of colors including purple, pink, and green. The horizon line is low, showing a calm body of water reflecting the sky's colors. A few small lights are visible on the distant shore.

# RAPPORT DE GESTION 2018-2019

---

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

[www.cisss-cotenord.gouv.qc.ca](http://www.cisss-cotenord.gouv.qc.ca)



Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord