

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2021-2022



CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (CISSS)
DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Adopté par le conseil d'administration le 14 juin 2022.

Ce document a été réalisé par :

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
1, 9^e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9
Téléphone : 819 764-3264
Télécopieur : 819 764-2948
Site Internet : www.cisss-at.gouv.qc.ca

Production

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

Révision des textes

Jordan Bilodeau, APPR – affaires publiques et relations avec les médias
Sylvianne Leclerc, conseillère cadre - BPDG
Manon Bizier, agente administrative – BPDG

Conception graphique

Pascale Guérin, technicienne en communication
Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

ISBN 978-2-550-93001-3 (imprimé)

ISBN 978-2-550-93000-6 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux.....	5
Liste des figures	6
Liste des sigles et acronymes	7
01. Message des autorités	11
02. Déclaration de fiabilité des données et de contrôles afférents	13
03. Présentation de l'établissement.....	15
3.1 Mission, vision et valeurs	16
3.2 Organigramme	18
3.3 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	19
3.3.1 Conseil d'administration	19
3.3.2 Les comités, les conseils et les instances consultatifs.....	22
3.4 2021-2022 en bref.....	27
3.4.1 Projets d'infrastructure	27
3.4.2 Recrutement, attraction et rétention de la main-d'œuvre en lien avec la pénurie	28
3.4.3 La démarche de sécurisation culturelle.....	29
3.4.4 Offre de services à la population et organisation des services	31
3.4.5 COVID-19.....	33
3.4.6 Des partenariats qui font la différence.....	33
3.4.7 Autre	34
04. Résultats au regard du plan stratégique du ministère de la santé et des services sociaux	36
4.1 Orientation 1 - Améliorer l'accès aux professionnels et aux services	37
4.2 Orientation 2 : Moderniser le réseau et ses approches	45
4.3 Orientation 3 : Prendre soin du personnel du réseau	47
4.4 Orientation 4 : Gérer l'évolution de la pandémie de la COVID-19	48
05. Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité.....	49
5.1 L'Agrément.....	50
5.2 La sécurité et qualité des soins et des services.....	51
5.2.1 Faits saillants - bilan des activités réalisées par le comité de gestion des risques	54
5.2.2 Bilan des directions	60
5.3 Recommandations des instances externes	66
5.3.1 Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.....	66
5.3.2 Le coroner	70
5.3.3 Registre des alertes, avis et rappels	70
5.3.4 Les mesures mises en place par l'établissement ou le CVQ suite aux recommandations	71
formulées par les instances.....	71
5.4 Mises sous garde dans l'établissement selon la mission.....	74
5.5 Information et consultation de la population	75

TABLE DES MATIÈRES

06. Application de la politique portant sur les soins de fin de vie	77
07. Ressources humaines	79
08. Ressources financières	82
8.1 Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	83
8.2 L'équilibre budgétaire.....	83
8.3 Les contrats de services	84
8.4 État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant.....	84
09. La direction des services techniques et logistique	87
10. Les ressources informationnelles	89
11. La divulgation des actes répréhensibles.....	94
12. Les organismes communautaires.....	96
ANNEXE 1 – Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.....	104

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Portrait des personnes inscrites auprès d'un médecin de famille où d'un médecin de famille en GMF	37
Tableau 2 : Délai moyen de prise en charge et durée moyenne de séjour	38
Tableau 3 : Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale.....	38
Tableau 4 : Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance.....	39
Tableau 5 : Taux de référencement à un médecin spécialiste et délai des traitements en chirurgie.....	40
Tableau 6 : Hébergement pour personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme en services résidentiels	41
Tableau 7 : Services offerts en soutien à domicile	42
Tableau 8 : Services destinés aux enfants et aux jeunes.....	43
Tableau 9 : Places développées en MDAA et en maisons de répit	45
Tableau 10 : Nombre de services en télésanté et de cliniques médicales branchées à une solution informatique ...	45
Tableau 11 : Présence au travail et recours au personnel issu d'agences privées	46
Tableau 12 : Délai entre la création d'un cycle de cas et d'un cycle de contact communautaire à risque modéré	47
Tableau 13 : Couverture vaccinale contre la COVID-19.....	48
Tableau 14 : Nature des principaux types d'incidents pour les catégories A et B.....	53
Tableau 15 : Nature des principaux types d'incidents pour les catégories C à I	54
Tableau 16 : Bilan de l'utilisation des mesures de contrôle en CHSLD.....	58
Tableau 17 : Mesures d'amélioration à portée individuelle.....	67
Tableau 18 : Mesures d'amélioration à portée systémique	67
Tableau 19 : Exemples de mesures mises en place pour donner suite aux recommandations.....	68
Tableau 20 : Exemples de recommandations individuelles adressées aux professionnels visés	70
Tableau 21 : Exemples de mesures mises en place pour donner suite aux recommandations du Protecteur du citoyen	71
Tableau 22 : Portrait des mises sous garde	75
Tableau 23 : Application de la politique portant sur les soins de fin de vie.....	78
Tableau 24 : Répartition de l'effectif en 2022 par catégorie de personnel.....	80
Tableau 25 : Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs	81
Tableau 26 : Dépenses par programmes-services.....	83
Tableau 27 : Contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus.....	84
Tableau 28 : Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	84
Tableau 29 : Faits saillants de la DSTL	88
Tableau 30 : Projets majeurs déployés par la DSTL.....	88
Tableau 31 : Attribution des fonds au PSOC	97

