



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



VRAI NORD

*COLLECTIVEMENT PERFORMANTS POUR DES SOINS ET DES SERVICES
ADAPTÉS ET À VALEUR AJOUTÉE POUR NOTRE POPULATION*

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2018-2019



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



CERTIFIÉE PAR LE 



VRAI NORD

*COLLECTIVEMENT PERFORMANTS POUR DES SOINS ET DES SERVICES
ADAPTÉS ET À VALEUR AJOUTÉE POUR NOTRE POPULATION*

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2018-2019

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

RESPONSABLE DES TRAVAUX

Nathalie Boisvert, présidente-directrice générale

COORDINATION DES TRAVAUX

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

RECHERCHE ET RÉDACTION

Jhon Alexander Montoya, spécialiste en procédés administratifs
Julie Pelletier, adjointe à la présidente-directrice générale
Relations médias, communications et affaires juridiques

RÉVISION LINGUISTIQUE ET MISE EN PAGE

Christiane Quessy, agente administrative

TRAVAUX D'IMPRESSION

Jasmine Gagné, technicienne en communication

CONCEPTION GRAPHIQUE

Lettrage Waldi

PHOTOGRAPHIE DE LA PAGE COUVERTURE

Source : Voltaic Photo pour le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
Lac Gilman à Chibougamau



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

Adopté par le conseil d'administration en séance non publique
du CRSSS de la Baie-James le 11 juin 2019

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

Dépôt légal — 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN 978-2-924364-50-5 (Imprimé)
ISBN 978-2-924364-51-2 (En ligne)

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

L'année qui se termine, riche encore une fois en matière de défis, fut exigeante au plan de la disponibilité des ressources humaines. Nous souhaitons exprimer toute notre gratitude à l'ensemble des équipes du CRSSS de la Baie-James pour le travail réalisé au cours de la dernière année, dans le contexte de notre situation de vulnérabilité. En effet, malgré le fait que certaines équipes fonctionnent à effectifs réduits, la clientèle continue de nous donner des commentaires très positifs, entre autres dans les sondages internes, quant aux liens établis lors de la prestation des soins et des services.



La pression exercée sur le personnel en raison de la rareté des ressources est importante. Parmi les actions posées pour améliorer la situation, mentionnons la prise en compte des suggestions et des commentaires recueillis lors de la tournée réalisée à l'automne 2018, du sondage et des groupes de discussion pour préparer la stratégie de recrutement et le plan d'action de la démarche Entreprise en santé. Tout au long de l'année, les commentaires des membres du personnel ont influencé les travaux du comité de direction et ceux des gestionnaires. Nous faisons valoir nos particularités nordiques auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux et nous avons une très bonne écoute de leur part.

Un chantier important pour la population de Chibougamau, Chapais et des communautés crie environnantes a démarré en 2018. Le CHSLD Boréal est présentement en construction et beaucoup d'efforts sont déployés pour la préparation de son ouverture prévue au cours des prochains mois. Nous avons à cœur d'offrir à la clientèle des espaces où il fera bon vivre.

Autres travaux d'importance, le bloc opératoire du Centre de santé de Chibougamau a été entièrement rénové après plus de 50 ans. Les espaces n'avaient pas connu de rénovation majeure depuis 1963, année de construction de l'édifice. Les travaux ont permis la mise aux normes pour l'adaptation aux nouvelles méthodes de travail et la prévention des infections. Ils permettent d'offrir un milieu de soin optimal avec des salles plus grandes, ce qui signifie pour la clientèle, des lieux d'interventions mieux adaptés. Cela se traduit, entre autres, par une aire d'attente pour les usagers préparés pour une chirurgie, de même qu'une salle d'endoscopie. L'investissement, majeur, s'élève à 4,8 millions de dollars.

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

Le président du conseil d'administration,

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'Denis Lemoyne'.

Denis Lemoyne

La présidente-directrice générale,

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'Nathalie Boisvert'.

Nathalie Boisvert

LA DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2018-2019 du CRSSS de la Baie-James :

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

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

La présidente-directrice générale,



Nathalie Boisvert

LE RAPPORT DE LA DIRECTION

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

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

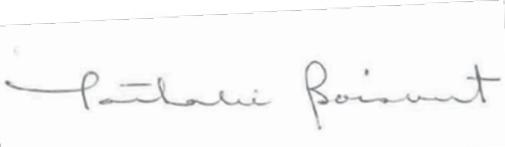
La direction du CRSSS de la Baie-James reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers, ce 11 juin 2019. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Dans ces circonstances, le CRSSS de la Baie-James a respecté son obligation légale de maintenir l'équilibre budgétaire entre ses charges et ses revenus pour chacun des fonds (exploitation et immobilisation) et globalement. De plus, notre établissement s'est conformé à celle de ne pas encourir de déficit en fin d'exercice.

Les états financiers ont été audités par la firme *Raymond Chabot Grant Thornton* dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme *Raymond Chabot Grant Thornton* peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

La présidente-directrice générale,



Nathalie Boisvert

Le directeur des ressources financières, techniques et informationnelles,



Jean-Luc Imbeault

LA TABLE DES MATIÈRES

LE MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE	I
LA DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES	II
LE RAPPORT DE LA DIRECTION	III
LA TABLE DES MATIÈRES	IV
LA LISTE DES FIGURES	VI
LA LISTE DES TABLEAUX	VI
LA LISTE DES ACRONYMES	VII
LA PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION, DU TERRITOIRE ET DE LA POPULATION	1
L'organisation	3
Le territoire	7
Le contexte géopolitique	8
La population	10
Profil sociodémographique.....	10
Profil sociosanitaire.....	11
Notre mission	13
La structure au 31 mars 2019	16
L'organigramme au 31 mars 2019.....	16
Composition du conseil d'administration au 31 mars 2019.....	17
Liste des comités du conseil d'administration.....	18
Les comités et conseils consultatifs du conseil d'administration	20
Conseil des infirmières et infirmiers (CII).....	20
Conseil multidisciplinaire (CM).....	21
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).....	23
Comité des usagers.....	25
LES FAITS SAILLANTS ET ENJEUX	27
Enjeu régional : Vieillesse de la population jamésienne	29
Enjeu régional : Recrutement et rétention du personnel	30
Plan stratégique ministériel 2015-2020	31
Orientation ministérielle 1 : Favoriser de saines habitudes de vie et la prévention des problèmes de santé.....	31
Orientation ministérielle 2 : Offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité au bénéfice des usagers.....	33
Orientation ministérielle 3 : Implanter une culture d'organisation innovante et efficiente dans un contexte de changement.....	34
LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ	35
Attentes spécifiques	37
Engagements annuels	43

LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ ET L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	61
L'agrément	63
La sécurité et la qualité des soins et des services	64
Les incidents-accidents	64
Le comité de gestion des risques et de la qualité	69
Le comité de vigilance et de la qualité	70
Le comité d'éthique clinique.....	71
Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement	71
L'examen des plaintes et la promotion des droits	72
L'information et la consultation de la population	73
L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie	74
LES RESSOURCES HUMAINES	75
Les effectifs au CRSSS de la Baie-James	77
Les effectifs médicaux	79
LES RESSOURCES FINANCIÈRES	81
Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	83
L'équilibre budgétaire	83
Les contrats de service	84
L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	84
La divulgation des actes répréhensibles	88
Allocations des ressources aux organismes communautaires	89
LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	91

LA LISTE DES FIGURES

FIGURE 1	Carte géographique de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec et tableau des distances	7
FIGURE 2	Symbole graphique de la représentation du concept du Vrai Nord relié à la gestion de la performance et de l'amélioration continue au CRSSS de la Baie-James	13

LA LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	Programmes-services offerts à la population et aux personnes aux prises avec des problématiques particulières.....	5
TABLEAU 2	Répartition des événements déclarés selon le type d'événement année 2018-2019.....	65
TABLEAU 3	Répartition des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B).....	66
TABLEAU 4	Répartition des trois principaux types d'accidents (indices de gravité C et plus).....	66
TABLEAU 5	Données cumulatives du 1 ^{er} avril 2018 au 31 mars 2019 du nombre de demandes et des personnes visées par la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. (RLRQ, chapitre P-38.001) ou par l'article 30 du Code civil du Québec.	72
TABLEAU 6	Soins de fin de vie prodigués au CRSSS de la Baie-James du 10 décembre 2017 au 31 mars 2019.....	74
TABLEAU 7	Données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs 2018-2019	77
TABLEAU 8	Évolution des effectifs en omnipratique	79
TABLEAU 9	Effectifs médicaux spécialisés	80
TABLEAU 10	Répartition des charges brutes par programmes	83
TABLEAU 11	Nombre et valeur des contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus conclus entre le 1 ^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019	84
TABLEAU 12	L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	85
TABLEAU 13	Divulgence des actes répréhensibles au CRSSS de la Baie-James 2018-2019	88
TABLEAU 14	Organismes communautaires subventionnés pour l'année 2018-2019 et 2017-2018	90

LA LISTE DES ACRONYMES

CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRSSS	Centre régional de santé et de services sociaux
CS	Centre de santé
ETC	Équivalent temps complet
GMF	Groupe de médecine de famille
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MOI	Main-d'œuvre indépendante
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SARDM	Système automatisé et robotisé de la distribution des médicaments
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance
TED	Troubles envahissants du développement



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

L'ORGANISATION

Le CRSSS de la Baie-James est issu de la fusion de cinq établissements de santé de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec, et ce, depuis 1996. De plus, en 1999, ce nouvel établissement a aussi intégré la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nord-du-Québec, devenant à l'époque le seul établissement du Québec à comprendre dans sa mission globale des responsabilités d'agence de la santé et des services sociaux (ASSS). Le CRSSS de la Baie-James est l'unique établissement basé dans la région et offrant des services de santé et des services sociaux à la population de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec (région 10).

Le réseau sociosanitaire québécois a connu une refonte majeure au 1^{er} avril 2015 avec la loi 10 visant à abolir les agences et à intégrer nombre d'établissements selon des territoires de services. Étant donné que le CRSSS de la Baie-James avait procédé jadis à l'intégration de ces services, il fut exclu de cette loi. Toutefois, suivant une logique d'harmonisation des structures et des mécanismes de coordination, le CRSSS de la Baie-James a profité de cette réforme pour revoir son plan d'organisation. Il va sans dire que ce changement en profondeur visait avant tout la transformation du réseau pour plus d'accessibilité et d'efficacité. En ce sens, notre établissement s'inscrit dans cette même volonté d'amélioration : collectivement performants pour des soins et des services adaptés et à valeur ajoutée pour notre population.

Le réseau de services de santé et de services sociaux a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes, d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. Il vise plus particulièrement à :

1° réduire la mortalité due aux maladies et aux traumatismes ainsi que la morbidité, les incapacités physiques et les handicaps;

2° agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion;

3° favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes;

4° favoriser la protection de la santé publique;

5° favoriser l'adaptation ou la réadaptation des personnes, leur intégration ou leur réintégration sociale;

6° diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes;

7° atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions.

On retrouve, au sein de l'établissement, les missions de :

- ASSS (art. 530.45 et 340 à 396);
- Centre local de services communautaires (CLSC) (art. 80);
- Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) (art. 81 et 85);
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (art. 83);
- Centre de réadaptation (CR) externe, pour les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED), pour personnes alcooliques et autres personnes toxicomanes (art. 84 et 86).

Le CRSSS de la Baie-James a un centre de santé dans chacune de ces communautés :

- Chapais CS René-Ricard
- Chibougamau CS de Chibougamau
- Lebel-sur-Quévillon CS Lebel
- Matagami CS Isle-Dieu
- Radisson CS de Radisson

Une nouvelle installation est en construction à Chibougamau : un CHSLD.

Le CRSSS de la Baie-James dessert les localités de Valcanton et Villebois en ce qui concerne le financement des soins, des services et des organismes communautaires. Les volets de prévention et de promotion de la santé et l'offre de service sont assurés par entente de service avec le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (antérieurement connu sous l'appellation Centre de santé et de services sociaux [CSSS] des Aurores-Boréales de La Sarre). Une infirmière de milieu et une travailleuse sociale professionnelle œuvrent dans ces localités depuis de nombreuses années. Finalement, le centre administratif, basé à Chibougamau complète l'organisation du CRSSS de la Baie-James.

La mission des centres jeunesse (CJ) est endossée historiquement par les régions du Saguenay–Lac-Saint-Jean, région 02, pour le secteur est, et celle de l'Abitibi-Témiscamingue, région 08, pour le secteur ouest, et ce, par ententes de service signées avec les centres intégrés de santé et de services sociaux de ces deux régions.

Tel qu'il est établi dans la LSSSS, notre établissement peut signer une entente avec une autre région en ce qui a trait à l'exercice du mandat légal confié à une Direction de santé publique (DSP). Cette entente est signée depuis 1997 avec le CISSS des Laurentides, région 15. C'est le directeur de santé publique de ce CISSS qui est responsable de cette direction, incluant les mandats de l'équipe de notre établissement, et de ses activités pour notre région.

Il est important de mentionner également l'organisation particulière du secteur de la santé au travail dans notre région, assumée par deux directions de santé publique différentes. Ainsi, historiquement, la DSP du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean assure les services pour les villes de Chapais et Chibougamau, tandis que celles de Lebel-sur-Quévillon et Matagami sont couvertes par la DSP du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Toutefois, des travaux sont menés afin de clarifier la responsabilité de ce secteur d'activité, son organisation et sa structure pour la partie ouest de notre région, qui devra inclure les localités de Radisson, de Villebois et de Valcanton.

Depuis 2007, notre établissement fait partie de deux territoires du réseau universitaire intégré de santé (RUIS, soit le RUIS-Laval (Québec) et le RUIS-McGill (Montréal)). Nul doute que ceci favorise la concertation, la complémentarité, l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de santé ayant une désignation universitaire et des universités auxquelles est affilié notre établissement.

Chapais et Chibougamau par le RUIS-Laval (Québec);
 Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Radisson par le RUIS-McGill (Montréal);
 La population crie est desservie par le RUIS-McGill (Montréal).

Le CRSSS de la Baie-James offre tous les services de première ligne du réseau de la santé, de même que certains services de deuxième ligne. Selon la taille du centre de santé et donc de l'équipe en place, cette offre est modulée. Par exemple, à Chibougamau l'offre de service est la plus étendue et à Radisson, la plus restreinte.

TABEAU 1 :
Programmes-services offerts à la population
et aux personnes aux prises avec des problématiques particulières

Légende S Services offerts sur place D Services offerts sur place grâce à un soutien à distance C Services offerts sur place par des consultants GMF Services offerts en groupe de médecine de famille	Centre de santé René-Ricard Chapais*	Centre de santé de Chibougamau Chibougamau	Centre de santé Lebel Lebel-sur-Quévillon	Centre de santé Isle-Dieu Matagami	Centre de santé de Radisson Radisson
Services généraux et activités cliniques et d'aide					
Accueil, évaluation, orientation et référence (intervention en situation de crise)	S	S	S	S	S
Consultations médicales en médecine de famille	S	GMF	S	S	S
Nutrition	S	S	S	S	S
Périnatalité	S	S	S	S	S
Pharmacie	D	S	D	D	D
Réadaptation physique	S	S	S	S	
Services ambulatoires	S	S	S	S	S
Services de consultation psychosociale	S	S	S	S	S
Soutien à domicile (services professionnels, aide à domicile, soutien aux proches aidants et aux familles)	S	S	S	S	S
Soutien diagnostique (biologie médicale, imagerie médicale, cardiologie, pneumologie)	D	S	S	S	D
Santé publique					
Prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux	S	S	S	S	S
Promotion de la santé (intervention communautaire)	S	S	S	S	S
Protection	S	S	S	S	S
Déficiences physique, déficiences intellectuelle et TED					
Adaptation/réadaptation (DI-TED), réadaptation physique (DP), soutien aux familles, intégration sociale	S	S	S	S	D
Dépendances					
Désintoxication, réadaptation externe et réinsertion sociale	S	S	S	S	D
Perte d'autonomie liée au vieillissement					
Centre de jour	S	S			
Évaluation incapacités fonctionnelles	S	S	S	S	D
Hébergement en milieu de vie (nombre de lits)		24	5	4	
Hébergement temporaire (nombre de lits)		2	2	2	
Ressources intermédiaires et ressources de type familial	S	S	S		
Jeunes en difficulté					
Soutien et suivi aux jeunes et à leur famille, équipe d'intervention jeunesse, intervention de crise et suivi intensif, programme de négligence, réadaptation psychosociale	S	S	S	S	D
Santé mentale					
Évaluation et traitement de 1 ^{re} ligne des troubles mentaux	S	S	S	S	S
Spécialité médicale : psychiatrie		S			

Légende S Services offerts sur place D Services offerts sur place grâce à un soutien à distance C Services offerts sur place par des consultants GMF Services offerts en groupe de médecine de famille	Centre de santé René-Ricard Chapais*	Centre de santé de Chibougamau Chibougamau	Centre de santé Lebel Lebel-sur-Quévillon	Centre de santé Isle-Dieu Matagami	Centre de santé de Radisson Radisson
Santé physique					
Chirurgie		S			
Hémodialyse		D			
Maladies chroniques, lutte au cancer et soins palliatifs	S	S	S	S	S
Médecine interne		S			
Gynécologie et obstétrique		S			
Soins de courte durée (obstétrique et pédiatrie à Chibougamau) (nombre de lits)		27	4	4	
Soins de fin de vie (nombre de lits)		1			
Soins optima (nombre de lits)		3			
Spécialités médicales : anesthésie, cardiologie, chirurgie générale, gynécologie, néphrologie, ORL, orthopédie, pédiatrie, microbiologie, pneumologie, pédiatrie et urologie		C			
Spécialités médicales : biochimie médicale et radiologie		C	C	C	
Urgence (à Radisson, de type CLSC le jour et sur appel la nuit)	S	S	S	S	S

LE TERRITOIRE

La région de la Baie-James est localisée dans la portion ouest de la province de Québec, entre les 49^e et 55^e parallèles de latitude nord. La Baie-James occupe une superficie de 339 698 km², soit 22 % de celle de la province. D’est en ouest, la région s’étend sur 640 km, soit l’équivalent du trajet entre la ville de Québec et Sept-Îles sur la Côte-Nord. À l’ouest, elle est bordée par les rives de la baie James ainsi que la frontière ontarienne et à l’est, par la ligne de partage des eaux des bassins hydrographiques de la baie James et du fleuve Saint-Laurent.

La planification et la gestion de ce territoire ainsi que ses ressources nécessitent une approche réseautée en lien avec ses spécificités nordiques. La cohabitation des usagers, la poursuite des attentes des communautés jamésiennes et autochtones ainsi que la concertation de tous les acteurs impliqués notamment au niveau de la santé et des services sociaux en sont des exemples. Les enjeux qui en découlent rejoignent des préoccupations environnementales, sociales et économiques chez les communautés résidentes, mais également au sein de la population québécoise en général.

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

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



Distance en kilomètres

	Radisson	Matagami	L-S-Q*	Chapais	Chibougamau	Villebois	Val-Paradis	Beaucanton
	625	349/113 ¹	214	44	566	17	16	
	977	563	262	522	569	525	552	14
	1152	607	308	311	294	314	314	314
	1235/792 ²	952	956	939				

* Lebel-sur-Quévillon

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

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

Source : Société de développement de la Baie-James

LE CONTEXTE GÉOPOLITIQUE

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

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

Elle traduit la volonté du gouvernement du Québec de soutenir l'initiative et la vie dans le Nord-du-Québec, en collaboration avec les peuples autochtones, en :

(...) [misant] sur une approche de développement durable [valorisant] la responsabilisation des populations du territoire (...) [reconnaissant] et [intégrant] dans la gouverne de l'État québécois les spécificités du Nord-du-Québec et de son développement².

Il est de la responsabilité des communautés du Nord-du-Québec de faire valoir leurs besoins et la politique vise à appuyer et valoriser les initiatives des communautés pour offrir aux résidents la meilleure qualité de vie possible. Dans cet ordre d'idées, le nouveau plan d'organisation du CRSSS de la Baie-James vise à pourvoir l'établissement d'une assise de développement solide en matière de santé et de services sociaux afin de soutenir la population du territoire dans les domaines de la santé et des services sociaux.