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Gestion des demandes de services	92
Figure 2 : Gestion des incidents	92
Figure 3 : Taux d'incidents résolus pas catégorie.....	93

LISTE SIGLES ET ACRONYMES

AEP	Attestation d'études professionnelles
APPR	Agent de planification, de programmation et de recherche
AQEPA	Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs
ASSS	Auxiliaire aux services de santé et sociaux
AT	Abitibi-Témiscamingue
BCM	Bilan comparatif des médicaments
BPDG	Bureau de la présidence-direction générale
CA	Conseil d'administration
CAAP-AT	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de l'Abitibi-Témiscamingue
CAAVD	Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or
CALACS	Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CAPACS	Centre d'aide et de prévention des agressions à caractère sexuel
CCCO	Comité de coordination clinique opérationnel
CDPDJ	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
CEPI	Candidat à l'exercice de la profession d'infirmière
CGRQ	Comité de gestion des risques et de la qualité
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
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
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CODIR	Comité de direction
CRD-H	Centre de réadaptation en dépendance avec hébergement
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDS	Centre de répartition des demandes de services
CROC-AT	Concertation régionale des organismes communautaires de l'Abitibi-Témiscamingue
CSA	Centre de services ambulatoires
CS-PCIN	Comité stratégique en prévention et contrôle des infections
CUCI	Comité des usagers du centre intégré
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
CVQ	Comité de vigilance et de la qualité
DEC	Diplôme d'études collégiales

LISTE SIGLES ET ACRONYMES

DGAPSPGS	Direction générale adjointe aux programmes de santé physique généraux et spécialisés
DI	Déficiência intellectuelle
DI-TSA	Déficiência intellectuelle - trouble du spectre de l'autisme
DI-TSA-DP	Déficiência intellectuelle - trouble du spectre de l'autisme - déficiência physique
DMÉ	Dossier médical électronique
DMS	Durée moyenne de séjour
DP	Déficiência physique
DPDI-TSA-DP	Direction des programmes déficiência intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficiência physique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DPJeu	Direction du programme jeunesse
DPSAPA	Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées
DPSMD	Direction des programmes santé mentale et dépendance
DQÉPÉ	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
DRI	Direction des ressources informationnelles
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI	Direction des soins infirmiers
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSPEUPC	Direction des services professionnels, de l'enseignement universitaire et de la pertinence clinique
DSPu	Direction de santé publique
DSTL	Direction des services techniques et logistique
EÉSAD	Entreprise d'économie sociale en aide à domicile
EGI	Entente de gestion et d'imputabilité
ENA	Environnement numérique d'apprentissage
EPL	Éducation prénatale en ligne
ETC	Équivalent temps complet
FIQ	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
GAP	Guichet d'accès pertinence
GASM	Guichet d'accès en santé mentale
GMF	Groupe de médecine de famille
ICI	Intervention comportementale intensive
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ITCA	Intervention thérapeutique lors de conduites agressives
JED	Jeunes en difficulté
LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MAMH	Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation
MDA	Maison des aînés