Toujours en juin 2001, l'Assemblée nationale adoptait une loi, dite « Loi de la gouverne », qui modifiait la LSSSS, apportant ainsi des ajustements au processus de gestion du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Un amendement important pour la région du Nord-du-Québec avait été apporté à l'article 530.45 qui stipulait, jusqu'alors : « (...) qu'aucune régie régionale [n'était] instituée sur le territoire ». Depuis, cet article se lit comme suit : « (...) l'établissement public visé par la présente partie est réputé agir comme une agence lorsqu'il exerce les diverses attributions et responsabilités que lui confèrent les dispositions particulières édictées par la présente partie. » Le CRSSS de la Baie-James disposait donc alors des responsabilités dévolues à une ASSS.

Avec ses mandats et ses défis, le CRSSS de la Baie-James s'est ainsi révélé une organisation précurseur au Québec, de par ses responsabilités mixtes d'établissement comme d'agence, de même que par le nombre de missions qui lui ont été confiées.

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

² *Ibid.*

Le contexte géopolitique fut marqué le 9 mai 2011, par le lancement du Plan Nord. Cet ambitieux projet, s'étalant sur 25 ans, se veut l'un des plus grands chantiers du développement économique, social et environnemental du Québec. À cet égard, le CRSSS de la Baie-James désire se positionner en amont afin de pouvoir offrir des services accessibles et de qualité. Tel que le stipule le Plan Nord :

La disponibilité des soins de santé et des services sociaux constitue un enjeu majeur pour le Plan Nord. Les infrastructures en place répondent en général aux besoins des populations établies dans le territoire concerné, sans pour autant offrir les ressources nécessaires pour satisfaire les nouvelles populations qui s'y installeront et leurs besoins particuliers. Tout développement et tout accroissement de la main-d'œuvre nécessiteront la mise en place de soins de santé et de services sociaux supplémentaires pour cette nouvelle clientèle³.

Enfin, une nouvelle réalité nordique vient désormais toucher le territoire et sa gouverne, comme le stipule le gouvernement du Québec, en instaurant le Gouvernement régional d'Eeyou Istchee Baie-James :

Afin de mettre en œuvre plusieurs des dispositions de l'Entente sur la gouvernance dans le territoire d'Eeyou Istchee Baie-James entre les Cris d'Eeyou Istchee et le gouvernement du Québec, la Loi instituant le Gouvernement régional d'Eeyou Istchee Baie-James et apportant certaines modifications législatives concernant le Gouvernement de la nation crie a été adoptée et sanctionnée en juin 2013.

Cette loi prévoit, notamment, l'entrée en fonction du Gouvernement régional d'Eeyou Istchee Baie-James (Gouvernement régional), le 1^{er} janvier 2014. Il remplacera dorénavant la Municipalité de Baie-James (MBJ).

Il s'agit d'une étape historique dans l'établissement d'un véritable partenariat entre les Jamésiens et les Cris, ce qui bénéficiera à l'ensemble du Québec.

Le Gouvernement régional sera régi selon les lois du Québec et exercera les mêmes compétences, fonctions et pouvoirs sur les terres de la catégorie III situées dans le territoire d'Eeyou Istchee Baie-James que ceux qui étaient jusqu'alors attribués à la MBJ. Le Gouvernement régional aura la possibilité de déclarer sa compétence à l'égard des domaines de compétence relevant d'une municipalité régionale de comté (MRC). Il agira également à titre de conférence régionale des élus (CRÉ) à l'égard du territoire et des ressources.⁴

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

⁴ <http://www.infogouvernementregional.gouv.qc.ca/> Le Gouvernement régional d'Eeyou Istchee Baie-James : un modèle de collaboration entre deux nations, consulté le 22 août 2014.

LA POPULATION

PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE

Malgré sa dimension exceptionnelle, le territoire n'est que très peu densément peuplé. En effet, les données du dernier recensement de 2016^[1] établissent à 13 825 personnes la population jamésienne, soit une baisse de 2 % depuis 2011. Notre population ne représente que 0,1 % de la population québécoise. La région comptait en 2016, 7 215 hommes et 6 620 femmes.

Les Jamésiens sont regroupés principalement dans les municipalités de Chapais, Chibougamau, Lebel-sur-Quévillon et Matagami. Une cinquième, la Municipalité de Baie-James, incluait jadis, les localités de Radisson, Valcanton et Villebois ainsi que les hameaux de Desmaraisville et Miquelon. La Municipalité de Baie-James a été dissoute en janvier 2014. Les citoyens de ces localités résident maintenant sur le territoire du Gouvernement régional d'Eeyou Istchee Baie-James^[2]. La taille des cinq municipalités varie entre 1100 et 7500 résidants. Chaque municipalité est éloignée des autres et la région se trouve, elle aussi, éloignée des grands centres urbains.

Par ailleurs, lorsqu'on ajoute la population crie habitant le même territoire, soit 17 141 personnes, le nombre de résidents s'élève à 30 966 personnes. Si les Cris possèdent leur propre réseau de santé et de services sociaux, en pratique, nous dispensons des services aux autochtones, surtout pour certaines communautés du sud, situées à l'intérieur des terres : Mistissini, Oujé-Bougoumou et Waswanipi. Cette population s'élevait à 5 929 personnes en 2011 et à 6 019 en 2016. Fait significatif : En 10 ans (2006-2016), ces trois communautés ont enregistré une augmentation de leur population de 21 %. Plus au nord, les habitants du village de Radisson sont dirigés régulièrement vers Chisasibi lors des visites de médecins spécialistes ou pour des examens radiologiques par exemple.

Nous constatons une baisse démographique continue dans la région sociosanitaire nord-québécoise, malgré une économie cyclique : plus de 46 % en 30 ans. Ceci s'explique notamment par la fin des travaux de la Baie-James, la fermeture de la base militaire (station radar) à Chibougamau, la fermeture de la localité de Joutel, la création des communautés autochtones hors de notre territoire, la fermeture des mines et des usines, l'exode de la population devenue inactive (soit en raison du chômage ou encore de la retraite), et les jeunes qui quittent la région pour poursuivre des études supérieures. Toutefois, certains reviennent.

En somme, les caractéristiques des Jamésiens sont assez homogènes. On y retrouve une population majoritairement francophone, au rythme de vieillissement plus rapide qu'au Québec, une proportion plus élevée d'hommes que de femmes, mais à partir de 75 ans cette tendance s'inverse, des personnes moins scolarisées qu'au Québec, mais actives économiquement et déclarant des revenus supérieurs à ceux du Québec. Malgré un niveau de revenus plus avantageux dans la région qu'au Québec, des disparités existent entre les hommes et les femmes, les aînés et les autres groupes d'âge et entre les municipalités jamésiennes. La région compte moins de personnes prestataires de l'assistance sociale qu'au Québec et la majorité de ceux qui en reçoivent ont une contrainte les empêchant d'accéder à un emploi.

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

Même si le bilan régional paraît plutôt favorable par rapport à celui de l'ensemble du Québec, l'analyse des caractéristiques des dernières années démontre une facette probablement un peu moins positive. En effet, le déclin observé au plan démographique — départ de la population, baisse de la natalité, hausse du nombre de décès, projections démographiques à la baisse — semble coïncider avec certains ralentissements sur le plan de l'activité économique, qui ont inévitablement un impact sur la dynamique communautaire et la santé des collectivités. En effet, on assiste à une tertiarisation des emplois associée à une féminisation de la main-d'œuvre pour compenser les pertes

d'emplois associés au secteur primaire. Les emplois basés sur les ressources naturelles tendent à prendre moins d'ampleur.

Évidemment, la structure de la population n'est pas étrangère à sa présence récente sur le territoire. L'attrait que représentait la région, sur le plan des emplois, a attiré de jeunes familles et une main-d'œuvre généralement en bonne santé. La vie économique dans la région sociosanitaire du Nord-du-Québec gravite, en grande partie, autour de l'exploitation de ses ressources naturelles, minérales et métalliques, forestières et des industries de fabrication et de services qui en émanent. Ainsi, la faible diversité des activités, surtout du secteur primaire, combinée à la prédominance des entreprises de grande taille, contribuent au développement de localités mono-industrielles, les rendant vulnérables aux vicissitudes de l'économie.^[3]

PROFIL SOCIOSANITAIRE

D'entrée de jeu, précisons que les proportions régionales, soit les pourcentages et les comparaisons avec le Québec, sont sujettes à de grandes variations en raison des petits nombres, ce qui incite à la prudence dans l'interprétation des données.

On peut apprécier certaines améliorations de la santé de la population jamésienne au cours de la dernière décennie. Cependant, il faut garder en tête qu'un bilan positif de santé peut rapidement s'en trouver affecté puisque la réalité des Jamésiens est marquée par une baisse démographique continue et un vieillissement accéléré de la population. Qui plus est, cette réalité est également assujettie aux variations cycliques d'une économie axée sur l'exploitation des ressources naturelles ainsi qu'aux perspectives d'un développement nordique. Les prévisions demeurent difficiles à établir puisqu'elles peuvent changer rapidement, favorablement ou défavorablement, en fonction du marché économique.

La population jamésienne se démarque quant à :

- L'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé qui se sont prolongées dans la région;
- La situation socioéconomique dans la région semble favorable à l'égard de l'emploi et du revenu et conséquemment, moins de Jamésiens vivent avec des revenus insuffisants. Cependant, le fait qu'il y ait peu de personnes précaires économiquement ne signifie pas qu'il n'y en ait pas. Les problèmes de santé et les habitudes de vie néfastes sont généralement plus répandus auprès de ce groupe;
- La qualité des liens entretenus, la participation sociale et la diversité de l'aide rendant l'environnement propice, voire protecteur, à la santé et au bien-être d'une majorité de Jamésiens;
- La perception très positive de l'état de santé physique et mentale, le faible niveau de détresse psychologique et la part très faible de la population qui se perçoit comme pauvre ou très pauvre;
- Un bilan routier plutôt favorable;
- L'utilisation de la contraception hormonale combinée est un comportement moins répandu chez les Jamésiennes que les Québécoises de 15 à 49 ans sexuellement actives;
- Le brossage des dents est une habitude d'hygiène buccodentaire bien ancrée dans la région tout particulièrement chez les femmes et les jeunes;
- Le niveau élevé de détresse psychologique attribuable au travail est moins répandu chez les travailleurs jamésiens que ceux de la province.

Les éléments de pression, actuels et anticipés, qui influencent le réseau de santé et des services sociaux du Nord-du-Québec :

- La décroissance continue de la population jamésienne, mais qui pourrait rapidement être renversée par une arrivée massive de travailleurs masculins;

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

Tout bien considéré, le bilan de l'état de santé et de bien-être des Jamésiens apparaît favorable, mais il s'en trouve tout de même vulnérable. Plusieurs défis se profilent en raison de la décroissance démographique, des conditions socioéconomiques variables, de l'augmentation inquiétante des cancers et surtout, du vieillissement accéléré de la population jamésienne. Certaines tendances rappellent la nécessité de poursuivre, voire d'intensifier les actions qui peuvent faire une différence sur la santé globale.

L'état de santé et de bien-être des Jamésiens démontre une prévalence de maladies chroniques qui ont des conséquences sur l'utilisation des services de santé et des services sociaux. La prise en charge des malades entraîne des coûts, directs et indirects, supportés en partie par le système de santé. L'enjeu majeur sera d'œuvrer pour que les maladies chroniques ne risquent pas de devenir un fardeau économique et social auquel le système de santé et de services sociaux de la région devra faire face. Avec une priorisation d'actions concertées en promotion et en prévention, une réorganisation du système axée sur les principaux facteurs de risques communs aux principales maladies chroniques s'avère une nécessité.

Tous ces défis convergent vers un objectif structurant : inscrire notre organisation de santé dans une dynamique de performance afin de faire face à l'éventuelle augmentation des dépenses associées aux soins de santé et demandes de services.

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

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

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

NOTRE MISSION

L'énoncé de la mission

Améliorer et maintenir la santé et le bien-être de la population du territoire sociosanitaire du Nord-du-Québec, en offrant une gamme de services sécuritaires la plus complète, notamment des services de surveillance, de protection, de promotion, de prévention, d'évaluation, d'intervention (diagnostic et traitement), de réadaptation, de soutien et d'hébergement, ainsi que l'accompagnement en fin de vie.

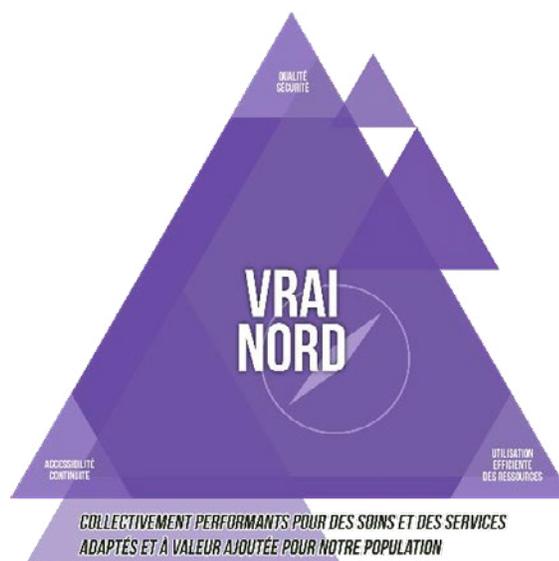
D'un point de vue légal, en plus d'exercer les fonctions propres aux missions des centres qu'il exploite, le CRSSS de la Baie-James exerce les responsabilités d'une agence de santé et de services sociaux et est réputé agir comme une agence (RLRQ, c. S-4.2). Il endosse les responsabilités prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour chacune des missions énoncées aux lettres patentes et au permis d'exploitation de l'établissement :

- Agence (articles : 340 à 396 et 530.45);
- Centre local de services communautaires (CLSC) (article : 80);
- Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (articles : 81 et 85);
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée (article : 83);
- Centre de réadaptation (externe) pour personnes souffrant de déficience de troubles envahissants du développement (TED), de déficience intellectuelle (DI), pour personnes alcooliques et toxicomanes (article : 84).

La vision stratégique : Le Vrai Nord

La philosophie de gestion au CRSSS de la Baie-James repose sur le Vrai Nord afin de gérer chacune des missions par le partage d'information et une prise de décision responsable. Comme le révèle la figure ci-dessous, la vision stratégique du Vrai Nord se traduit comme suit : Collectivement performants pour des soins et des services adaptés et à valeur ajoutée pour notre population.

FIGURE 2 :
Symbole graphique de la représentation du concept du Vrai Nord relié à la gestion de la performance et de l'amélioration continue au CRSSS de la Baie-James



Le **Vrai Nord** se veut l'équilibre à atteindre entre trois dimensions spécifiques. Cette vision de performance prend appui sur trois axes stratégiques que nous souhaitons réaliser à l'aide de notre nouveau plan d'organisation.

1. **Qualité-sécurité** : C'est améliorer la santé par une offre globale de services sécuritaires et de qualité, incluant une action sur les déterminants de la santé, afin de réduire les risques, l'incidence et la prévalence des problèmes de santé au sein de la population;
2. **Accessibilité-continuité** : C'est améliorer l'expérience personnelle de soins des individus et de leurs proches, par une intégration appropriée des soins et des services à travers des continuums d'interventions interdisciplinaires, où les personnes participent activement à leur prise en charge;
3. **Utilisation efficiente des ressources** : C'est éliminer les divers gaspillages en impliquant les ressources humaines dans l'optimisation des ressources financières, technologiques et informationnelles consenties afin d'appuyer efficacement la prestation de services.

Les valeurs

Bienveillance et respect

La bienveillance met en évidence le sentiment de considération et d'humanisme à l'égard des personnes et des organisations avec lesquelles nous transigeons. Elle est une disposition d'esprit amenant à la compréhension et à l'indulgence. Le respect, c'est agir avec déférence, faire preuve de courtoisie, de bienveillance, d'écoute, de discrétion et de professionnalisme. Sur le plan de la gestion, la bienveillance place les valeurs humaines au-dessus de toutes les autres valeurs et au cœur de nos décisions. La bienveillance c'est également prendre le temps d'expliquer les orientations, les décisions et de s'assurer de leur compréhension. C'est mettre en place des mécanismes permettant la rétroaction.

Collaboration et partenariat

La collaboration et le partenariat mettent en valeur l'importance du travail d'équipe qui doit guider les actions de l'ensemble du personnel, puisque nous sommes tous interdépendants. Cette valeur encourage les comportements d'entraide et de partage d'information et exprime notre manière d'être entre nous, avec tous nos partenaires communautaires et socioéconomiques et surtout l'usager. Cette valeur reconnaît aussi l'apport essentiel de l'ensemble des intervenants dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Dans son application, cette valeur requiert aussi de la flexibilité à l'égard de notre responsabilité populationnelle.

Cohérence

La cohérence met en lumière l'importance de rester alignés sur la mission et la vision stratégique de l'établissement dans le respect des orientations nationales. Cette valeur recherche constamment une unité dans les actions et les efforts déployés visant la performance, soit l'atteinte des objectifs sociosanitaires, notre Vrai Nord. Cette valeur s'appuie sur les liens étroits et la compréhension commune qui doivent exister au sein du personnel de tous les secteurs autour des orientations et objectifs poursuivis par l'organisation. La cohérence s'appuie sur la pérennité des actions et des décisions prises, tout en s'adaptant aux changements. Elle incite à la persévérance, à la transparence et au courage de l'ensemble des intervenants dans la réalisation des choix convenus et partagés.

Compétence

La compétence valorise la qualité et la sécurité des services que nous offrons aux citoyens et à nos partenaires. La compétence est une valeur où chaque employé s'acquitte de sa tâche avec professionnalisme et met à contribution ses connaissances et ses habiletés dans l'atteinte des résultats visés. Cette valeur encourage la performance et la rigueur au regard des objectifs poursuivis et de l'utilisation optimale des ressources disponibles. La compétence, c'est aussi favoriser le développement professionnel et personnel des employés de notre réseau. C'est s'améliorer et être animé par la volonté de gérer notre crédibilité.

Les principes directeurs

Pour chaque décision à prendre et geste à poser en fonction du Vrai Nord, nos principes directeurs guident tout autant les administrateurs, les membres du personnel et les médecins, peu importe leur rôle.

- Le maintien des services de proximité à l'égard de notre responsabilité populationnelle;
- Une révision nécessaire de nos processus et une volonté de s'améliorer en continu;
- Un leadership clinique renouvelé et une gouvernance imputable;
- La recherche de l'équilibre de toutes les dimensions de la performance;
- L'obligation de se comparer aux meilleurs.

Les bonnes pratiques

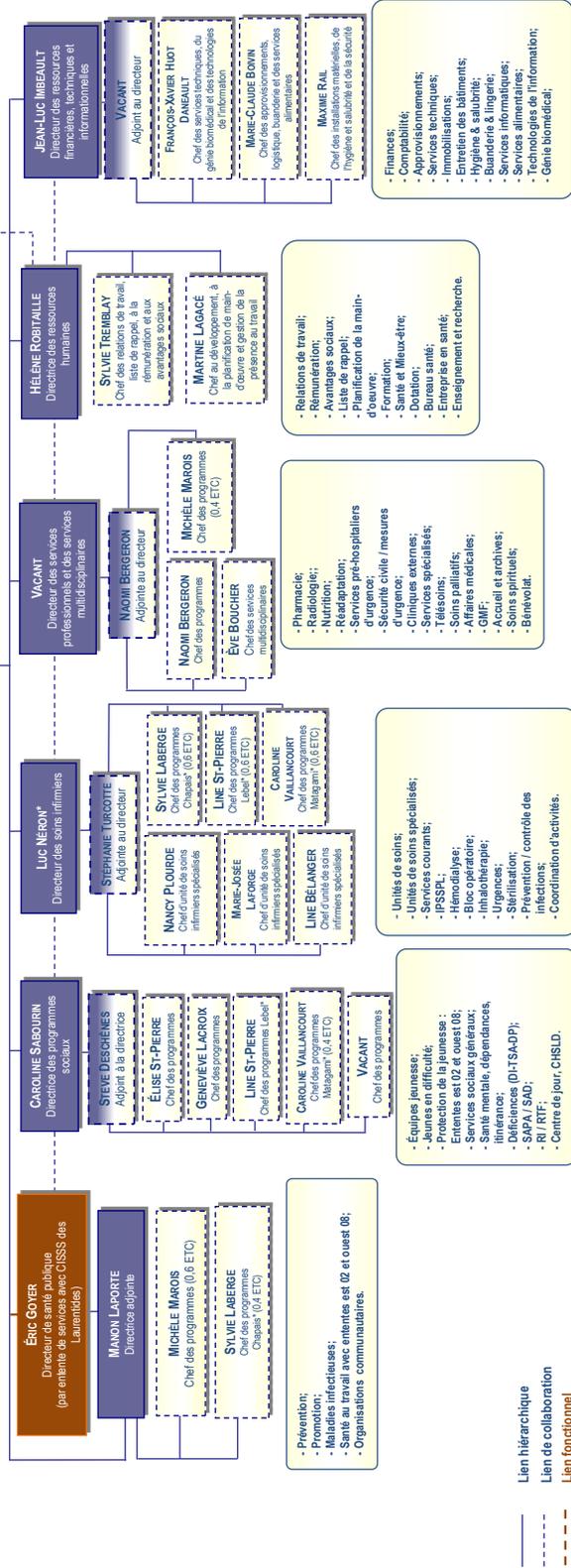
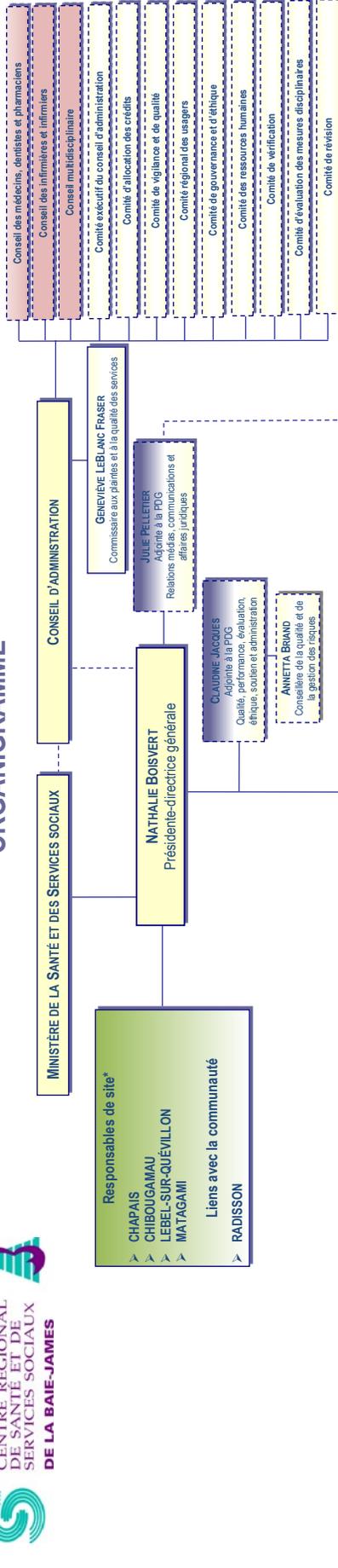
La recherche d'équilibre entre toutes les dimensions de la performance du Vrai Nord doit miser sur un plan d'organisation qui met à l'avant-plan de nouvelles pratiques de gestion. Certains critères de performance de la gestion des organisations ressortent comme étant essentiels à la réussite de la vision du changement souhaitée. Une collaboration renouvelée qui interpelle différemment l'apport des directions, des médecins et des usagers ainsi que la révision de nos processus, est au cœur des comportements de gestion attendus.

- Collaborer à des projets communs et en être imputable ensemble;
- Inclure le patient et ses proches en tant que partenaires de soins;
- Vers une culture d'amélioration continue de la performance : prendre la pleine conscience des processus cliniques et administratifs pour en assurer leur maîtrise et bien servir.



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

ORGANIGRAMME



— Lien hiérarchique
- - - Lien de collaboration
- - - Lien fonctionnel

**COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
31 MARS 2019**

POPULATION :

M^{me} Diane Gaudreault, Chapais
M^{me} Madeleine Larue, Radisson

COMITÉ DES USAGERS :

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

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS :

D^{re} Julie Deschamps, Chibougamau

CONSEIL DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES :

M^{me} Patricia Landry, Chibougamau

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE :

M^{me} Jeannick Gauthier, Chibougamau

**PERSONNEL NE FAISANT PAS PARTIE DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS, DU CONSEIL DES
INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS, NI DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE :**

Poste vacant

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

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

COOPTATION :

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

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

M^{me} Nathalie Boisvert

**LISTE DES COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
Officiers et membres des comités
au 31 mars 2019**

COMITÉ EXÉCUTIF (OFFICIERS)

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

COMITÉ ADMINISTRATIF

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

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES (désignation du président à venir)

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

Invitée du comité :

- M^{me} Hélène Robitaille, directrice des ressources humaines

COMITÉ DE VÉRIFICATION (désignation du président à venir)

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

Invités du comité :

- M^{me} Nathalie Boisvert
- M. Jean-Luc Imbeault, directeur des ressources financières, techniques et informationnelles

COMITÉ D'ALLOCATION DES CRÉDITS RÉGIONAUX (désignation du président à venir)

- M^{me} Diane Gaudreault
- M^{me} Séphany Gaudreault
- M^{me} Nathalie Ayotte

COMITÉ DE RÉVISION (selon la LSSS, le président du C. A. n'y siège pas (n'y est pas nommé) et le membre du C. A. au comité est d'emblée le président du comité)

- M^{me} Manon Forget..... présidente du comité
- D^r Martin Leclerc
- D^{re} Natalie Vachon

Membre substitut :

- D^{re} Paule Bergeron

COMITÉ RÉGIONAL DES USAGERS

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

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

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

COMITÉ RÉGIONAL DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ (désignation du président à venir)

- M^{me} Nathalie Boisvert..... secrétaire et PDG
- M^{me} Geneviève LeBlanc Fraser commissaire aux plaintes et à la qualité des services
- M. Michel Patry
- M. Denis Lemoyne
- M^{me} Marjolaine Racicot
- M^{me} Madeleine Larue

COMITÉ D'ÉVALUATION DES MESURES DISCIPLINAIRES (désignation du président à venir)

- M^{me} Nathalie Boisvert..... secrétaire et PDG
- M. Denis Lemoyne président
- M^{me} Madeleine Larue
- D^{re} Julie Deschamps
- M^{me} Stéphanie Gaudreault

LES COMITÉS ET CONSEILS CONSULTATIFS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION⁵

Les comités et conseils relevant du conseil d'administration doivent rendre compte de leurs activités en séance régulière au moins une fois l'an. Au sein de ce rapport annuel, les trois conseils prévus par la loi décrivent leurs mandats et les faits saillants de l'année complétée, soit le conseil des infirmières et infirmiers (CII), le conseil multidisciplinaire (CM) et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Nous y incluons également le comité des usagers.

De plus, suivant la circulaire ministérielle, les comités du conseil d'administration qui ont trait à la qualité et à la sécurité des usagers présentent également leurs activités au sein du rapport annuel de gestion du CRSSS de la Baie-James, soit : le comité de gestion des risques et le comité de vigilance et de la qualité. Les travaux de ces comités sont dans la section portant sur la sécurité et la qualité des soins et des services.

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

Mandat

La *Loi sur les services de santé et des services sociaux* prévoit la formation d'un conseil des infirmières et infirmiers (RLRQ, c. S-4.2, articles : 219 à 225). Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) a un mandat régional et est formé de représentants locaux élus. Le conseil est composé de l'ensemble des infirmières et des infirmiers qui exercent leurs fonctions au CRSSS de la Baie-James.

Conformément aux règlements de l'établissement et pour tout centre exploité par ce dernier, le conseil des infirmières et des infirmiers est responsable envers le conseil d'administration :

- D'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans l'établissement;
- De faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à ses membres;
- De faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par ses membres;
- D'assurer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration et de lui faire rapport périodiquement.

Le conseil des infirmières et des infirmiers exerce également les attributions d'une commission infirmière régionale (RLRQ, c. S-4.2, articles : 370.3 et 530.58.1) et est responsable envers le conseil d'administration :

- De donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière;
- De donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers;
- De donner son avis sur les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

De plus, le conseil des infirmières et infirmiers est responsable envers la présidente-directrice générale de donner son avis sur les questions suivantes :

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

⁵ CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES, *Plan d'organisation du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James*, Chibougamau, CRSSS de la Baie-James, 2009, 78 p.

Le conseil des infirmières et infirmiers peut adopter tout règlement concernant :

- La régie interne;
- La création de comités et leur fonctionnement;
- La poursuite de ses fins.

Le nouveau comité exécutif a été mis en place lors de l'assemblée générale annuelle qui a eu lieu le 29 mai 2018 par visioconférence dans toutes les installations du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James. Il est constitué de 5 membres du conseil des infirmières et infirmiers et de 3 membres d'office. Il y a eu six rencontres par visioconférence durant l'année ainsi qu'une approbation courriel de certains documents due à l'absence de l'atteinte du quorum lors de la réunion.

Le CECII a été consulté pour des ordonnances collectives ou individuelles, des formulaires ainsi que pour une procédure. Le comité les a recommandés aux instances concernées et le suivi a été effectué par la Direction des soins infirmiers. Il a également été consulté pour l'approbation de règles de soins infirmiers, d'aide-mémoire et d'autres documents.

Le CECII, en partenariat avec la Direction des soins infirmiers, bénéficie d'une entente inter établissement avec le Centre d'enseignement et de formation à distance (CEFD) depuis novembre 2013, permettant au personnel infirmier de participer à 17 formations différentes du *Programme de santé du Nord* par visioconférence ou sur la plate-forme de l'enseignement numérique d'apprentissage (ENA).

En mai 2018, la Semaine de l'infirmière a été soulignée dans chaque installation. Pour souligner celle-ci, chaque infirmière s'est vu remettre un présent. Comme chaque année, une contribution monétaire a été reçue de l'Ordre régional Saguenay–Lac-Saint-Jean/Nord-du-Québec, ce qui a permis l'achat de ces cadeaux.

Enfin, lors de l'année financière 2017-2018, le CII du CRSSS de la Baie-James a fait partie de l'Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec (ACIIQ) dont l'AGA a eu lieu en septembre 2018 et à laquelle la présidente du CECII a participé. Une personne du CRSSS de la Baie-James a été élue pour siéger au conseil d'administration de l'association.

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Mandat et fonctions du comité

Pour chaque centre exploité par l'établissement, les responsabilités prévues par la LSSSS concernent les articles 226 à 230.

Sous réserve de ce qui est prévu aux articles 214 et 220, le conseil multidisciplinaire est responsable envers le conseil d'administration (article 227) :

- 1° de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres dans tout centre exploité par l'établissement;
- 2° de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par leurs membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tout centre exploité par l'établissement;
- 3° d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Conformément aux règlements de l'établissement, le conseil multidisciplinaire est, pour chaque centre exploité par l'établissement, responsable envers le directeur général de donner son avis sur les questions suivantes (article 228) :

- 1° l'organisation scientifique et technique du centre;
- 2° les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres;
- 3° toute autre question que le directeur général porte à son attention.

Le comité multidisciplinaire adopte des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration.

Il doit également soumettre, au conseil d'administration, au plus tard le 4 juin de chaque année, un rapport annuel concernant l'exécution de ses fonctions et les avis qui en résultent.

Composition du comité

Les responsabilités du CM sont exercées par un comité exécutif formé de 7 membres. 5 sont élus par et parmi les membres du CM, un est désigné par la PDG (membre désigné) et le dernier est occupé par la PDG.

Par souci de représentativité de chacune des localités du CRSSS de la Baie-James, un membre est désigné par et parmi les membres élus du CM d'au moins trois installations différentes. Le CM doit s'assurer que le CECM soit formé d'au moins 3 personnes titulaires de titres d'emploi différents et, le cas échéant, membres d'ordres professionnels différents (RLRQ., c. S- 4.2 : article 230). En cas de non-respect de cette condition, le comité exécutif se réunira afin de déterminer une représentation répondant à cette exigence.

Un membre qui exerce ses fonctions dans plus d'un centre de santé est réputé pouvoir représenter le centre dans lequel il a travaillé la majorité de ses heures, au cours de l'année précédente.

Le président-directeur général et l'adjoint au directeur des services professionnels et des services multidisciplinaires sont d'office membres du CM.

Faits saillants

Au courant de l'année 2018-2019, quatre rencontres de l'exécutif du comité multidisciplinaire (CECM) ont eu lieu.

Plusieurs réalisations sont à l'actif de ce comité :

- Présence au conseil d'administration d'un représentant du CM;
- Présence de deux personnes au comité régional d'éthique clinique;
- Présence au comité de gestion des risques et de la qualité;
- Assister à une formation en visioconférence du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles (RCPI) par certains membres du CECM;
- Faire connaître nos membres par la poursuite de chroniques CM dans toutes les éditions de *L'Échangeur-10*;
- Mise à jour du plan d'action du CECM afin d'établir des mandats à court terme et long terme;
- Mise en place de nouveaux outils promotionnels.

Le CM a été consulté et a fourni des commentaires et des recommandations dans le cadre de deux documents :

- Refonte du *Code d'éthique du CRSSS de la Baie-James*;
- Politique et procédure de gestion d'une situation de maltraitance envers un aîné et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Mandat

Il n'existe qu'un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) pour la région sociosanitaire du Nord-du-Québec. Afin de garantir la représentativité de chaque installation, des représentants de chaque centre de santé composent le comité : le comité exécutif, le comité de pharmacologie, le comité d'examen des titres et le comité d'évaluation de l'acte. L'organisation des soins et services médicaux demeure une prérogative de l'équipe médicale locale; cette mesure confère l'autonomie locale nécessaire à chaque centre de santé.

Comme prévu à la Loi sur les services de santé et services sociaux (RLRQ, c. S-4.2, articles : 417.2 et 530.57), le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens joue également le rôle de Département régional de médecine générale.

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est responsable envers le conseil d'administration de :

- Contrôler et apprécier la pertinence et la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans l'établissement;
- Évaluer et maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans l'établissement;
- Faire des recommandations concernant une demande de nomination ou de renouvellement de nomination par un médecin, un dentiste ou un pharmacien;
- Faire des recommandations au sujet des obligations qui peuvent être rattachées à la jouissance de privilèges accordés à un médecin ou dentiste;
- Élaborer les modalités d'un système de garde;
- Donner son avis sur les aspects professionnels de l'organisation technique et scientifique du centre et les règles d'utilisation des ressources;
- Faire des recommandations au sujet de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques, ainsi qu'au sujet de l'organisation médicale de l'établissement;
- Faire un rapport annuel sur l'exécution de ses fonctions et les avis qui en résultent.

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens donne son avis à la présidente-directrice générale sur les aspects administratifs des questions suivantes :

- Les moyens à mettre en œuvre pour que les services médicaux, dentaires et pharmaceutiques répondent aux besoins de la population à desservir, compte tenu des ressources disponibles;
- Les règles d'utilisation des ressources médicales, dentaires et pharmaceutiques, ainsi que des ressources matérielles utilisées par ses membres;
- L'organisation technique et scientifique du centre;
- La distribution appropriée des soins médicaux, dentaires et services pharmaceutiques, ainsi que de l'organisation médicale du centre;
- Toute autre question que la présidente-directrice générale porte à son attention.

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

Au cours de la dernière année, le comité exécutif a tenu un total de quatre réunions. L'exécutif du CMDP est constitué d'un médecin représentant chaque installation – à l'exception de Chibougamau qui en compte deux – d'un médecin représentant les spécialistes, d'une pharmacienne, du directeur des services professionnels et des services multidisciplinaires et de la présidente-directrice générale.

Le comité exécutif a accepté 8 ordonnances et protocoles au cours de 2018-2019. Parmi les dossiers traités, on note les difficultés de recrutement en pharmacie, omnipraticque et en médecine spécialisée.

Cette année encore, tous les comités ont été actifs et ont soumis leurs rapports régulièrement. Les recommandations émises par les comités sont analysées et acheminées aux personnes concernées, lorsqu'il y a lieu de le faire, pour :

- L'examen des titres : 9 nominations;
- L'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique : études de décès et de thrombolyse, ajout de la révision des dossiers avec une sédation palliative continue et ceux d'aide médicale à mourir;
- La pharmacologie : modification au formulaire des médicaments, suivi d'utilisation de la dexmedétomidine (PrécédexMD), 4 demandes de nécessité particulière.

Quant aux différents départements et services, voici un résumé des faits saillants s'y rapportant :

Le Département de médecine générale regroupe les médecins omnipraticiens, membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Le département de médecine générale assure les soins aux patients pour 5 points de service différents soit à Lebel-sur-Quévillon, Matagami, Chibougamau, Chapais et Radisson. L'ensemble de ces installations offre un service d'urgence et/ou de clinique externe 24 h/jour en plus d'assurer le suivi de patients en clinique sur rendez-vous ou en GMF. À l'exception du Centre de santé René-Ricard de Chapais et du Centre de santé de Radisson, chacune des installations possède également des lits d'hospitalisation. Le Centre de santé de Chibougamau offre aussi un service d'obstétrique, d'hémodialyse et de soins optima couvrant ainsi les soins de la région Chibougamau-Chapais et une partie du territoire cri. Plusieurs autres services sont aussi offerts à la population : suivi scolaire, clinique d'enseignement des maladies chroniques, programme de réadaptation pulmonaire, épreuve d'effort et bien plus encore.

En ce qui touche le département de la pharmacie, beaucoup d'efforts ont et sont encore déployés par les pharmaciens pour le recrutement et la rétention du personnel. Il y a un total de 2,8 effectifs à temps complet sur une possibilité de 5 effectifs à temps complet.

Au cours de la dernière année, nous avons pu recruter de nouveaux pharmaciens dépanneurs. Nous avons fait le choix de les impliquer, selon leurs champs de compétence, dans différents projets. De cette façon, leur temps passé dans l'équipe est optimisé et leur expertise est mise à profit. Nous avons donc reçu 16 pharmaciens dépanneurs différents (par rapport à 14 pharmaciens l'an dernier), issus de différents milieux, pour un équivalent de 374 jours (versus 448 jours l'an dernier) de dépannage.

L'accueil des stagiaires est une autre solution. Encore une fois cette année, des plages horaires ont été offertes pour accueillir des stagiaires de l'Université Laval et de l'Université de Montréal. Malheureusement, nous n'avons pas eu de candidats pour combler ces plages au cours de l'année. Une stagiaire est cependant attendue en avril 2019.

Nous avons obtenu un octroi du programme « Emploi été Canada 2018 » et avons accueilli dans l'équipe une étudiante de 2^e année au doctorat de 1^{er} cycle en pharmacie, du 3 juillet au 28 août 2018.

Une étudiante de la région, actuellement aux études en 4^e année du secondaire, a démontré de l'intérêt pour la pharmacie. À la suite d'une rencontre avec la chef, elle est venue pour une demi-journée d'observation en pharmacie en établissement.

Les rénovations du bloc opératoire sont complétées et vont au-delà des attentes. Cette grande réalisation et tous ceux qui y ont contribué méritent notre reconnaissance et les utilisateurs témoignent une grande appréciation des nouveaux espaces.

Les services de **psychiatrie, de médecine interne, de gynécologie et d'anesthésie** poursuivent leur travail avec de nouvelles formations ou ententes avec des établissements spécialisés.

COMITÉ DES USAGERS

Mandat

Le comité des usagers est en place pour l'établissement. Son mandat consiste à exercer les devoirs et responsabilités qui lui incombent (RLRQ, c. S-4.2, articles : 209 à 212) soit de :

- Renseigner les usagers sur leurs droits et obligations;
- Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers;
- Évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services dispensés par l'établissement;
- Défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers;
- Accompagner et assister sur demande un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter plainte;
- Établir ses règles de fonctionnement;
- Soumettre chaque année un rapport d'activité au conseil d'administration;
- Désigner les deux représentants prévus au conseil d'administration, selon les prescriptions déterminées par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Afin de remplir son mandat, le comité a fait la distribution du matériel promotionnel pour la *Semaine des droits des usagers* qui se déroulait du 20 au 28 septembre 2018. Le thème central était celui des droits à la confidentialité. La distribution de dépliants fut réalisée dans chacun des ménages des municipalités jamésiennes. De plus, des affiches de cette campagne ont été acheminées aux organismes communautaires et ressources intermédiaires ciblées pour en faire la promotion. Par ailleurs, en lien avec la *Semaine de la sécurité des patients* qui s'est déroulée du 29 octobre au 2 novembre 2018, les liens pour les jeux-questionnaires ont été acheminés par courriel à l'ensemble du personnel du CRSSS de la Baie-James. De plus, l'affiche a été diffusée sur les écrans dynamiques dans chacun des centres de santé et le questionnaire a été transmis au personnel du CRSSS de la Baie-James le rendant ainsi accessible à tous.