LISTE SIGLES ET ACRONYMES

MDAA	Maison des aînés et alternative
MOI	Main-d'œuvre indépendante
MRC	Municipalité régionale de comté
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
ND	Non disponible
NSA	Niveau de soins alternatifs
OPUS-AP	Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – Antipsychotiques
ORDET	Organisme régional de développement Éduco-Témis
P	Période
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PACQ	Plan d'amélioration continue de la qualité
PCI	Prévention et contrôle des infections
PDG	Présidente-directrice générale
PDGA	Président-directeur général adjoint
PEP	Premier épisode psychotique
PHAR	Personnes handicapées Amos région
PII	Plan d'intervention individualisé
PMT	Plan de modernisation technologique
POR	Pratiques organisationnelles requises
PQPTM	Programme québécois de psychothérapie pour les troubles mentaux
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RAC	Reconnaissance des acquis
RAG	Rapport annuel de gestion
RH	Ressources humaines
RHD	Ressource d'hébergement en dépendance
RHU	Ressource d'hébergement d'urgence
RI	Ressource intermédiaire
RI-RTF	Ressource intermédiaire – ressource de type familial
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
RLS	Réseau local de services
RPA	Résidence privée pour aînés
RSQ	Recrutement santé Québec
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RTF	Ressource de type familial
RTS	Réseau territorial de services
SAC	Spécialiste en activité clinique
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SCT	Secrétariat du Conseil du trésor

LISTE SIGLES ET ACRONYMES

SID	Système d'information décisionnel
SIGPAQS	Système intégré de gestion des plaintes et amélioration de la qualité des services
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance
SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
SIV	Soutien d'intensité variable
SMD	Santé mentale et dépendance
SNT	Site non traditionnel
SQI	Société québécoise des infrastructures
SSG	Services sociaux généraux
SST	Santé et sécurité au travail
TAO	Traitement par agoniste opioïde
TCROCASMAT	Table de concertation régionale des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue
TEP	Tomographie par émission de positrons
TGC	Trouble grave du comportement
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
UISM	Unité interne de santé mentale
VAC	Traitement des plaies par pression négative
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

01.

MESSAGE DES AUTORITÉS

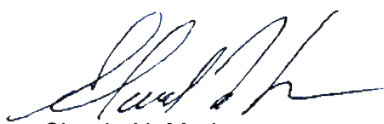


01. MESSAGE DES AUTORITÉS

C'est avec plaisir que le Rapport annuel de gestion (RAG) 2021-2022 du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue vous est présenté. Ce rapport illustre les éléments marquants du travail et des efforts déployés au cours de la dernière année par quelque 5 700 employés et gestionnaires ainsi que 430 médecins de l'établissement. Les grands dossiers et les activités marquantes y sont exposés. Dans le cadre de cet exercice de rapport annuel de gestion, nous rendons compte à la population du bilan de l'établissement dans les différents programmes et services. Les résultats présentés invitent à maintenir les bonnes pratiques ou à procéder à des changements.

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

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



Claude N. Morin,
Président du conseil d'administration



Caroline Roy,
Présidente-directrice générale

02.

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DE CONTRÔLES DES AFFÉRENTS



02. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DE CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les renseignements contenus dans le présent Rapport annuel de gestion (RAG) relèvent de ma responsabilité.

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

Les résultats et les données du RAG 2021-2022 du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue :

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

Je déclare donc, qu'à ma connaissance, les données contenues dans ce RAG ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2022.

La présidente-directrice générale,

A handwritten signature in blue ink that reads "Caroline Roy". The signature is written in a cursive, flowing style.

Caroline Roy

03.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT



03. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

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

3.1 MISSION, VISION ET VALEURS

Mission

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

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

Plus particulièrement, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue doit :