Dans son mandat de promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers, le comité fut consulté sur l'adoption de la *Politique de création d'environnement sans fumée* et du *Règlement sur l'usage du tabac*, ainsi que sur la *Politique sur la lutte contre la maltraitance*. Les présentations ont fait l'objet de commentaires favorables en vue de leur adoption par le CRSSS de la Baie-James.

Dans son fonctionnement démocratique, le comité s'est réuni à cinq reprises. Un projet de règlement est en cours de rédaction afin de bien préciser le fonctionnement de régie interne du comité. Le comité des usagers est un membre associé de la *Fédération des comités des usagers et de résidents du Québec* (CPM/FCURQ). Il est également membre du *Regroupement provincial des comités des usagers* (RPCU). Deux membres siègent au conseil d'administration et un membre fut désigné au comité de gestion des risques et de la qualité de l'établissement.

En ce qui concerne le comité des résidents du Centre de santé de Chibougamau, il est formé de 3 personnes. Quatre rencontres ont eu lieu. Le comité a procédé à l'achat de calendriers qui furent remis à chaque résident. Les membres du comité désirent souligner que les résidents du Centre de santé de Chibougamau sont satisfaits des services reçus.

Enfin, quelques projets spéciaux ont eu lieu, soit la distribution de trousse à colorier. Elles sont remises aux enfants lors de leur triage à l'urgence dans les centres de santé de la région. Aussi, sachant que l'hospitalisation de nos jeunes usagers est une épreuve marquante et bouleversante, un jouet est remis à chacun. Ce jouet permet de faciliter l'approche des intervenants et de créer un lien important auprès de l'enfant. De plus, le jouet permet de poursuivre la stimulation et de créer un environnement réconfortant lors de l'épisode de la maladie.

En projet pour l'année à venir, le comité souhaite être formé notamment par le *Regroupement provincial des comités des usagers* sur les rôles et responsabilités pour les membres. Le projet de règlement de fonctionnement du comité se poursuivra.



LES FAITS SAILLANTS ET ENJEUX

ENJEU RÉGIONAL : VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION JAMÉSIENNE

CHSLD

La construction du nouveau CHSLD de Chibougamau a débuté à l'automne 2018. La livraison de l'édifice est prévue au cours de l'année 2019-2020.

Il sera composé de 32 chambres individuelles. La répartition des chambres se fera en trois îlots, de 8, 10 et 14 chambres. Chaque îlot possédera sa salle à manger, une salle de séjour et une salle pour les soins d'hygiène. Le CHSLD inclut un accueil, un vestiaire avec casier, quelques bureaux, une salle d'activités et de réadaptation ainsi qu'un centre de jour.

Ce projet contribuera grandement à améliorer la qualité des soins et des services offerts aux usagers de la région du Nord-du-Québec et s'inscrit dans la volonté d'offrir les meilleures infrastructures possibles en matière de soins de longue durée et d'hébergement à la population.

Il faut mentionner que l'hébergement en milieu de vie institutionnel comme le CHSLD est de plus en plus réservé aux personnes qui présentent des problèmes de santé complexes, des incapacités motrices et sensorielles importantes auxquelles peuvent s'ajouter des problèmes cognitifs majeurs. Le CHSLD devient donc la maison de la personne hébergée, son milieu de vie.

Par ailleurs, l'organisation de nos services de santé jamésiens se transforme de manière à privilégier autant que possible le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. C'est notamment par l'augmentation de l'offre de soins et de services et le partenariat avec d'autres organismes que cela se concrétise. On peut penser pour ce faire aux ressources intermédiaires, aux résidences privées pour aînés, à l'entreprise d'économie sociale, aux cliniques médicales, aux organismes communautaires qui interviennent chacun à leur façon auprès des aînés et aussi de leurs proches et de leur famille.

Politique visant à contrer la maltraitance envers les aînés et les personnes majeures vulnérables

Sanctionnée en mai 2017, la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité a pour objet de renforcer les mesures entourant les situations de maltraitance. Cette loi prévoit l'obligation pour un établissement d'adopter et de mettre en œuvre une politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne en situation de vulnérabilité, au plus tard le 30 novembre 2018. Celle du CRSSS de la Baie-James a été adoptée le 20 novembre 2018.

Pour soutenir l'application de la politique visant à contrer la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, une procédure de gestion des situations de maltraitance encadre les déclarations et la prise en charge précoce des situations. Elle détaille les éléments essentiels du processus, à savoir :

- 1) Le consentement de la personne possiblement maltraitée;
- 2) L'identification de la situation;
- 3) La déclaration (la différence entre le signalement obligatoire et la divulgation);
- 4) La vérification des faits;
- 5) L'évaluation des besoins et des capacités de la personne possiblement maltraitée;
- 6) Les actions, les suivis et les mesures disciplinaires ou administratives.

Dans l'intention d'évaluer l'accessibilité et l'application de la procédure, de janvier à mars 2019, une consultation auprès d'acteurs-clés du CRSSS de la Baie-James a été réalisée. Au total, une quarantaine de personnes ont répondu favorablement à l'invitation, ce qui a permis de formuler plusieurs améliorations à la procédure. Elle entrera en vigueur en 2019-2020.

ENJEU RÉGIONAL : RECRUTEMENT ET RÉTENTION DU PERSONNEL

Sondage sur la prévention, la promotion et les pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail

En avril et mai 2018, l'ensemble du personnel et des médecins ont été conviés à compléter le sondage sur la prévention, la promotion et les pratiques organisationnelles favorables à la santé. Ce sondage prenait place dans le cadre de la démarche Entreprise en santé et était une des étapes à franchir pour avoir le pouls en vue de préparer le prochain plan d'action 2019-2023 pour qu'il corresponde le plus possible aux besoins du personnel et des médecins. En tout, ce sont 333 personnes qui ont pris le temps de le compléter, soit 40 % des personnes visées. Pour le Bureau de normalisation du Québec qui nous accompagne dans la démarche, il s'agit d'un bon taux de participation.

Les résultats du sondage ont été diffusés à même un bulletin Entreprise en santé, par courriel, affichés dans chaque installation et disponibles sur le site Internet du CRSSS de la Baie-James. Des groupes de discussion ont été formés pour forer certains résultats, trouver et tester des pistes de solutions et aller un peu plus loin que le sondage lui-même.

À la lumière de ces résultats et de la tournée de la présidente-directrice générale dans les équipes (voir ci-dessous), le comité de santé et mieux-être et le comité de direction ont préparé un plan d'action permettant de répondre aux besoins manifestés par le personnel. Les actions se situent principalement dans 2 sphères, les pratiques de gestion et les saines habitudes de vie, cette dernière sphère est obligatoire pour la norme. Les répondants au sondage et aux groupes de discussion ont soif d'être informés, ils souhaitent un message fort et des communications bidirectionnelles. Ils souhaitent que leur engagement envers leur travail soit reconnu et valorisé au quotidien. Ils souhaitent avoir accès à des activités de formation plus facilement.

Le plan d'action sera présenté aux membres du personnel au printemps 2019.

Présence de la PDG dans les équipes

Les résultats des groupes de discussion, conjugués au sondage sur la prévention, la promotion et les pratiques organisationnelles, nous ont amenés à adresser certaines préoccupations aux équipes lors de présence de la présidente-directrice générale dans les équipes.

Ainsi, M^{me} Nathalie Boisvert a rencontré plus de 200 personnes de septembre à décembre 2018. Elle abordait plus spécifiquement deux sujets qui avaient préoccupé les répondants au sondage de même que les participants aux groupes de discussion : la communication et la disponibilité de la main-d'œuvre (recrutement, attraction, rétention). Les personnes et groupes rencontrés nous ont permis de trouver des idées pour faire des changements sur nos façons de faire en tant qu'organisation.

Démarrage d'une cohorte en soins infirmiers et remise de bourses

En février 2018, le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James et le Centre d'études collégiales à Chibougamau (CECC) étaient fiers d'annoncer un partenariat en vue de soutenir les étudiants qui s'inscriraient en Soins infirmiers lors du démarrage de la prochaine cohorte à l'automne 2018. Le diplôme d'études collégiales (DEC) en Soins infirmiers obtenu au CECC garantit au finissant un emploi allant jusqu'à un temps complet au CRSSS de la Baie-James à la fin de sa formation, sous réserve de la réussite du processus d'embauche de l'établissement. De plus, l'établissement de santé s'avère un employeur de choix pour un emploi pendant les études en soins infirmiers. Dès la première année d'études complétée, les étudiants et étudiantes pourront accéder à un emploi d'été ou occasionnel dans divers secteurs d'activités, dont celui de préposé aux bénéficiaires auprès de la clientèle.

À l'automne 2018, ce sont quatre étudiantes qui ont reçu le premier versement de leur bourse. Cette bourse pourrait totaliser 6 750 \$ sur trois ans. Le premier versement soutenait l'achat des fournitures : livres, uniformes, chaussures, stéthoscope, etc., par la suite, les bourses soutiendront la persévérance. Les bourses de deuxième et troisième année

sont soumises aux conditions du programme de bourses du CRSSS de la Baie-James et un engagement contractuel est prévu entre l'étudiant et l'établissement. Cette mesure vise à renforcer les efforts en recrutement de personnel en soins infirmiers.

Soutien au démarrage d'une cohorte d'assistance à la personne en établissement de santé

Le CRSSS de la Baie-James a soutenu le Centre de formation professionnelle de la Baie-James dans l'offre d'une formation d'assistance à la personne en établissement de santé à Chibougamau. Cette formation mène à la possibilité pour les diplômés d'obtenir un emploi de préposé aux bénéficiaires. Les étudiants inscrits à la formation avaient l'opportunité de travailler auprès de notre clientèle en tant qu'aides de service pendant leur formation, sur le modèle d'un programme travail-études. Ils ont aussi réalisé leur stage à Chibougamau. Des bourses pour soutenir les étudiants leur ont aussi été remises.

PLAN STRATÉGIQUE MINISTÉRIEL 2015-2020

ORIENTATION MINISTÉRIELLE 1 : FAVORISER DE SAINES HABITUDES DE VIE ET LA PRÉVENTION DES PROBLÈMES DE SANTÉ

Offre de services aux municipalités dans la cadre de la démarche *Prendre soin de notre monde*

Le 17 janvier 2019, la Direction de santé publique présentait aux directeurs généraux des municipalités de la région *l'Offre de service du CRSSS de la Baie-James destinée aux municipalités*. Cette offre de service s'inscrit dans le cadre de la démarche *Prendre soin de notre monde* qui convie les acteurs municipaux à travailler en collaboration avec ses partenaires, dont les établissements de santé, pour la création et le maintien d'environnements municipaux favorables à la santé et à la qualité de vie.

L'intention derrière cette offre de services est d'offrir un accompagnement aux municipalités tant au niveau de la connaissance des conditions de vie et de bien-être des citoyens que lors de la planification et la réalisation des actions en lien avec le développement social et des communautés, l'activité physique, l'alimentation, les milieux de vie sans fumée, l'urbanisme, l'aménagement, le transport, la santé environnementale et la santé des travailleurs.

Afin d'être mieux outillées à soutenir ses partenaires, les ressources de la Direction de santé publique ont suivi la formation *Acteur de soutien*, les 22 et 23 janvier 2019. Bien que la collaboration était déjà présente avec les municipalités, le CRSSS de la Baie-James souhaite davantage être présent sur les tables de concertation locales et apporter son expertise aux projets de communauté. Afin de faire connaître son offre de services, la Direction de santé publique est présentement en tournée auprès des conseils de ville et des dirigeants municipaux. Une formation sur les *Politiques publiques pour les ressources de santé publique et les partenaires* est également planifiée en juin 2020.

Les actions du CRSSS de la Baie-James en lien avec la légalisation du cannabis

Dans le but de répondre au mieux aux enjeux que soulèvent la légalisation du cannabis tant au niveau communautaire qu'au sein de l'établissement, la Direction de santé publique du CRSSS de la Baie-James a recruté un chargé de projet pour l'ensemble du dossier Dépendance.

Une entrevue à la radio a été accordée et plusieurs séances d'information ont été offertes aux différents partenaires de la région et professionnels du CRSSS de la Baie-James, dans le but d'expliquer les raisons et les enjeux de cette légalisation ainsi que de les informer sur les principes de réduction des méfaits. De l'information sur le cadre législatif en matière de cannabis a également été transmise aux membres de la Conférence régionale des élus, aux municipalités ainsi qu'aux écoles de la région. De plus, la position de la Direction de santé publique sur la consommation de cannabis fumé dans les lieux publics extérieurs a été transmise aux municipalités afin de les soutenir dans leurs décisions.

Également, afin de mieux outiller le personnel d'encadrement du CRSSS de la Baie-James dans leur rôle, une formation sur le cannabis a été offerte. D'ailleurs, une politique relative à la consommation de substances psychoactives pour le personnel du CRSSS de la Baie-James sera développée prochainement.

De plus, face aux problématiques de dépendance liées au cannabis, la Direction de santé publique du CRSSS de la Baie-James vient de lancer un appel de projets en prévention et réduction des méfaits en sollicitant ses nombreux partenaires à organiser des activités de sensibilisation.

Le CRSSS de la Baie-James souhaite rester proactif devant les enjeux nombreux et variés qui continuent de se présenter dans ce domaine.

Le CRSSS de la Baie-James mobilisé dans l'adaptation des services pour mieux répondre aux besoins des hommes

Dans le cadre du *Plan d'action ministériel santé et bien-être des hommes 2017-2022*, les gestionnaires du CRSSS de la Baie-James ont participé, le 14 décembre dernier, à un atelier de mobilisation sur l'adaptation des services pour mieux répondre aux besoins des hommes. Principalement articulé autour de quatre grandes orientations qui sont la prévention et promotion, le développement des connaissances sur les réalités masculines, l'accessibilité et l'adaptation des services aux réalités masculines, l'atelier a permis d'amorcer les réflexions préliminaires à la réalisation du *Plan d'action régional en santé et bien-être des hommes 2019-2022*.

Plusieurs actions visant l'adaptation des services seront réalisées d'ici 2022. Le plan d'action élaboré inclut, entre autres, des mesures telles que des activités de formations et de sensibilisations pour le personnel offrant des services aux clientèles masculines, des campagnes de prévention et de promotion, la participation à des travaux de recherche sur le phénomène de la commutation aérienne des travailleurs (*fly-in/fly-out*), l'aménagement de plages horaires flexibles afin d'améliorer l'accès à certains services et la mise en place de pratiques de liaison entre les différents acteurs de la région et les services du CRSSS de la Baie-James.

Le succès de cette démarche passe en premier lieu par l'implication et la mobilisation des employés et gestionnaires dans l'amélioration de la prestation des services pour la population masculine de la région.

Parution du bulletin électronique d'information *Chiffres clés*

Dans le cadre de l'exercice de sa responsabilité populationnelle, en novembre 2019, la Direction de santé publique a procédé au lancement de son bulletin d'information électronique *Chiffres clés* en publiant un article dans le bulletin d'information de l'établissement. Destiné aux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, aux partenaires institutionnels, aux organismes communautaires et à la population, le bulletin *Chiffres clés* contribue à combler les besoins d'informations prioritaires sur la santé et le bien-être des Jamésiens.

Ce feuillet d'information a pour objectifs :

- D'éclairer les prises de décisions dans le domaine sociosanitaire;
- De soutenir les exercices de planification des services de santé et des services sociaux;
- De permettre à chaque Jamésien de préserver et développer son capital-santé.

Depuis le mois de janvier 2018, quinze numéros sont déjà parus. Le bulletin *Chiffres clés* est complémentaires aux autres supports d'information en santé publique déjà offerts et tous contribuent à augmenter la capacité individuelle et collective des Jamésiens à produire de la santé et du bien-être.

ORIENTATION MINISTÉRIELLE 2 : OFFRIR DES SERVICES ET DES SOINS ACCESSIBLES, INTÉGRÉS ET DE QUALITÉ AU BÉNÉFICIAIRE DES USAGERS

Déploiement de la Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre

Entre janvier 2016 et juin 2018, les opioïdes ont causé la mort de plus de 9 000 personnes au Canada. Ce sont 195 Québécois qui ont ainsi perdu la vie de janvier à juin 2018. Face à ce fléau, le ministère de la Santé et des Services sociaux a rédigé la *Stratégie nationale 2018-2020* pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre.

Dans le déploiement de cette stratégie, la Direction de santé publique du CRSSS de la Baie-James a facilité et encouragé l'accessibilité à la Naloxone dans les pharmacies communautaires de la région pour inverser les surdoses d'opioïde. Des ententes ont également été signées avec deux organismes communautaires pour permettre aux travailleurs de proximité d'être en mesure de distribuer l'antidote. Ainsi, différents moyens pour la population existent pour obtenir gratuitement et anonymement de la Naloxone.

De plus, le CRSSS de la Baie-James travaille activement à la « déstigmatisation » des consommateurs de drogue afin de faciliter et augmenter l'accès aux programmes de dépendance.

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

Au cours de l'année 2018-2019, le CRSSS de la Baie-James a participé à la *Commission d'enquête Écoute, réconciliation, progrès* (Commission Viens). Notre témoignage a fait ressortir notre volonté de mieux adapter les services aux personnes autochtones malgré plusieurs enjeux. D'une part, la barrière linguistique fait en sorte que nous traduisons des documents du français vers l'anglais pour le bénéfice de la clientèle. Cette année, seize documents ont été rendus accessibles à la clientèle, allant du code d'éthique à de l'information préventive (ex. : mise à jour de la vaccination) et certains enseignements (ex. : fonctionnement de l'unité d'hémodialyse, environnement sans fumée, offre de service en dépendance, etc.). Par ailleurs, nous offrons la possibilité au personnel à l'accueil-admission, les intervenants psychosociaux et en soins infirmiers de suivre des cours d'anglais sur une base volontaire. Cependant, il est difficile pour les personnes de concilier le temps d'études requis avec leur vie personnelle et le travail.

Pour l'interprétariat, le service aux patients cris est toujours disponible au CS de Chibougamau. Nous sommes fiers d'avoir eu le soutien financier de la Société du Plan Nord pour instaurer un service d'agente de liaison. Ce projet permet d'avoir une ressource dédiée spécifiquement au CS de Chibougamau. Son rôle est d'intervenir directement auprès de la clientèle autochtone dans les situations où la langue ou l'aspect culturel peuvent nuire à la qualité des services offerts. L'agente de liaison accompagne aussi les intervenants sociaux qui le demandent lors de suivi auprès des clientèles autochtones. Enfin, nous avons un agent de planification à mi-temps qui travaille à faciliter les mécanismes de coordination avec les partenaires de la communauté crie. Cette personne a travaillé également à la mise à jour du portrait de la clientèle anglophone et par conséquent autochtone dans le but de réviser le *Programme régional d'accès pour des services de santé et des services sociaux pour les personnes d'expression anglaise*.

Enfin, le comité d'harmonisation poursuit ses travaux. Ce comité inter établissement fut mis sur pied en 2013 en vue d'adapter les services aux patients cris selon leurs droits issus de la *Convention de la Baie-James*, de la *Paix des Braves*, etc. Ce comité initié par le CRSSS de la Baie-James est un mécanisme important pour clarifier et faciliter l'opérationnalisation des services et la continuité des soins dans les communautés autochtones. Ce comité est sous la responsabilité du responsable de site du Centre de santé de Chibougamau. Bien que les rencontres demandent beaucoup de planification, la région 18 a émis de très bons commentaires à l'égard des services rendus par le CRSSS de la Baie-James.

ORIENTATION MINISTÉRIELLE 3 : IMPLANTER UNE CULTURE D'ORGANISATION INNOVANTE ET EFFICIENTE DANS UN CONTEXTE DE CHANGEMENT

Projet efficacité énergétique

L'amélioration de la performance énergétique des établissements ainsi que la réduction des émissions de gaz à effet de serre représentent deux priorités du MSSS. Ainsi, le 6 juin 2018, le ministre de la Santé et des Services sociaux octroyait une somme de 157 333 \$ pour la réalisation de mesures en efficacité énergétique. Cette allocation budgétaire nous permettra de réduire la facture énergétique. De plus, ce projet permettra à échéance, d'améliorer la qualité de vie des clients et du personnel de l'établissement. Dans la même communication, au regard du programme ministériel de soutien aux projets d'efficacité énergétique, le MSSS autorisait le CRSSS de la Baie-James à réaliser un emprunt pour la portion autofinancée du projet laquelle s'élève à un montant de 3 372 415 \$.

Le coût total du projet s'élève à 4 609 468 \$ mais le coût net de l'emprunt est diminué, entre autres, par les subventions de différents organismes dont Transition énergétique Québec, Hydro-Québec et celle du MSSS de 157 333 \$ et l'investissement à partir de l'enveloppe de maintien des actifs du CRSSS de la Baie-James.

La période de retour sur l'investissement nette est de 12,31 ans. Les économies annuelles de fonctionnement sont donc situées à 274 008 \$ suite à l'implantation des mesures.

Au cours de l'été 2018, plusieurs travaux d'envergure ont été réalisés dans les salles mécaniques du Centre de santé de Chibougamau. Ces travaux avaient pour but de remplacer certains équipements vétustes en plus d'améliorer l'efficacité énergétique.

En décembre dernier, l'entrée électrique du Centre santé de Chibougamau a été remplacée afin que sa capacité réponde adéquatement à la demande croissante du centre de santé.

Pour les centres de santé Lebel, Isle-Dieu et René-Ricard, c'est à l'été 2019 que les travaux seront effectués.

Remplacement de la génératrice au CS de Chibougamau

Lors des travaux sur l'entrée électrique et en lien avec le projet d'efficacité énergétique, l'occasion de remplacer la génératrice du Centre de santé de Chibougamau a été saisie. La génératrice montrait des signes de dysfonctionnements. Il devenait urgent et pertinent de prendre une telle décision.

À la suite d'une demande formulée au MSSS en août 2018, le CRSSS de la Baie-James était heureux d'apprendre que celui-ci finançait à 100 %, soit au montant de 801 658 \$, tous les travaux liés au remplacement et au rehaussement de la génératrice avec l'enveloppe « priorité ministérielle », et ce, étant donné l'urgence de remplacer la génératrice et la limite des enveloppes de notre établissement.

Afin de réaliser ces travaux, de nombreuses interventions ont été nécessaires sur la distribution électrique. Comme une panne du réseau d'Hydro-Québec pouvait se présenter à tout moment, une génératrice de location a dû être installée pour toute la durée des travaux. L'objectif étant de limiter les bris de service et maintenir la qualité des soins et des services en tout temps, ces interventions ont dû être planifiées de concert avec les équipes cliniques afin d'éviter toute situation à risque. Toutefois, une coupure d'alimentation électrique complète du centre de santé a tout de même été nécessairement afin d'effectuer les branchements de la nouvelle alimentation électrique d'Hydro-Québec et de la nouvelle génératrice. La planification de la coupure électrique a donc dû être méticuleusement planifiée avec la collaboration des équipes cliniques et des mesures de relève, comme de l'éclairage à batterie et des génératrices portatives ont été déployées afin de maintenir les services essentiels à la population.

La coupure électrique, qui a eu lieu le 16 décembre dernier a été réalisée avec succès grâce à l'implication et la collaboration de toutes les équipes!



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

ATTENTES SPÉCIFIQUES

TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT R : Réalisée à 100 % NR : Non réalisée à 100 % NA : Non applicable	COMMENTAIRES
SANTÉ PUBLIQUE			
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"> réviser annuellement les objectifs et les priorités en PCI et faire des recommandations aux instances visées; suivre l'évolution de la situation épidémiologique au regard du risque infectieux; suivre l'application des mesures en PCI; suivre les données de surveillance sur les IN et les audits; adopter le bilan annuel de PCI et assurer le suivi auprès du C. A.; entériner le choix des indicateurs relatifs à l'évaluation du programme PCI; assurer l'harmonisation et la standardisation des pratiques PCI; recevoir et entériner les politiques et procédures en PCI et formuler les recommandations aux instances appropriées pour leur mise en œuvre; déterminer les enjeux et les recommandations de PCI à acheminer au CODIR; déterminer les enjeux de ressources matérielles et humaines qui nuisent à l'atteinte des objectifs du programme; acheminer les recommandations nécessaires au CODIR. <p>Chaque établissement doit s'assurer que le CS-PCI est rattaché au PDG ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le PDG.</p> <p>Le CS-PCI doit tenir au moins quatre rencontres par année.</p>	R	

TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT R : Réalisée à 100 % NR : Non réalisée à 100 % NA : Non applicable	COMMENTAIRES
<p>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)</p>	<p>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.</p>	<p>R</p>	
<p>SERVICES SOCIAUX</p>			
<p>Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) (03.1)</p>	<p>Les établissements doivent compléter et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation (PTAAC).</p>	<p>R</p>	
<p>Plan d'action TSA (2017-2022) (03.2)</p>	<p>Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.</p>	<p>R</p>	

TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT R : Réalisée à 100 % NR : Non réalisée à 100 % NA : Non applicable	COMMENTAIRES
<p>Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir (03.3)</p>	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'assurer le repérage et l'évaluation des besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir; • de les accompagner au moyen d'une offre de services et d'une organisation de services définis, adaptées à leur réalité et inspirée des meilleures pratiques afin de prévenir le passage à la rue ou d'en favoriser la sortie; • de mobiliser et de dynamiser l'ensemble des programmes-services dans l'atteinte des objectifs poursuivis; • 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. <p>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.</p>	R	
<p>Trajectoire de services optimale pour les jeunes et leur famille en situation de négligence (03.4)</p>	<p>Une trajectoire de services bien définie permet d'assurer la coordination optimale des services et le suivi systématique de l'usager. Elle vise également à améliorer la qualité et l'efficacité des services. Pour chaque région socio-sanitaire, l'établissement devra définir une trajectoire de services optimale pour les enfants et leur famille en situation de négligence.</p>	NA	<p>Attente annulée en juillet 2018</p>

TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT R : Réalisée à 100 % NR : Non réalisée à 100 % NA : Non applicable	COMMENTAIRES
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	
SERVICES DE PROXIMITÉ, URGENCES ET PRÉHOSPITALIER			
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.	NR	REMIS AU 30 JUIN (BULLETTIN #20); remis au 15 juillet 2019 (Bulletin #4 2019-2020)
Mise en place d'un comité tactique télé santé 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 (http://extranet.ti.msss.rttss.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/ Gouvernance.aspx) et également préciser dans le cadre de référence sur la gouvernance, la gestion de projets et des services utilisant la télé santé à la même adresse.	R	

TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT R : Réalisée à 100 % NR : Non réalisée à 100 % NA : Non applicable	COMMENTAIRES
COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE			
Gestion des risques en sécurité civile — Santé et Services sociaux (08.2)	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Finalement, l'établissement doit compléter la phase d'appréciation des risques du processus, selon la portée retenue.</p>	R	
Plan de maintien des services ou activités critiques — Santé et Services sociaux (08.3)	<p>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.</p>	R	
PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ			
Mise en œuvre d'un Plan d'action en santé et bien-être des hommes par les établissements (09.1)	<p>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.</p>	R	

TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT R : Réalisée à 100 % NR : Non réalisée à 100 % NA : Non applicable	COMMENTAIRES
TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION			
<p>Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et en services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits (10.1)</p>	<p>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. »</p> <p>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 ».</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	R	

ENGAGEMENTS ANNUELS

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Cancérologie				
Plan stratégique				
1.09.33.01 – PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	70 %	100 %	100 %	100 %
1.09.33.02 – EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	90 %	100 %	100 %	100 %
Commentaires				
1.09.33.01 : Avec le centre de répartition des demandes de services (CRDS), les patients sont redirigés vers le Saguenay–Lac-Saint-Jean qui est notre corridor de services pour le secteur est de la région, certains clients choisissent exceptionnellement de recevoir le service dans la région, ce qui permet de constater que les chirurgies oncologiques représentent de très faibles volumes (<5).				

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 à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Santé publique				
1.01.13.01 – EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	91,7 %	80 %	75,0 %	80 %
1.01.27 – EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	95,4 %	97 %	98,8 %	97 %
1.01.28 – EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais	90,2 %	90 %	86,6 %	90 %
Plan stratégique				
1.01.29 – PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	75	85	88	85
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	84,6 %	83,1 %	87,3 %	84 %

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 à 90 %

Commentaires

1.01.13.01 : Le CRSSS de la Baie-James a présenté son offre de services et des suivis sont assurés pour 9 écoles sur 12. Compte tenu que la participation avec les écoles passe souvent entre gestionnaires, ces activités de collaboration ne sont pas inscrites dans l-CLSC, alors qu'il y a eu des collaborations dans toutes les écoles. Nous veillerons à être davantage présents dans les instances officielles de concertation en plus d'assurer les activités de prévention et de promotion comme à l'habitude.

1.01.27 : Concernant la première dose de vaccin contre le méningocoque, c'est vraiment le manque de disponibilité des usagers (ou leur état de santé) qui représente le principal frein à l'atteinte de l'engagement, car pour les autres types de vaccins, nous respectons les engagements.

1.01.28 et 1.01.30 : L'atteinte des engagements en vaccination est historiquement toujours atteinte. Ce service est jugé essentiel pour la protection des enfants. En cas d'absence de ressources humaines, le service est priorisé pour lui attribuer des ressources.

1.01.29 : Les activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans ont connu une augmentation, notamment par les efforts de promotion dans les milieux publics tels que les bars et les écoles.

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 à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
Plan stratégique 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 %
Plan stratégique 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 %
Plan stratégique 1.01.19.04 – PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	100 %	100 %	100 %

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 à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Plan stratégique 1.01.26 – PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	69,5 %	75 %	86,4 %	80 %
Commentaires				
<p>1.01.19 : La tenue des rencontres de la Table régionale en prévention des infections et le travail de la conseillère en prévention des infections font en sorte que les éléments sont présents pour soutenir les bonnes pratiques à l'interne, lesquelles font aussi l'objet de vigie constante. Cette table sera modifiée pour le Comité stratégique de prévention et de contrôle des infections à partir de 2019-2020.</p> <p>1.01.26 : En lien avec le plan d'action en hygiène des mains, des efforts de sensibilisation ont porté fruit. L'audit a permis de mesurer une progression de l'engagement.</p>				

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 à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Soutien à domicile de longue durée				
1.03.05.01 – EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	30 979	32 066	34 488	N/D
Plan stratégique				
1.03.11 – PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	215	230	194	N/D
Plan stratégique				
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)	91,2 %	90,9 %	81,4 %	90 %
Plan stratégique				
1.03.14 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.	22 398	19 726	23 401	N/A
Cet engagement a été retirée par le MSSS*				
*Source : Addenda à l'Entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019				
Plan stratégique				
1.03.15 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.	94	115	76	N/A
Cet engagement a été retirée par le MSSS*				
*Source : Addenda à 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 à 90 %

Commentaires

1.03.05.01 : L'ajout de financement avec l'addenda à l'entente de gestion a permis de rehausser les heures en soutien à domicile, au-delà des engagements escomptés.

1.03.11 et 1.03.15 : Le nombre de personnes desservies est pris en compte à une date donnée (31 mars), il ne représente pas le cumul des personnes desservies dans une année, ainsi le nombre serait plus élevé. Nous avons quelques usagers en attente de services de soutien à domicile (que ce soit en longue durée ou non) principalement en ergothérapie et en services psychosociaux. Nous tentons de recruter ces types d'emploi.

1.03.12 : Le soutien à domicile a fait l'objet d'un exercice de vision stratégique (inter-directions) et de trois ateliers d'amélioration qui en découlent afin d'optimiser le potentiel d'utilisation de l'évaluation globale par localité. De plus, nous avons procédé à l'informatisation de l'outil clinique de cheminement informatisé, ce qui engendre une gestion du changement.

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 à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées				
Plan stratégique				
1.03.07.01 – PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	100 %	100 %
Plan stratégique				
1.03.07.02 – PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	100 %	100 %
Plan stratégique				
1.03.10 – PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100 %	100 %	0 %	100 %
1.03.13 – EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	60 %	66,7 %	57,9 %	70 %
Commentaires				
1.03.07.01 et 02 : Les composantes sont toutes en place toutefois la pérennité demeure un enjeu, c'est pourquoi ce dossier est suivi en comité de coordination clinique.				
1.03.10 : Le score global de l'implantation du RSIPA est de 75,68 %, ce qui est légèrement inférieur à 80 % pour être implanté de façon optimale. Comme nous sommes un seul réseau, le pourcentage de réseau de service intégré chute à 0 %. La baisse s'explique majoritairement parce que nous ne bénéficions plus d'un génériate, ce qui affecte considérablement le score global. Des efforts seront entrepris pour aller vers la télégériatrie.				
1.03.13 : Le manque d'alternative en hébergement dans nos milieux nordiques et l'éloignement des familles ne permet pas d'admettre des personnes ayant uniquement des profils élevés. Nous devons composer avec la diversité des besoins et le manque de ressources diversifiées.				

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 à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Déficiences				
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	100 %	100 %	100 %	100 %
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	N/A Aucune clientèle	90 %	N/A Aucune clientèle	90 %
Plan stratégique				
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	100%	100%	N/A Aucune clientèle	100%
Commentaires				
1.45.04 et 1.45.05 : Nos clientèles représentent de faibles volumes, ce qui permet de répondre dans les délais selon les standards ministériels.				

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 à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Dépendances				
1.07.04 – EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	83,9 %	90,5 %	67,6 %	80 %
Plan stratégique				
1.07.06 – PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	85,7 %	88 %	85,7 %	88 %
Commentaires				
<p>1.07.04 : L'engagement était probablement trop élevé en lien avec le type de clientèle en dépendance, dans lesquelles on trouve souvent des personnes qui travaillent sur des horaires 14/14, de sorte qu'elles ne peuvent être rencontrées et évaluées dans les délais standards. L'engagement de 2019-2020 semble plus réaliste avec les particularités nordiques. Le fait que l'expertise repose souvent sur une ou deux personnes, nous avons formé d'autres intervenants afin de pallier à l'absence du personnel pour l'évaluation dans les délais.</p> <p>1.07.06 : Le taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance est demeuré stable avec celui de l'an dernier. Pour compléter l'implantation, des démarches sont en cours pour convenir d'ententes écrites de collaboration avec les partenaires du RLS (ex. : écoles) ainsi que le projet de politique encadrant l'offre de services.</p>				

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 à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Santé mentale				
Plan stratégique				
1.08.13 – PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	18	18	18	18
Commentaires				
1.08.13 : L'engagement convenu dans l'EGI est atteint. Notre plan de déploiement des services SIV-SIM 2015-2020 encadre bien le service et permet une harmonisation des services et des cibles à atteindre. Notre collaboration avec notre conseillère au CNESM permet d'être informé des bonnes pratiques. De plus, la mise en place de supervision de groupe sur une base bimensuelle nous permet d'identifier de façon plus juste les clients nécessitant des services SIV, de mieux viser les cibles désignées par le MSSS, en plus de comptabiliser plus justement les données.				

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 à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Soins palliatifs et de fin de vie				
Plan stratégique				
1.09.05 – PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	33	38	51	38
Plan stratégique				
1.09.45 – PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	1	1	1	1
Plan stratégique				
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	5,6 %	6,7 %	8,6 %	0
Commentaires				
<p>1.09.05 : La demande pour des soins palliatifs à domicile est faible au sein de la population de la région. Les soins palliatifs à domicile sont offerts chaque fois qu'un usager éligible en fait la demande, et ce, en dépit des contraintes organisationnelles. Dans le cadre du plan de développement des SPFV 2015-2020, le comité régional en soins palliatifs est une instance qui permet aux différents intervenants de se concerter au sujet des enjeux qui touchent l'offre de service en soins palliatifs. Son mandat inclut l'identification des besoins liés aux soins palliatifs, la diffusion de l'information pertinente dans les équipes de travail et dans la population, la coordination des activités de soins palliatifs et la promotion de la formation des intervenants.</p> <p>1.09.45 : Le nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie est conforme en lien avec le ratio de la population desservie (1lit/10 000 personnes).</p> <p>1.09.46 : Nous affichons une hausse par rapport à l'année précédente, et ce malgré les contraintes dépeintes ci-dessus qui s'appliquent au décès comme aux soins palliatifs à domicile. Cette mesure reflète l'engagement de nos centres et de nos équipes à offrir les soins requis dans le respect des volontés des usagers en soins palliatifs.</p>				

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 à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Services de première ligne				
Plan stratégique				
1.09.25 – PS Nombre total de GMF	1	1	1	1
Plan stratégique				
1.09.27 – PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	86,34 %	87,5 %	87,29 %	85 %
Commentaires				
1.09.25 Nous avons un seul groupe de médecine de famille pour la région, sans autre développement prévu. Ainsi, nous respectons notre engagement annuel.				
1.09.27. L'objectif de population inscrite auprès d'un médecin de famille est presque atteint même s'il dépasse l'engagement national de 85 %. Le résultat peut être considéré comme satisfaisant étant donné le non-recrutement de nouveaux médecins. En effet, nous avons vécu le départ de quelques médecins non remplacés. Des mesures seront déployées par l'établissement pour favoriser le recrutement de médecins de famille.				
Chirurgie				
Plan stratégique				
1.09.32.00 – PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	0	0	0
Commentaires				
1.09.32 : Selon les données tirées du système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS), toutes les demandes de chirurgie électives sont réalisées dans le délai d'un an.				

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 à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Imagerie médicale				
Plan stratégique 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	82,1 %	100 %	100 %	100 %
Plan stratégique 1.09.34.02 – PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	85,7 %	100 %	100 %	100 %
Plan stratégique 1.09.34.03 – PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	100 %	100 %	100 %	100 %
Plan stratégique 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 %
Plan stratégique 1.09.34.05 – PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	67,2 %	100 %	100 %	100 %

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 à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
<p>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</p>	80,2 %	100 %	100 %	100 %
<p>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</p>	100 %	100 %	100 %	100 %
<p>Commentaires 1.09.34 : Les cibles à atteindre respectent les engagements pris cette année pour la clientèle élective. La présence de l'interniste et le retour de la gynécologue dans notre établissement ont permis d'obtenir des gains pour les scopies en échographies cardiaques et autres échographies. L'atteinte des résultats ou éventuellement un non-respect de nos engagements sont toujours en fonction du fait que nos radiologistes sont itinérants.</p>				

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 à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Ressources matérielles				
2.02.02 – EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100 %	100 %	100 %	100 %
Commentaires				
2.02.02 : Les travaux requis pour éliminer les zones grises ont été travaillés il y a longtemps et nous atteignons la cible annuellement.				