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

Vision

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

Valeurs

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

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

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

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

*Unir nos forces vers
l'excellence pour le*

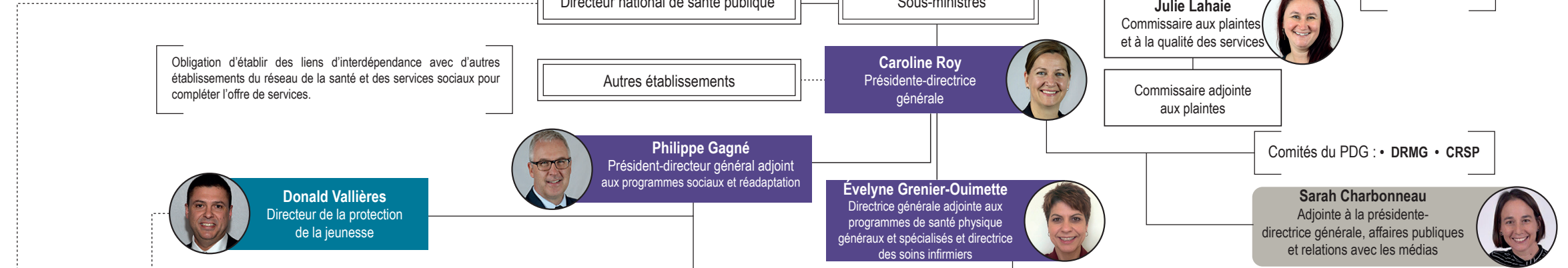
BIEN-ÊTRE

DES GENS **DOIC**

*Humanisme - Engagement
Collaboration - Transparence*

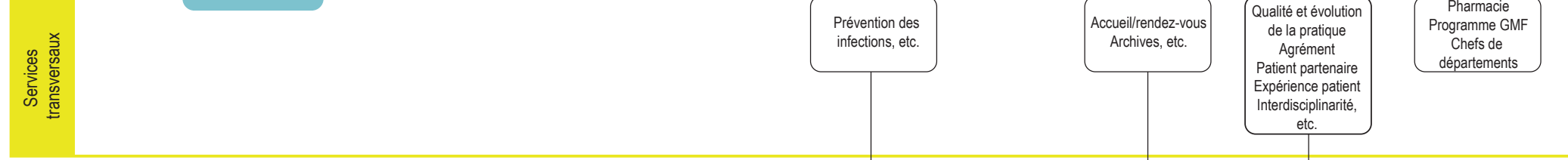
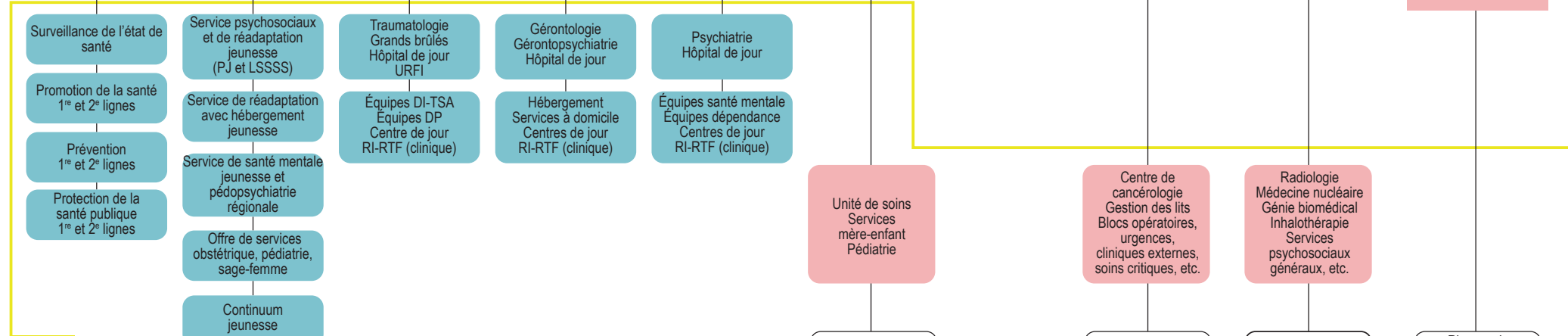
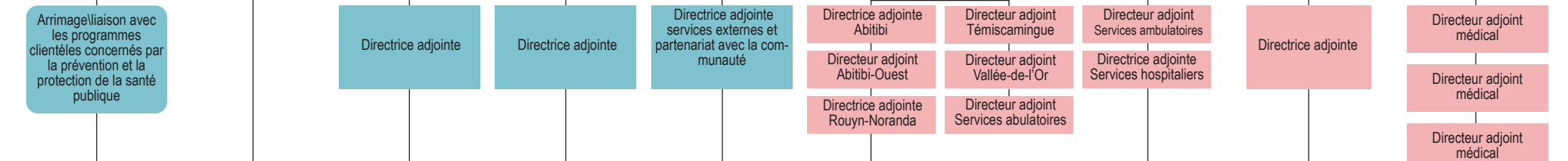
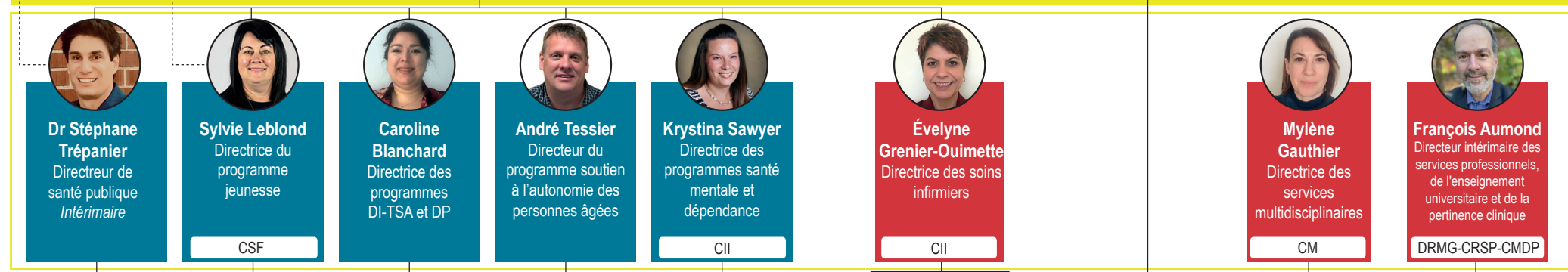
ORGANIGRAMME DE LA HAUTE DIRECTION CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Version : 2022-02-03