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 à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Ressources humaines				
Plan stratégique				
3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	7,4	7,3	7,14	N/D
Plan stratégique				
3.05.02 – PS Taux d'heures supplémentaires	5,64	5,23	6,16	N/D
Plan stratégique				
3.06.00 – PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	2,38	2,07	4,31	N/D
Commentaires				
<p>3.01 : La stratégie de présence au travail donne ses fruits avec un ratio d'heures en assurance-salaire qui a diminué. Le Bureau de santé travaille de concert avec les gestionnaires et les médecins de la région pour réduire ce ratio.</p> <p>3.05 ET 3.06 : Notre enjeu principal se situe, sur le plan des ressources humaines, dans plusieurs secteurs d'activités qui requièrent de la main-d'œuvre indépendante. La capacité d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre ainsi que la jeunesse de notre personnel (avec les congés de maternité) sont les principaux motifs du recours aux heures supplémentaires (non obligatoires) et à la main-d'œuvre indépendante. Des solutions (ex. : horaire comprimé de 12 heures) et le recours aux médias sociaux permettent des solutions à court terme. Nous avons accueilli deux stagiaires en soins infirmiers en provenance de la France, maintenant membres de l'OIIQ. Enfin, nous travaillons à identifier d'autres leviers d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre en région nordique.</p>				

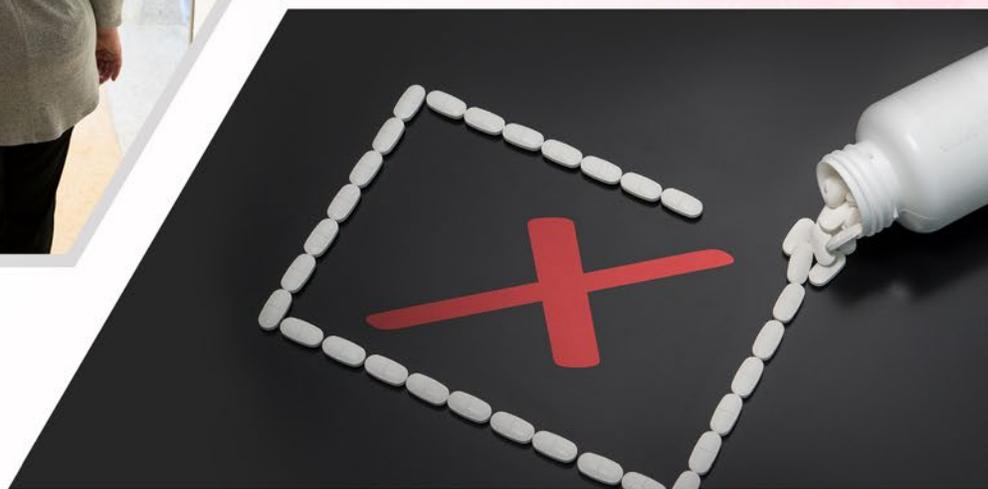
Légende :

	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 à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Multiprogrammes				
Plan stratégique				
7.01.00 – PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	50,1 %	67 %	53 %	67 %
Commentaires				
7.01.00 En région nordique, les intervenants travaillent dans plusieurs programmes services, de sorte que le non-remplacement d'un seul poste vacant rend difficile la réponse aux besoins dans les délais requis. Le nombre de postes vacants en services de nature psychosociale est un enjeu de ressources humaines important. Pour y remédier, les ressources humaines travaillent une stratégie de recrutement et de rétention. De plus, il prévu de pouvoir remplacer certains postes lorsque la situation l'exige ou de recourir à de la main-d'œuvre indépendante pour certaines évaluations.				

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 à 90 %



**LES ACTIVITÉS RELATIVES
À LA GESTION DES RISQUES
ET DE LA QUALITÉ
ET L'APPLICATION
DE LA POLITIQUE PORTANT
SUR LES SOINS DE FIN DE VIE**

L'AGRÈMENT

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

En octobre 2014, le CRSSS de la Baie-James obtenait son accréditation sur la sécurité des soins et services par Agrément Canada. Cette certification est en vigueur jusqu'à l'automne 2018. Nous commençons donc un autre cycle d'agrément d'une durée de 5 ans (2018-2023). Les évaluations au cours de ce nouveau processus d'agrément se feront dorénavant par programmes-services par le biais de plusieurs visites de la part d'évaluateurs externes.

Durant l'année 2018-2019, nous avons réalisé les auto-évaluations et les plans d'amélioration en équipe en lien avec les normes et certains programmes-services. Cette année, cinq normes transversales ont été regardées par les équipes et ont fait l'objet de plans spécifiques d'amélioration, soit :

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

De plus, la norme Santé publique est en préparation pour la visite prévue à l'automne 2019, ainsi que le manuel d'évaluation du programme-service Jeunesse, ce qui inclut :

- Services de périnatalité et d'obstétrique;
- Services pour jeunes en difficulté;
- Services pour la santé mentale en communauté.

Enfin, le manuel d'évaluation du programme-service Santé mentale et Dépendances sera entrepris en 2019-2020, ce qui inclut :

- Services de santé mentale;
- Services d'urgences psychiatriques;
- Services de prévention et de traitement des dépendances.

Considérant que le sondage sur la prévention, la promotion et les pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail fut réalisé en 2018 et que les résultats font l'objet d'analyse, de diffusion et d'un plan d'action dans le cadre de la démarche Entreprise en santé, il est convenu de refaire l'exercice au milieu du cycle 2018-2023.

Afin d'agir en amélioration continue, des feuillets *Parlons Qualité-sécurité* sont mis à la disposition des gestionnaires afin qu'ils puissent en discuter en station visuelle dans leurs équipes. Chaque feuillet porte sur une pratique organisationnelle requise (POR). Les équipes sont invitées à discuter sur les éléments en place et sur des opportunités d'amélioration. Ces feuillets sont distribués sur une base bimensuelle, ils sont également partagés à l'ensemble du personnel en format électronique. Certains bulletins ont également remis aux membres du conseil d'administration.

LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

LES INCIDENTS-ACCIDENTS

Considérant que le ministre a la responsabilité de constituer et de maintenir à jour le *Registre national sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de services de santé et de services sociaux*, et ce, à partir du contenu des registres locaux visés à l'article 183.2 de la LSSSS, indique toute l'importance des informations de base. L'établissement a donc l'obligation légale d'alimenter et de maintenir à jour le registre local des incidents et accidents, d'en garantir une déclaration complète et continue et d'en assurer un suivi étroit auprès des installations.

La déclaration et le suivi des incidents et accidents sont des approches rétrospectives concernant la sécurité et la qualité des soins et services offerts à notre clientèle. Ce processus nous permet d'apprendre de nos erreurs et de travailler dans une approche d'amélioration continue de la qualité. Les activités en lien avec l'agrément permettent également de cibler nos points forts et nos possibilités d'amélioration. En ce sens, l'établissement favorise la mise en œuvre du plan d'action ministériel publié en octobre 2014, en réponse aux recommandations du *Groupe Vigilance pour la sécurité des soins* (GVSS), et intensifie le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication.

Le CRSSS de la Baie-James fait le suivi en continu de la déclaration et de la divulgation des incidents et accidents. Des outils ont été développés pour appuyer les gestionnaires dans l'analyse de ceux-ci. Une formation personnalisée est offerte à tous les nouveaux gestionnaires. D'autres personnes responsables des suivis ont également reçu cette formation, par exemple les assistants au supérieur immédiat. La procédure de déclaration des événements fut révisée et mise à jour afin d'élargir sa portée sur l'analyse de la gestion des événements. De même, la procédure de divulgation fut elle aussi révisée et approuvée par le comité de direction.

Des suivis, incluant la présentation des statistiques en incidents et accidents, sont effectués de façon continue auprès des différentes instances de l'établissement, dont le comité de prévention des chutes, la table régionale de prévention des infections, le comité interdisciplinaire sur les activités pharmaceutiques, le comité de gestion des risques et de la qualité, le comité de vigilance et de qualité, le comité de direction et le conseil d'administration.

La conseillère de la qualité et de la gestion des risques est toujours disponible pour offrir un accompagnement personnalisé aux équipes. Le comité de gestion des risques et de la qualité assure également les suivis des mesures de prévention de la récurrence mises en place.

La répartition des événements déclarés selon le type d'événement

En 2018-2019, 1165 cas ont été répertoriés au CRSSS de la Baie-James. Le tableau 2, à la page suivante, présente les incidents et accidents déclarés selon le type d'événement survenu. Parmi les trois événements les plus fréquents, on compte 400 erreurs liées à la médication, 231 chutes, et 109 erreurs liées au traitement, soit respectivement 34 %, 20 % et 9 % de la totalité des événements déclarés. Donc, à eux seuls, ces trois types d'événements sont à l'origine d'environ 63 % des déclarations d'incidents ou d'accidents.

TABEAU 2 :
Répartition des événements déclarés selon le type d'événement année 2018-2019

Type événement	2018-2019	
	Nbre	%
Médication	400	34,3 %
Chute	231	19,8 %
Traitement	109	9,4 %
Erreur liée au dossier	101	8,7 %
Test Dx Laboratoire	52	4,5 %
Lié à l'équipement	49	4,2 %
Lié au matériel	33	2,8 %
Événement relié au transport	27	2,3 %
Diète	26	2,2 %
Test Dx Imagerie	26	2,2 %
Autre	21	1,8 %
RDM/MMUU	15	1,3 %
Lié à l'identification	14	1,2 %
Lié au bâtiment	11	0,9 %
Événement en lien avec une activité	7	0,6 %
Abus/Agression/Harcèlement/Intimidation	7	0,6 %
Fugue/disparition (encadrement intensif)	6	0,5 %
Lié aux effets personnels	6	0,5 %
Bris de confidentialité	5	0,4 %
Blessure d'origine connue	4	0,3 %
Décompte chirurgical inexact - omis	4	0,3 %
Évasion (garde fermée)	3	0,3 %
Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions)	3	0,3 %
Obstruction respiratoire	2	0,2 %
Blessure d'origine inconnue	1	0,1 %
Défaut de port d'équipement/vêtement de protection	1	0,1 %
Lié au consentement	1	0,1 %

Les événements déclarés selon l'indice de gravité

Incidents

En ce qui a trait aux incidents, en 2018-2019 on en a dénombré 278, soit environ 24 % du total d'événements déclarés. Parmi les incidents, on trouve 183 événements de gravité A et 95 événements de gravité B; ce qui représente respectivement 16 % et 8 % du total des événements déclarés (données non présentées). À l'égard de la nature des trois principaux types d'incidents, les erreurs liées au dossier (6,3 %) occupent le premier rang, suivis par les événements en lien avec la médication (3,9 %) et les erreurs liées au matériel (2,0 %).

TABLEAU 3 :
Répartition des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B)

Type d'événement	Indice de gravité				Total	
	A		B		Nbre	%
	Nbre	%	Nbre	%		
Erreur liée au dossier	59	5,1%	14	1,2%	73	6,3%
Médication	15	1,3%	30	2,6%	45	3,9%
Lié au matériel	16	1,4%	7	0,6%	23	2,0%

Note : le pourcentage est exprimé par rapport au total des événements déclarés, soit 1165 cas.

Accidents

En matière d'accidents, 885 événements ont été déclarés au cours de l'année 2018-2019, soit 76 % de l'ensemble des événements déclarés. Parmi les accidents déclarés, on constate que 650 événements étaient de gravité C (55,8 %), 189 de gravité D (16,2 %), 27 de gravité E1 (2,3 %), 13 de gravité E2 (1,1 %) et 4 de gravité F (0,3 %). Fait important à souligner, en 2018-2019 au CRSSS de la Baie-James, aucun accident pouvant être à l'origine de conséquences graves et permanentes n'a été déclaré, soit ceux dont l'indice de gravité est G et plus. En ce qui a trait à la nature des trois principaux types d'accidents, les erreurs liées à la médication (30,5 %) occupent le premier rang, suivies par les chutes (19,7 %) et les erreurs liées au traitement (8,3 %).

TABLEAU 4 :
Répartition des trois principaux types d'accidents (indices de gravité C et plus)

Type événement	Indice de gravité										Total général	
	C		D		E1		E2		F		Nbre	%
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%		
Médication	310	26,6%	40	3,4%	1	0,1%	3	0,3%	1	0,1%	355	30,5%
Chute	72	6,2%	128	11,0%	20	1,7%	7	0,6%	3	0,3%	230	19,7%
Traitement	88	7,6%	7	0,6%	2	0,2%	0	0,0%	0	0,0%	97	8,3%

Note : le pourcentage est exprimé par rapport au total des événements déclarés, soit 1165 cas.

Le processus de divulgation est conçu comme l'action de porter à la connaissance de l'utilisateur ou de ses proches toute l'information pertinente et relative à la suite d'un accident subi par cet usager, y compris les conséquences qui pourraient en découler. On a constaté que parmi les 1165 événements déclarés au CRSSS de la Baie-James en 2018-2019, il y en a eu 44 d'entre eux entraînant une divulgation obligatoire, pour lesquels cette démarche a été effectuée à 100 %. Concernant la documentation de la divulgation, le dossier de l'utilisateur a été utilisé dans 97,7 % des cas et le rapport de divulgation dans 9,1 % des cas. Pour ce qui est des personnes à qui les informations ont été divulguées, on constate que la divulgation a été faite dans 45,6 % des cas à l'utilisateur lui-même, 53,6 % des cas à un parent ou à un proche de l'utilisateur, 0,8 % des cas au représentant légal de l'utilisateur et 3,2 % autres. Dans certains cas, la divulgation a été faite auprès de plus d'une personne.

Voici un aperçu des plans d'action qui ont été adoptés afin de prévenir les incidents et accidents et qui sont portés par divers comités présentés.

La prévention des chutes. Un comité interdisciplinaire spécifique à la prévention des chutes s'est réuni à 2 reprises au cours de l'année 2018-2019. Le comité s'est doté d'un plan d'action qui détermine les priorités d'action en matière de prévention des chutes chez les usagers. Ce plan se poursuivra en 2019-2020. Parmi les faits saillants de l'année, le programme PIED est démarré à Chibougamau, Lebel-sur-Quévillon et Matagami et s'adresse principalement à la clientèle ambulatoire. En ce qui concerne la clientèle hospitalisée, l'infirmière de liaison incite le personnel des unités

de soins à prendre connaissance du cadre de référence en prévention des chutes et de ses outils. Jusqu'à maintenant, ce sont environ 25 personnes qui ont été rencontrées en soins de courte durée, au milieu de vie et à l'urgence du CS de Chibougamau. L'efficacité des activités de prévention des chutes et de réduction des blessures a fait l'objet d'un audit de dossier. Les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations. Le suivi du plan d'action est assuré également au comité de gestion des risques et de la qualité. Ce dernier a adressé une demande d'ajout de cette formation au processus d'accueil des nouveaux employés.

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

De plus, le comité interdisciplinaire sur les activités pharmaceutiques, présentement en remaniement, a pour mandat de contribuer, avec le comité de pharmacologie du CMDP, à la formulation de recommandations sur les incidents/accidents associés aux erreurs de médicaments pour en atténuer la fréquence et participer à la réalisation des suivis associés.

Surveillance, prévention et contrôle des infections. Considérant les taux d'infections nosocomiales dans les installations hospitalières, un indicateur ministériel mesure la proportion des installations dont l'incidence est inférieure au seuil établi par des comités d'experts, et ce, pour chacun des 3 types d'infections surveillés au CRSSS de la Baie-James :

- Diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD);
- Bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM);
- Bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse.

La surveillance est l'outil essentiel pour suivre la situation épidémiologique. Elle permet de dégager des tendances temporelles de niveaux local, régional et provincial. Les rapports provenant des données extraites des programmes obligatoires de surveillance sont produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). À la lecture des résultats, constat est fait que le CRSSS de la Baie-James rencontre à 100 % les cibles (inférieur au seuil pour chacun des types d'infections en 2018-2019).

Ainsi, pour l'année concernée, des audits d'hygiène des mains ont eu lieu dans quatre centres de santé du CRSSS de la Baie-James, entre la mi-novembre 2018 et la mi-janvier 2019. Au Centre de santé de Chibougamau et au Centre de santé René-Ricard, les observations ont été réalisées sur les trois quarts de travail. Au Centre de santé Isle-Dieu et au Centre de santé Lebel, les audits ont eu lieu sur les quarts de soir et de jour. Les horaires ainsi que le temps alloué pour les observations ont été planifiés en fonction des départements en observation, du nombre d'employés y œuvrant et de l'achalandage. Pour l'ensemble des quatre installations, dix catégories de personnel ont pu être observées. Tout au long de l'audit, des rétroactions ont été faites en temps réel.

Le taux de conformité global à l'hygiène des mains est à 86,4 %, alors que l'an dernier il se situait à 71,9 %.

Enfin, la Table régionale de prévention des infections a tenu quatre rencontres au cours de l'année 2018-2019 suivant ainsi les balises ministérielles.

L'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers. Le cadre de référence, ainsi que les formations en place au CRSSS de la Baie-James ont pour but de favoriser les mesures préventives et alternatives aux mesures de contrôle, et ce, afin d'assurer le bien-être et la sécurité des usagers. Les registres mensuels permettent de faire la distinction entre deux types de mesure, soit une mesure de contrôle (tout moyen mécanique, mesure pour confiner une personne ou substance chimique administrée dans le but de limiter la liberté de mouvement d'une

personne ou de limiter sa capacité d'action) ou une mesure de positionnement, où l'intention thérapeutique est plutôt d'assurer un meilleur positionnement ou alignement du corps et ainsi éviter possiblement les blessures.

Les mesures ont été utilisées comme mesures de contrôle dans 68,3 % des cas et comme mesures de positionnement dans 21,9 % des cas, pour un total de 41 utilisations chez 27 usagers différents.

On note une diminution du nombre de mesures de contrôle de même que du nombre d'usagers chez qui des mesures de contrôle ou de positionnement ont été utilisées comparativement à l'an passé. Cette diminution est possiblement attribuable à la sensibilisation réalisée en cours d'année pour faire mieux connaître le cadre de référence et mieux assurer son application. La diffusion d'une capsule narrée est prévue au cours de la prochaine année pour poursuivre sur cette lancée.

Plaies de pression. En 2012, un programme régional de soins de plaies a été développé et mis en place dans l'ensemble des centres de santé du CRSSS de la Baie-James afin de travailler activement à la diminution de l'apparition des plaies de pression. L'objectif de ce programme est d'assurer, d'encadrer et d'uniformiser la pratique dans les soins de plaies. Des formations ont été données de façon ponctuelle et se poursuivent en continu. À l'intérieur de celles-ci on y mentionne les interventions pour prévenir la détérioration de la peau, minimiser la pression et la friction ainsi que les interventions préventives associées. Aux fins de suivi, un registre a été mis en place en 2015, lequel permet une meilleure identification des plaies, à savoir si elles sont nouvelles ou déjà connues et s'il y a une détérioration ou amélioration de la peau. Cette façon de faire permet de mieux évaluer l'efficacité des traitements et des interventions préventives.

Le nombre de plaies de pression se vérifie en milieu de vie et en courte durée dans les trois installations qui offrent ces services.

Pour les milieux de vie, le nombre de plaies de pressions (nouvelles ou existantes) est de 14, en hausse de 3 par rapport à l'an dernier. De ces 14 plaies, 12 proviennent du CRSSS de la Baie-James, une du domicile et une d'un autre établissement. La majorité des plaies de pression en provenance du CRSSS (12) au milieu de vie ont été détectées à un stade I ou moins. De l'ensemble des 14 plaies, on note qu'il y a eu une amélioration pour 9 plaies, 3 sont demeurées inchangées et 2 se sont détériorées. Toutes ont fait l'objet d'interventions préventives.

En courte durée, 13 plaies de pression ont été répertoriées (11 nouvelles et 2 existantes) en comparaison à 11 en 2017-2018 (7 nouvelles et 4 existantes), une augmentation de 2 plaies déclarées.

Les plaies en courte durée ont été détectées en majorité à un stade III ou moins, démontrant une amélioration de la rapidité de prise en charge et de détection par rapport à l'année précédente. La seule plaie détectée au stade IV était au stade I à la période suivante. Les patients provenaient en majorité du domicile (9 plaies sur 13). Enfin, 100 % des plaies en courte durée ont fait l'objet d'interventions préventives.

Les recommandations formulées par diverses instances externes. Les coroners formulent annuellement plusieurs recommandations. Les recommandations sont des mesures préventives qui visent à protéger la vie humaine en évitant des décès. Elles sont issues de l'analyse des causes et des circonstances des décès par le coroner lors de son investigation ou de son enquête publique. Le coroner en chef peut transmettre les recommandations des coroners aux organismes concernés. En ce qui a trait au CRSSS de la Baie-James, aucune recommandation visant l'organisation (ou toutes autres pouvant être reliées aux établissements du réseau de la santé et de services sociaux du Québec de notre région) n'a fait l'objet d'un tel suivi de la part du coroner en chef.

Au cours de 2018-2019, aucune visite ministérielle n'a eu lieu pour l'évaluation de la qualité du milieu de vie des ressources intermédiaires et des ressources de type familial.

En ce qui concerne l'évaluation du milieu de vie en CHSLD, aucune visite ministérielle n'a eu lieu en 2018-2019 pour notre établissement.