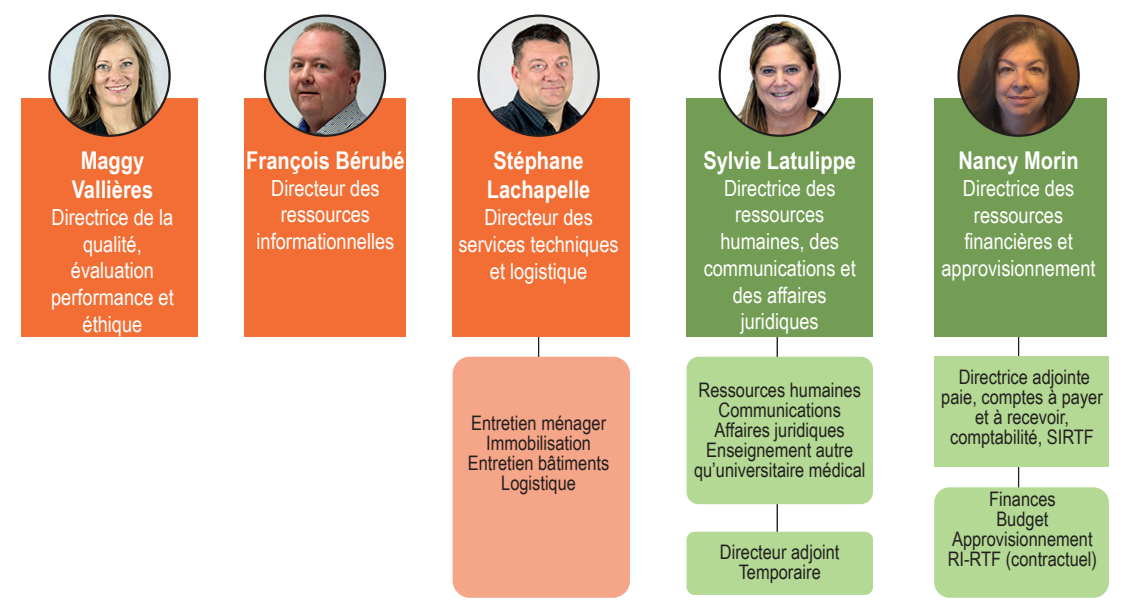
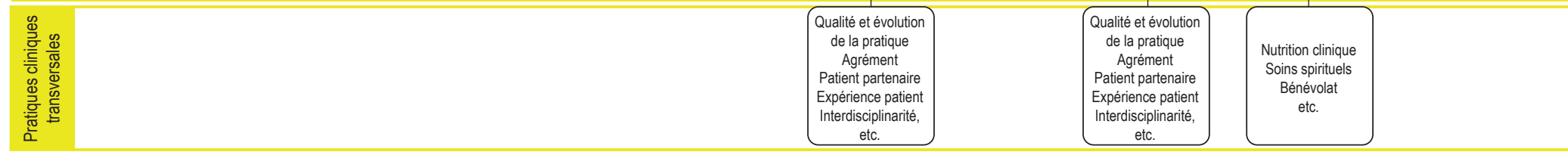


Note: Pour chaque site de l'établissement, il est à prévoir qu'un cadre dont le port d'attache est situé à la même adresse civique sera désigné comme responsable de site. Cette fonction est ajoutée aux responsabilités prévues pour ce cadre.