LE COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Mandat et fonctions du comité

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

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

Formation du comité et compétences requises

Le nombre de personnes prévues au règlement est de 9 et se décline comme suit :

- L'adjoint à la PDG — Qualité, performance, évaluation, éthique, soutien et administration qui est la personne désignée par le président-directeur général;
- Le gestionnaire de risques;
- Un membre désigné par le comité des usagers de l'établissement;
- Un médecin désigné par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
- Un pharmacien de l'établissement;
- Un membre désigné par le conseil des infirmières et infirmiers;
- Un gestionnaire responsable d'une unité de retraitement des dispositifs médicaux;
- Un membre désigné par le conseil multidisciplinaire;
- Le conseiller en soins infirmiers — prévention des infections.

Au terme de l'année présentée, un siège, dédié à un membre du comité des usagers était vacant. Le comité des usagers a désigné un représentant qui entrera en fonction au cours de la prochaine année. Les membres se sont rencontrés à trois reprises.

Faits saillants

Conformément à son mandat, le comité se veut la porte d'entrée de toutes informations pertinentes en regard de gestion des risques et de qualité. C'est ainsi que différents suivis y sont effectués notamment au niveau des statistiques issues des rapports incidents-accidents, ceux inhérents au Plan de sécurité des usagers et les informations sur les processus de suivi de la qualité au sein de l'établissement (Plans d'amélioration sur la qualité des soins et des services en ressources intermédiaires et ressources de type familial [RI-RTF], recommandations du coroner et du Protecteur du citoyen, démarche d'agrément, etc.) y sont abordés. Il est à noter qu'aucune recommandation particulière ne fut adressée à l'établissement en provenance soit du coroner ou du Protecteur du citoyen.

De même, les travaux des comités suivants : comité de prévention des chutes, comité interdisciplinaire sur les activités pharmaceutiques, table régionale en prévention des infections y sont rapportés faisant en sorte que le comité est à même de constater la vitalité des différents intervenants en regard de la gestion des risques et de la qualité. Parmi les nouveautés entourant la sécurité des usagers, le comité a participé à la révision de la procédure de gestion des

événements. Aussi, le comité a recommandé d'utiliser la saisie électronique décentralisée afin d'améliorer la qualité des déclarations et les délais de traitement. Le projet a débuté au Centre de santé Isle-Dieu de Matagami et les évaluations à ce jour semblent positives. Le déploiement se fera au gré des opportunités.

LE COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Mandat et fonctions du comité

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment en ce qui concerne la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services dispensés et le respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. À cette fin, le comité de vigilance et de la qualité doit notamment :

1. Recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes. Le comité de vigilance et de la qualité est également responsable de coordonner l'ensemble des activités des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer les responsabilités prévues au présent paragraphe et d'assurer le suivi de leurs recommandations;
2. Établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations prévues au paragraphe suivant;
3. Faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
4. Assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application par ce dernier, des recommandations qu'il a faites en application du paragraphe précédent;
5. Favoriser la collaboration et la concertation des intervenants concernés par le premier paragraphe de la présente énumération;
6. Veiller à ce que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
7. Exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié en vertu du premier alinéa.

Formation du comité et compétences requises

Conformément au règlement régissant ce comité, celui-ci doit être composé de 5 membres. De ceux-ci, deux sont obligatoirement dédiés à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et à la présidente-directrice générale.

Aucun siège n'est vacant, les membres du comité ont siégé lors de 4 rencontres, avec un taux de participation de 90 %.

Faits saillants

Comme requis par son mandat, les membres du comité ont procédé à l'analyse des différents documents devant lui être soumis : analyse et suivi des conclusions et recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité et du médecin examinateur, présentation des statistiques incidents et accidents, rapports du mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés, suivis quant au processus d'Agrément ainsi que des travaux du comité de gestion des risques et de la qualité. Les membres du comité ont recommandé au conseil d'administration l'adoption du rapport annuel de la commissaire aux plaintes et à la qualité, celui-ci étant en tout point conforme au tableau de bord présenté à chacune des rencontres. Enfin, aucune recommandation particulière n'a été faite par le comité de vigilance et de qualité quant à des attentes particulières.

LE COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

Le comité d'éthique clinique a comme objectifs spécifiques de susciter des pistes de réflexion, émettre des opinions sur les orientations, les développements, les politiques et le fonctionnement des activités à caractère médical, clinique et clinico-administratif en regard de l'éthique. À ce sujet, le comité a été consulté lors de la révision du code d'éthique et de déontologie de l'organisation qui par la suite a été adopté au conseil d'administration de juin 2018. Aussi, en lien avec la norme leadership, le comité d'éthique a procédé à l'auto-évaluation des critères portant sur l'éthique et à partir de ces résultats, un plan d'amélioration 2018-2020 est en cours au comité d'éthique clinique.

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

Enfin, le comité souhaite sensibiliser le personnel de l'établissement et le grand public à la compréhension des enjeux éthiques, à travers l'information et la formation. À ce sujet, le comité rédige des capsules éthiques dans le bulletin interne *L'Échangeur-10*. Cette année, deux capsules ont paru dans chacune des éditions, soit :

- Doit-on signaler un conducteur inapte à la SAAQ? À la SQ? (juillet 2018)
- L'histoire de monsieur Germain⁶ — Première partie (février 2019) (refus de traitement).

Le comité s'est réuni à trois reprises avec une participation de 78 % de présences des membres aux rencontres.

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

Au cours de l'année 2018-2019, les formulaires de garde préventive pour une personne qui présente une atteinte de son état mental (RLRQ. C.P-38.001) ont été acheminés au directeur des services professionnels majoritairement entre les mois de janvier à mars 2019 (pour 6 dossiers). Près de 50 % des patients mis sous garde préventive étaient âgés de moins de 21 ans.

Un protocole d'entente entre le CRSSS de la Baie-James et la Centrale Info-santé et Info-social (811) du Saguenay-Lac-Saint-Jean lie les deux régions et assure la couverture des Services d'Aide en Situation de Crise, 24 heures par jour, 7 jours sur 7. La Sûreté du Québec est également signataire de cette entente.

Afin d'assurer l'efficacité des mécanismes de liaison entre les parties, un comité d'arrimage pour assurer le bon fonctionnement des mises sous-garde a été formé pour chacun des secteurs couverts par notre territoire : le secteur est (Chibougamau, Chapais) et le secteur ouest (Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Radisson). Dans chaque comité, on retrouve des représentants régionaux (Centrale Info-santé et Info-social du Saguenay-Lac-Saint-Jean, CRSSS de la Baie-James) et locaux (Sûreté du Québec, services préhospitaliers d'urgence, chef de service psychosocial et, pour le secteur est, la corporation le Zéphir au besoin). Au cours de l'année 2018-2019, le comité d'arrimage s'est rencontré une fois dans chacun des secteurs, soit une fois dans le secteur est et une autre dans l'ouest de notre région. Ces rencontres, d'une durée approximative de deux heures, se sont déroulées par visioconférence.

⁶ M. Germain est un personnage fictif.

TABLEAU 5 :

Données cumulatives du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019 du nombre de demandes et des personnes visées par la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. (RLRQ, chapitre P-38.001) ou par l'article 30 du Code civil du Québec.

Éléments	Mission CH	Mission CLSC	Total Établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	9	()	-
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	Sans objet	0
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	0	0	0
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	Sans objet	0
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécuté (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	0	0	0

() : nombre trop petit pour en permettre la publication.

- : inscrire ce nombre permettrait de déduire le nombre trop petit pour en permettre la publication

L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

Le *Rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration des services du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James* se retrouve sur le site Internet de l'établissement au www.crsssbaiejames.gouv.qc.ca suivant le dépôt à l'Assemblée nationale par le ministre.

Toutes les recommandations adressées à l'établissement ont été mises en œuvre, soit 24 mesures correctives pour 23 motifs de plainte retenus, soit 7 à portée individuelle et 17 à portée systémique. Parmi les mesures correctives identifiées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services au cours de l'exercice 2018-2019, on dénombre les suivantes, savoir :

- Procéder à l'annulation de la facture correspondant aux frais d'hébergement en soins de courte durée a été accordée au bénéfice d'une plaignante ayant reçu de l'information erronée et contradictoire du personnel de l'admission;
- Clarifier les informations à donner aux usagers par le personnel de l'admission;
- Produire une note de service à l'attention de l'ensemble du personnel de l'admission afin de s'assurer que seule l'information inscrite au formulaire soit transmise aux usagers. Document qui résume d'ailleurs clairement toutes les informations nécessaires pour effectuer un choix libre et éclairé en matière des frais admissibles lors d'une hospitalisation;
- Veiller à ce que le personnel infirmier de l'urgence s'assure de ne jamais laisser seul et sans surveillance un usager manifestant des signes de détresse psychologique;

- Veiller à faire connaître et à s'assurer du respect des lignes directrices pour effectuer le dépistage des risques suicidaires notamment lors du triage de l'urgence;
- Modifier les critères d'aide à la décision pour la gestion des lits de l'unité de courte durée afin de s'assurer que le nombre total de déplacements vécus par un même usager au cours d'une même hospitalisation soit pris en considération et puisse être limité;
- Offrir du mentorat et de la formation sous forme de séances d'information concernant notamment le consentement éclairé; le respect de l'autonomie décisionnelle; le paternalisme, etc. De même, des formations visant l'amélioration des habiletés relationnelles et une formation en entretien motivationnel ont été planifiées.

L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

Le CRSSS de la Baie-James informe la population sur son établissement principalement par le site Internet de l'organisation. On y retrouve des nouveautés en continu, comme les communiqués de presse, les divers rapports et autres publications produites par le CRSSS de la Baie-James, ainsi que les campagnes sociétales.

Par ailleurs, il met à la disposition de son personnel et de la population d'autres moyens de communication interactive dont les réseaux sociaux. La page Facebook du CRSSS de la Baie-James compte près de 1200 abonnés. Un compte LinkedIn a été créé au cours de la dernière année. Une adresse courriel générique permet aussi de recevoir des questions diverses : demandes d'accès à des documents, questions de recherche, demandes médias, commentaires de la population.

Concernant les publications produites, notons le bulletin d'information *L'Échangeur-10*. Ce dernier s'adresse principalement au personnel et aux médecins, mais est également diffusé aux partenaires et est disponible sur le site Internet. Il fait l'objet de quatre parutions annuellement. Un deuxième bulletin, *L'Écritôt*, publié après chaque séance ordinaire du conseil d'administration, fait état des principales décisions rendues et des points d'information aux membres. Ce bulletin est disponible sur le site Internet de l'établissement.

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

Afin de mettre à contribution la population, les séances du conseil d'administration couvrent toutes les localités de la région. Deux périodes de questions du public sont prévues à l'ordre du jour permettant de recueillir leurs questionnements.

D'autre part, la présidente-directrice générale entreprend annuellement une tournée des localités lui permettant de rejoindre le personnel. En 2018-2019, la tournée a porté principalement sur les suites du sondage sur les pratiques de gestion favorables à la santé et plus spécifiquement sur l'amélioration des communications organisationnelles et de la disponibilité de la main-d'œuvre. Les conseils de ville de chacune des communautés sont toujours rencontrés afin de saisir les enjeux locaux et de voir aux opportunités de collaboration souhaitées. Des contacts téléphoniques sont maintenus au cours de l'année.

Quant à la satisfaction de la clientèle, des formulaires de sondages sont offerts dans les départements et remis aux usagers. Les commentaires positifs et négatifs reçus sont transmis aux équipes concernées soit pour souligner les bons coups ou pour s'améliorer en continu. Les résultats de 2018-2019 montrent que la relation usager-intervenant est satisfaisante sur plusieurs aspects (accueil chaleureux, réponses aux questions, etc.). Les éléments d'insatisfaction exprimés touchent surtout des aspects organisationnels comme un besoin d'information en dehors des heures d'ouverture, respect des heures de visites, implication des proches, etc. Pour améliorer l'expérience-patient, diverses opportunités seront mises de l'avant avec ce bilan.

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

Tel que stipulé aux articles 8 et 73 de la Loi concernant les soins de fin de vie (RLRQ ch. S-32.0001), l'application de la politique sur les soins de fin de vie des établissements de santé doit faire l'objet d'un rapport aux 6 mois, dans les premiers deux ans suivant l'entrée en vigueur de la loi. Après cette période qui se terminait au 10 décembre 2017, un rapport annuel doit être produit. La première période présentée dans le tableau qui suit, du 10 décembre 2017 au 31 mars 2018, correspond à un rapport de transition permettant de passer des périodes semi-annuelles des rapports précédents (10 juin au 9 décembre) vers un fonctionnement basé sur l'année financière sans discontinuité ni répétition dans les données. La seconde colonne présente les données du tout premier rapport annuel produit pour la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019.

Les soins palliatifs sont offerts dans différents milieux, ils sont majoritairement dispensés aux unités de soins de courte durée dans un centre hospitalier ou par les services de soutien à domicile. Quelques usagers les reçoivent aussi en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Il est à noter que ces soins ne sont pas offerts à notre clientèle en maison de soins palliatifs puisque la région n'en compte aucune. De plus, les premières administrations de sédation palliatives continues et d'aides médicales à mourir sont rapportées ici. Parmi les 6 demandes d'aide médicales à mourir formulées parmi nos usagers, une part de celles-ci a été administrée. Tel que stipulé à l'article 45 de la Loi concernant les soins de fin de vie et considérant le caractère public de ce rapport, les données ont été présentées de façon à préserver la confidentialité des usagers et des soignants.

TABLEAU 6 :
Soins de fin de vie prodigués au CRSSS de la Baie-James du 10 décembre 2017 au 31 mars 2019

Activité	Information demandée	CRSSS de la Baie-James	
		10 décembre 2017 au 31 mars 2018	1 ^{er} avril 2018 au 31 mars 2019
Soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)	Nombre de personnes en SPFV en centre hospitalier.	24	67
	Nombre de personnes en SPFV en CHSLD	()	9
	Nombre de personnes en SPFV à domicile	18	47
	Nombre de personnes en SPFV en maison de soins palliatifs	Sans objet	Sans objet
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	()	6
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	0	6
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	0	()
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs ⁷	0	()

() Nombre trop petit pour en permettre la publication

⁷ Compte tenu du petit nombre de demandes non administrées, il n'est pas possible d'inscrire les motifs sans compromettre la confidentialité.



**RESSOURCES
HUMAINES**

LES EFFECTIFS AU CRSSS DE LA BAIE-JAMES

Conformément à la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État (RLRQ 2014, chapitre 17), le rapport annuel doit indiquer le nombre d'heures rémunérées par catégorie d'emploi.

Le CRSSS de la Baie-James compte un total de 986 780 heures travaillées, soit une réduction de 5,6 % par rapport aux heures totales travaillées en 2014-2015 (1 044 960). La cible de 1 %. On peut voir une diminution des heures travaillées dans plusieurs catégories. On rencontre plusieurs postes vacants particulièrement cette année.

**TABLEAU 7 :
Données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs 2018-2019**

11042686 - CRSSS de la Baie-James		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04			2018-04-01 au 2019-03-30	
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
11042686 CRSSS de la Baie-James 1 - Personnel d'encadrement	2014-15	66 966	14	66 980	37	41
	2015-16	63 898	64	63 962	35	42
	2016-17	63 591	271	63 862	35	40
	2017-18	60 316	31	60 347	33	38
	2018-19	55 097	81	55 178	30	37
	Variation	(17,7 %)	478,6 %	(17,6 %)	(17,9 %)	(9,8 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	155 895	1 101	156 996	86	101
	2015-16	164 245	1 222	165 467	90	107
	2016-17	164 874	1 514	166 388	90	115
	2017-18	158 223	1 142	159 364	87	110
	2018-19	158 308	1 049	159 357	87	110
	Variation	1,5 %	(4,8 %)	1,5 %	1,5 %	8,9 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	300 101	16 992	317 093	162	209
	2015-16	308 408	14 915	323 323	166	220
	2016-17	317 426	14 848	332 274	170	222
	2017-18	295 196	14 441	309 636	158	208
	2018-19	281 196	16 588	297 784	151	200
	Variation	(6,3 %)	(2,4 %)	(6,1 %)	(6,7 %)	(4,3 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	392 962	6 159	399 122	219	315
	2015-16	389 563	5 398	394 961	216	299
	2016-17	385 053	8 297	393 350	214	311
	2017-18	386 587	8 676	395 263	215	311
	2018-19	361 149	8 689	369 838	200	301
	Variation	(8,1 %)	41,1 %	(7,3 %)	(8,3 %)	(4,4 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	101 556	979	102 535	53	84
	2015-16	97 734	1 385	99 120	50	79
	2016-17	97 885	1 703	99 589	50	83
	2017-18	101 422	1 408	102 830	52	91
	2018-19	102 986	1 251	104 238	53	91
	Variation	1,4 %	27,8 %	1,7 %	0,9 %	8,3 %

11042686 - CRSSS de la Baie-James		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04			2018-04-01 au 2019-03-30	
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	2 232	2	2 234	1	8
	2015-16	3 644	8	3 652	2	13
	2016-17	124	0	124	0	3
	2017-18	310	0	310	0	1
	2018-19	386	0	386	0	5
	Variation	(82,7 %)	(100,0 %)	(82,7 %)	(82,9 %)	(37,5 %)
Total du personnel pour 11042686 - CRSSS de la Baie-James	2014-15	1 019 712	25 248	1 044 960	557	710
	2015-16	1 027 492	22 993	1 050 485	560	719
	2016-17	1 028 954	26 633	1 055 587	560	726
	2017-18	1 002 054	25 697	1 027 751	545	712
	2018-19	959 123	27 658	986 780	522	697
	Variation	(5,9 %)	9,5 %	(5,6 %)	(6,3 %)	(1,8 %)

Cible en heures rémunérées pour 2018-2019 **1 026 792**
 Écart à la cible **-40 012**
 Écart à la cible en % **-3,9 %**

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

LES EFFECTIFS MÉDICAUX

Cette année, un médecin omnipraticien a quitté l'équipe médicale de Chibougamau. Nous avons procédé au recrutement de 2 nouveaux omnipraticiens soit 1 à Chapais et 1 à Chibougamau pour des arrivées prévues respectivement en juillet et en septembre 2019. Malgré ces recrutements, l'établissement demeure avec des besoins en omnipratique à la suite de départs non comblés ces dernières années dans les différents centres de santé de la région, notamment à Chibougamau et à Lebel-sur-Quévillon.

En spécialité, l'année a été consacrée à la consolidation des spécialités offertes sur place et itinérance. Ainsi le Centre de santé de Chibougamau peut compter sur une équipe stable de spécialistes qui desservent à temps plein en gynécologie-obstétrique, médecine interne, psychiatrie, chirurgie et anesthésie. Il est à noter que cette année, de grands efforts de recrutement ont été déployés pour recruter de nouveaux radiologistes pour nous permettre de stabiliser et même d'augmenter l'offre de service en imagerie médicale. Ainsi, nous pouvons compter sur 2 radiologistes supplémentaires qui se sont joints à l'équipe qui nous visite. Afin de compléter l'offre de service en spécialité, le CRSSS de la Baie-James offre un programme structuré de médecins spécialistes qui contribue à offrir une solution gagnante d'abord à nos citoyens, et aussi aux équipes soignantes permanentes sur place. Ce programme prévoit que les médecins spécialistes, provenant d'hôpitaux ou de cabinets urbains, se rendent à intervalles réguliers en Jamésie. Ces services de spécialistes itinérants améliorent l'accès des usagers aux soins spécialisés et apportent un soutien significatif aux équipes de soins en place dans les centres de santé.

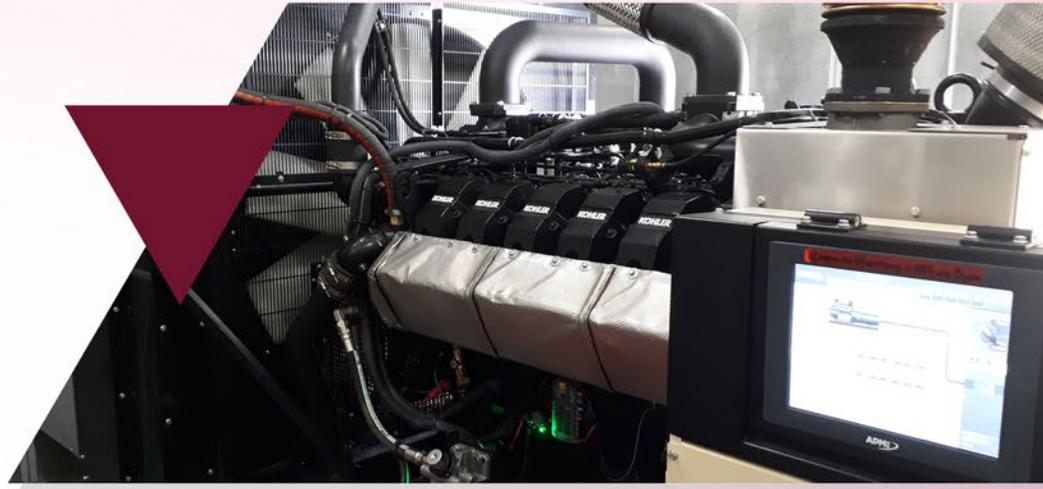
Les visites de spécialistes peuvent couvrir de nombreux domaines, dont : la pédiatrie, la radiologie, la néphrologie, la microbiologie ou l'oto-rhino-laryngologie. Au total, ce sont plus de 20 spécialités qui sont ainsi offertes selon l'installation grâce à 63 médecins spécialistes associés.

**TABLEAU 8 :
Évolution des effectifs en omnipratique**

Centre de santé	En place au 31 mars 2019	En place au 31 mars 2018	En place au 31 mars 2017	En place au 31 mars 2016	En place au 31 mars 2015	En place au 31 mars 2014	En place au 31 mars 2013
CS René-Ricard	3	3	4	4	4	4	4
CS de Chibougamau	16	17	20	16	18	20	19
CS Lebel	5	5	5	6	6	5	5
CS Isle-Dieu	5	5	5	4	4	5	5
CS de Radisson	2	2	2	1	1	1	1
Total :	31	32	36	31	33	35	34

TABLEAU 9 :
Effectifs médicaux spécialisés

Spécialité	Prévus au plan d'effectifs	En place au 31 mars 2019
Anesthésiologie	1	Équipe itinérante*
Chirurgie générale	1	Équipe itinérante*
Médecine interne	1	1
Psychiatrie	1	1
Radiologie diagnostique	1	Équipe itinérante
Obstétrique-gynécologie	1	1
Santé communautaire	2	2



**RESSOURCES
FINANCIÈRES**

UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

Le tableau 10 présente la répartition des dépenses du CRSSS de la Baie-James, en fonction des programmes-services et des programmes-soutien du fonds d'exploitation.

**TABLEAU 10 :
Répartition des charges brutes par programmes**

Programmes	Exercice courant (2018-2019)		Exercice précédent (2017-2018)			
	Dépenses	%	Dépenses	%	Variation \$	Variation %
Programmes services						
Santé publique	2 839 757 \$	4,09 %	2 614 808 \$	3,84 %	224 949 \$	8,60 %
Services généraux Activités – cliniques et d'aide	5 411 388 \$	7,79 %	5 663 652 \$	8,33 %	-252 264 \$	-4,45 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	7 759 169 \$	11,16 %	6 917 139 \$	10,17 %	842 030 \$	12,17 %
Déficiance physique	805 541 \$	1,16 %	775 451 \$	1,14 %	30 090 \$	3,88 %
Déficiance intellectuelle et TSA	610 587 \$	0,88 %	668 742 \$	0,98 %	-58 155 \$	-8,70 %
Jeunes en difficulté	2 492 397 \$	3,59 %	2 331 584 \$	3,43 %	160 813 \$	6,90 %
Dépendances	488 503 \$	0,70 %	467 790 \$	0,69 %	20 713 \$	4,43 %
Santé mentale	2 436 141 \$	3,51 %	2 426 879	3,57 %	9 262 \$	0,38 %
Santé physique	29 553 118 \$	42,52 %	29 179 758 \$	42,90 %	373 360 \$	1,28 %
Programmes soutien						
Administration	7 441 956 \$	10,71 %	7 331 884 \$	10,78 %	110 072 \$	1,50 %
Soutien aux services	5 110 119 \$	7,35 %	5 221 966 \$	7,68 %	-111 847 \$	-2,14 %
Gestion des bâtiments et des équipements	4 551 357 \$	6,55 %	4 411 041 \$	6,49 %	140 316 \$	3,18 %
TOTAL	69 500 033 \$		68 010 694 \$		1 489 339 \$	

Source : Extrait AS-471, pages 700-00 à 700-07

Le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471 publié sur le site Internet du CRSSS de la Baie-James pour plus d'information sur les ressources financières.

L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

L'établissement s'est engagé à respecter son obligation légale de maintenir l'équilibre budgétaire entre ses charges et ses revenus. Nous nous sommes conformés à ne pas encourir de déficit en fin d'exercice. L'établissement enregistre un surplus de 131 384 \$ au fonds d'exploitation et 101 541 \$ au fonds d'immobilisations.

LES CONTRATS DE SERVICE

Afin de se conformer à la *Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État*, le CRSSS de la Baie-James doit rendre des comptes sur les contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019 au rapport annuel de gestion.

TABLEAU 11 :
Nombre et valeur des contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus
conclus entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique	7	450 921 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique	15	3 087 558 \$
Total des contrats de service	22	3 538 478 \$

Les contrats avec une personne physique correspondent majoritairement à la main-d'œuvre indépendante en pharmacie afin de combler les besoins de personnel et, cette année, en ergothérapie. Les autres contrats octroyés le sont auprès de contractants autres qu'une personne physique, principalement pour la main-d'œuvre indépendante du personnel de catégorie 1. Les autres contrats correspondent aux besoins en différents services (transport, entretien ménager, autre).

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

Étant donné que le CRSSS de la Baie-James est tenu de fournir un rapport financier annuel (AS-471), nous nous permettons, aux pages suivantes, de reproduire le tableau portant sur l'état du suivi des réserves qui a été émis par l'auditeur indépendant.

TABLEAU 12 :

L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

Nom de l'établissement : C.R.S.S.G. Baie-James Code : 1104-2686 Page / Idn. : 140-00 /
exercice terminé le 31 mars 2019

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

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

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Lors des tests sur les unités de mesure, nous avons constaté plusieurs centres d'activités pour lesquels les rapports périodiques n'ont pas été approuvés par le gestionnaire du centre. Lorsque les unités de mesure sont enregistrées directement dans un système et que le rapport périodique est produit automatiquement, aucune approbation ni validation n'est effectuée. Les centres touchés par cette problématique : 6056, 6060, 6240, 6531, 6680, 6791, 6831, 6839, 6870, 6890, 7101, 7111, 7112, 7090, 7161, 7162, 7391, 7392, 7395, 7401, 7402, 7403, 7405, 7553, 7606, 7645, 7646, 7650, 7690.	2017-18	R		X		
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Lors des tests sur les écritures de journal nous avons retracé des écritures non approuvées au système GRF pour la période de finalisation de l'AS-471 où l'agent de gestion financière est fortement sollicité. Par contre, chacune	2018-19	C				X

Nom de l'établissement
C.R.S.S.S. Baie-James

Code
1104-2696

Page / Idn.
140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2019

d'elles font l'objet d'une discussion entre agents de gestion financière. Enfin, lorsque le rapport sur les écritures précédentes non approuvées sort, toutes les écritures sont approuvées au système. La direction travaille actuellement à s'assurer que les écritures de journal de fin d'année soient approuvées au système GRF.						
Lors des tests sur les unités de mesure, nous avons constaté plusieurs centres d'activités pour lesquels les rapports périodiques n'ont pas été approuvés par le gestionnaire du centre. Lorsque les unités de mesure sont enregistrées directement dans un système et que le rapport périodique est produit automatiquement, aucune approbation ni validation n'est effectuée. Les centres touchés par cette problématique : 6056, 6060, 6240, 6531, 6680, 6791, 6831, 6839, 6870, 6890, 7101, 7111, 7112, 7090, 7161, 7162, 7391, 7392, 7395, 7401, 7402, 7403, 7405, 7553, 7606, 7645, 7646, 7650, 7690.	2017-18	R			X	
Lors de notre audit, nous avons constaté qu'il y a un agent de gestion financière qui peut déclencher, produire et approuver les écritures de journal. Les écritures de journal qui sont produites par cet agent de gestion financière ne sont approuvées par personne. Malgré que des tentatives ont été effectuées pour corriger la situation, la problématique persiste. Cette situation pourrait engendrer des erreurs. Nous suggérons donc de mettre sur pied un système d'approbation qui permet que chaque personne soit approuvée.	2017-18	R			X	
Rapport à la gouvernance						
	2018-19	C				X

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

C.R.S.S.S. Baie-James

1104-2686

140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2019

<p>Lors des tests sur les écritures de journal nous avons retracé des écritures non approuvées au système GRF pour la période de finalisation de l'AS-471 où l'agent de gestion financière est fortement sollicité. Par contre, chacune d'elles font l'objet d'une discussion entre agents de gestion financière. Enfin, lorsque le rapport sur les écritures précédentes non approuvées sort, toutes les écritures sont approuvées au système. La direction travaille actuellement à s'assurer que les écritures de journal de fin d'année soient approuvées au système GRF.</p>					
<p>Lors des tests sur les unités de mesure, nous avons constaté plusieurs centres d'activités pour lesquels les rapports périodiques n'ont pas été approuvés par le gestionnaire du centre. Lorsque les unités de mesure sont enregistrées directement dans un système et que le rapport périodique est produit automatiquement, aucune approbation ni validation n'est effectuée. Les centres touchés par cette problématique : 6056, 6060, 6240, 6531, 6680, 6791, 6831, 6839, 6870, 6890, 7101, 7111, 7112, 7090, 7161, 7162, 7391, 7392, 7395, 7401, 7402, 7403, 7405, 7553, 7606, 7645, 7646, 7650, 7690</p>	2017-18	R		X	
<p>Lors de notre audit, nous avons constaté qu'il y a un agent de gestion financière qui peut déclencher, produire et approuver les écritures de journal. Les écritures de journal qui sont produites par cet agent de gestion financière ne sont approuvées par personne. Malgré que des tentatives ont été effectuées pour corriger la situation, la problématique persiste. Cette situation pourrait engendrer des erreurs. Nous suggérons donc de mettre sur pied un système d'approbation qui permet que chaque personne soit approuvée.</p>	2017-18	R		X	

LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

Conformément à la *Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics*, un responsable du suivi des divulgations pour l'organisme doit être désigné. Cette personne fut désignée dès l'entrée en vigueur de la Loi (mai 2017) auprès du Protecteur du citoyen et à l'interne. Par ailleurs, un projet de procédure est en rédaction pour diffuser la façon de faciliter cette divulgation à l'interne, laquelle sera effective en début d'année. Aucune demande ne fut adressée par des employés auprès de la responsable du suivi des divulgations pour l'année 2018-2019. Le tableau suivant fait état de la reddition de compte attendue.

TABLEAU : 13
Divulgation des actes répréhensibles au CRSSS de la Baie-James
2018-2019

Divulgation des 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	0		
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues		0	
3. Le nombre de motifs auquel il a été mis en application du paragraphe 3 de l'article 22		0	
4. Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations			
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 			
<ul style="list-style-type: none"> • Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie 			
<ul style="list-style-type: none"> • Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui 			
<ul style="list-style-type: none"> • Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité 			
<ul style="list-style-type: none"> • Le fait, d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment 			
5. Le nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable de suivis du suivi des divulgations			
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivis, le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés			
7. Parmi les divulgations reçues, le nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c'est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé			
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23.	0	0	0

ALLOCATIONS DES RESSOURCES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES**Allocations des ressources aux organismes communautaires**

Le CRSSS de la Baie-James subventionne des organismes communautaires selon cinq modes de financement, soit trois dans le cadre du *Programme de soutien aux organismes communautaires* (PSOC) et deux autres à partir des fonds programmes.

Pour ces cinq modes de financement, un montant de 5 006 012 \$ a été alloué pour l'année 2018-2019 aux 36 organismes communautaires desservant les Jamésiens. De ce nombre, 29 organismes communautaires ont reçu un montant de 4 245 355 \$ issu du *Programme de soutien aux organismes communautaires* (PSOC), représentant ainsi une somme équivalente à 85 % du financement total dédié aux organismes communautaires. Seuls, les organismes suprarégionaux et le Centre de développement communautaire de Matagami sont financés en ententes pour des services spécifiques et complémentaires au sein du PSOC. Un organisme a reçu un financement du MSSS en projet ponctuel. Les autres organismes financés au PSOC le sont en mission globale pour une proportion de 94 % du PSOC total.

Le tableau 14 détaille les subventions accordées à chacun de ces organismes, et ce, sur une base comparative avec l'exercice précédent. Il englobe d'une part les montants reçus dans les trois modes de financement du PSOC et d'autre part, ceux des ententes de services ou projets ponctuels des fonds programmes.

TABLEAU 14 :
Organismes communautaires subventionnés
pour l'année 2018-2019 et 2017-2018

Catégorie	Organisme	PSOC		Programme		Total
		2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019
Aide et entraide bénévole						
	Les Parcelles de tendresse	16 385 \$	16 127 \$	- \$	- \$	16 385 \$
	Les Rayons de soleil du Nord	13 978 \$	13 758 \$	- \$	- \$	13 978 \$
	NaturELLEMENT Sain			14 080 \$	16 700 \$	14 080 \$
Aide, entraide et dépannage						
	Carrefour communautaire Chibougamau	95 640 \$	89 870 \$	26 710 \$	31 000 \$	122 350 \$
	Centre dévelop. communautaire Matagami	16 768 \$	16 504 \$	6 070 \$	- \$	22 838 \$
	Comité prévention du suicide de Lebel	90 857 \$	84 505 \$	5 000 \$	- \$	95 857 \$
	Réseau hommes Québec Baie-James	333 167 \$	204 889 \$	4 111 \$	7 884 \$	337 278 \$
	Ligne Jaune			20 000 \$	15 000 \$	20 000 \$
	Association À fleur d'espoir	118 081 \$	111 300 \$	2 111 \$	2 078 \$	120 192 \$
	Pavillon de la rose	72 948 \$	63 957 \$	- \$	- \$	72 948 \$
Milieu de vie et soutien dans la communauté						
	Maison des jeunes Sac-Ados de Chibougamau	162 180 \$	146 862 \$	- \$	35 135 \$	162 180 \$
	Club social des jeunes de Chapais	91 158 \$	106 104 \$	- \$	- \$	91 158 \$
	Maison des jeunes de Lebel-sur-Quévillon	147 787 \$	137 617 \$	106 467 \$	81 382 \$	254 254 \$
	Maison des jeunes de Matagami	86 606 \$	87 242 \$	- \$	- \$	86 606 \$
	Centre jeunesse l'Astral de Radisson	78 208 \$	74 055 \$	- \$	- \$	78 208 \$
	Maison des jeunes décentralisée de VVB	91 582 \$	75 376 \$	- \$	- \$	91 582 \$
	Partenaires à part égale	147 533 \$	131 776 \$	18 691 \$	18 397 \$	166 224 \$
	Association des personnes handicapées de Chib	153 321 \$	146 025 \$	50 300 \$	49 508 \$	203 621 \$
	Centre de femmes les Elles du Nord	206 245 \$	198 076 \$	27 152 \$	26 845 \$	233 397 \$
	Ilot d'espoir	197 302 \$	189 274 \$	26 713 \$	37 134 \$	224 015 \$
	Regroupement de femmes Valcarton (CCFC)	189 475 \$	181 570 \$	16 029 \$	16 178 \$	205 504 \$
	Femmes d'action Femmes de résultats	189 475 \$	181 570 \$	10 295 \$	10 132 \$	199 770 \$
	Centre de femmes les Essenti'elles"	193 949 \$	185 973 \$	- \$	- \$	193 949 \$
	Centre de femmes Uni-Vers-Elles	193 949 \$	185 973 \$	17 406 \$	27 993 \$	211 355 \$
	Mirador des marmots			101 150 \$	52 472 \$	101 150 \$
	Animation Pace-Âge			54 002 \$	48 924 \$	54 002 \$
	Le Petit train Chapais			48 958 \$	36 954 \$	48 958 \$
	Centre Unissons la Famille			32 562 \$	21 368 \$	32 562 \$
Hébergement						
	Maison d'hébergement l'Aquarelle	698 005 \$	682 092 \$	- \$	12 395 \$	698 005 \$
	Corporation Le Zéphir Chibougamau-Chapais inc.	420 452 \$	403 988 \$	160 628 \$	117 946 \$	581 080 \$
Regroupement						
	TROC du Nord-du-Québec	132 537 \$	130 450 \$	- \$	- \$	132 537 \$
Supra régionaux						
	TelAide Saguenay-Lac-St-Jean			6 500 \$	6 500 \$	6 500 \$
	Société Alzheimer Sagamie	22 360 \$	22 008 \$	- \$	- \$	22 360 \$
	Centre de prévention du suicide O2	41 366 \$	40 715 \$	5 000 \$	5 000 \$	46 366 \$
	Besoin d'aide 24/7	5 000 \$	5 000 \$	- \$	- \$	5 000 \$
	Équijustice Lac-Saint-Jean	39 041 \$	38 426 \$	722 \$	828 \$	39 763 \$
	Totaux	4 245 355 \$	3 951 082 \$	760 657 \$	677 753 \$	5 006 012 \$

Le CRSSS de la Baie-James confirme son respect des règles et normes édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux, et de son cadre de référence adopté en mai 2016. Toutes les mesures ont été prises pour s'assurer que les organismes communautaires complètent le processus de demande de subvention annuelle ainsi que la reddition de compte : le rapport financier, le rapport d'activités de l'organisme concerné et autres documents pertinents. L'analyse de conformité et les suivis de gestion furent appliqués de façon responsable selon les conventions de soutien financier 2015-2018 et qui ont été prolongées jusqu'en 2020.



CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS



CODE D'ÉTHIQUE
ET DE DÉONTOLOGIE
DES ADMINISTRATEURS

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

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION
LE 12 JUIN 2018

DÉCLARATION DE PRINCIPE

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

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

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

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

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

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

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

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le membre reconnaît que le fait d'être un administrateur du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une séance du conseil d'administration dûment convoquée ou lorsqu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil d'administration à titre d'administrateur.

Le membre reconnaît que le fait d'être un administrateur du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James ne lui donne aucun privilège quant à l'accessibilité aux services de santé et services sociaux rendus par les professionnels et le personnel de l'établissement.

IDENTIFICATION ET MESURES DE PRÉVENTION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLES RELATIVES AUX SÉANCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

Le membre du conseil d'administration, dans le cadre d'une séance, évite d'afficher sa position par des signes extérieurs. Il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face aux autres membres du conseil et au public.

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

Le membre du conseil d'administration évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James et de toutes les personnes qui y œuvrent.

INTERDICTION DES PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION

Le membre du conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

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

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

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

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

ACTIVITÉS POLITIQUES

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

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

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

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

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT

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

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

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

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

MÉCANISME D'APPLICATION DU CODE

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

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

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

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

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

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

Lorsqu'il est saisi d'une allégation de manquement à un devoir, obligation ou norme prévue par le présent Code, le comité de gouvernance et d'éthique décide des moyens nécessaires pour mener une enquête. Cette enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.

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

PUBLICITÉ DU CODE

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

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

Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :

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

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

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

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

Le Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration en vigueur, est déposé, comme le prévoit la Loi sur le ministère exécutif (art. 3.0.4), sur le site Internet de l'organisation :

http://www.crsssbaiejames.gouv.qc.ca/1461/Code_d'ethique.crsssbaiejames

Au cours de l'année 2018-2019, aucun cas de manquement des membres du conseil n'a été constaté, ni traité.

ANNEXE A

ENGAGEMENT PERSONNEL

(Article 1.4)

Je, _____,

membre du conseil d'administration,

ai pris connaissance

du Code d'éthique et de déontologie

applicable aux membres du conseil d'administration du

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

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

Signature

Date

ANNEXE B

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

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

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

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

- 3.- J'occupe les emplois suivants :

Emploi _____

Employeur : _____

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

Prénom et nom

Date

ANNEXE C

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

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

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

Lieu

Crédit photo : CVoltaic Photo pour le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Lac Gilman à Chibougamau



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