Comité de coordination clinique



Cogestion clinico-administrative et médicale



LÉGENDE

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

Poste de président-directeur général, président-directeur général adjoint et hors-cadres	Poste cadre supérieur	Poste cadre intermédiaire ou services inclus
Déclinaison de la couleur selon le niveau hiérarchique	Couleurs assorties selon direction générale	Couleurs assorties selon direction générale
En jaune : transversalité	Lien hiérarchique	Lien fonctionnel

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

3.3.1 Conseil d'administration

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

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

Aussi, voici la liste des membres du conseil d'administration. Il est à noter que l'astérisque suivant le nom des personnes indique que la personne a quitté en cours d'année.

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



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



M. David McLaren, vice-président
Membre indépendant –
expertise en santé mentale



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



Mme Carole Bédard
Membre désigné - Comité
des usagers



M. Louis Bourget
Membre indépendant -
expérience vécue à titre
d'usager des services sociaux



Mme Sylvette Gilbert
Membre observateur - désigné
par les fondations

Membres du conseil d'administration (suite)



Dre Ghania Kheff
Membre désigné – conseil
des médecins, dentistes et
pharmaciens (CMDP)



M. Daniel Lampron
Membre indépendant –
expertise en réadaptation



M. Daniel Marcotte
Membre indépendant – compétence
en ressources immobilières,
informationnelles et humaines



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



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



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



Mme Nathalie Quenneville
Membre désigné – conseil
multidisciplinaire



Mme Katia Quinchon
Membre nommé - Milieu
de l'enseignement



Mme Catherine Sirois
Membre indépendant – expertise
en organisation communautaire

Membres du conseil d'administration (suite)



Dr Stéphane Terrault
Membre désigné - Département
régional de médecine
générale (DRMG)



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



Vacant
Membre indépendant - compétences
en vérification, performance
ou gestion de la qualité



Vacant
Membre désigné - comité régional
sur les services pharmaceutiques

3.3.2 Les comités, les conseils et les instances consultatifs

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

Comité de gestion des risques

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

Comité de vigilance et de la qualité de la qualité

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

Comité ressources humaines

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

Comité de vérification

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

Comité de gouvernance et d'éthique

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

Comité des immobilisation

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

Comité de révision

- M. Daniel Lampron, président du comité
- Mme Catherine Sirois, présidente substitut
- Dre Julie Desroches
- Dre Nathalie East
- Dre Hélène Hottlet
- Dre Stéphanie Jacques
- Dre Claudie Lavergne
- Dre Marie-Pier Nolet*

Comité des usagers

- Mme Claudette Carignan*, présidente du comité
- Mme Carole Bédard, présidente du comité
- Mme Sharleen Sullivan, vice-présidente

- Mme Gisèle Chrétien*
- M. Alain Couture, personne-ressource
- Mme Monic Ferron, administratrice
- Mme Carmen Fournier
- M. René Forgues
- Mme Ginette Germain, trésorière
- M. Léandre Lafontaine
- Mme Anita Larochelle
- Mme Hélène Riendeau, secrétaire
- Mme Carmen Rivard
- M. Daniel Robitaille

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers

- Mme Chantal Tremblay, présidente par intérim
- Mme Annie-Claude Lavigne, présidente du comité
- Mme Nathalie Brassard*
- Mme France Bolduc
- Mme Marie-Claude Brochu
- Mme Anne-Marie Desjardins Parisien
- Mme Évelyne Grenier-Ouimette
- Mme Vicky Gosselin*
- Mme Alys Ipperciel
- Mme Sophie Laflamme
- Mme Caroline Langevin
- Mme Sylvie Larochelle
- Mme Annie Perron
- Mme Chanelle Rancourt
- Mme Marie-Josée Rancourt
- Mme Caroline Roy, PDG
- Mme Bianca Vallière Bellerose

Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

- Dr Alain Moukheiber, président du comité
- Mme Suzie Alain
- Dr François Aumond
- Dr Guillaume Chevalier Soudeyns
- Dre Nathalie East*
- Dr Joseph Eid
- Dr Aiman Ghali Ghattas
- Dr Houssine Souissi
- Mme Caroline Roy, PDG
- Dr Jean-Simon Roch Matte
- Dre Clodel Naud-Bellavance

- Dr Pierre Olivier Roy*
- Dre Catherine St-Jean
- Dre Kimi Valet

Comité exécutif du conseil multidisciplinaire

- Mme Samantha Thériault, présidente du comité
- Mme Carole Landry, vice-présidente du comité
- M. Claudie Audet
- Mme Maud Bouchard
- Mme Chantal Brunelle*
- Mme Anne-Marie Duval*
- Mme Estelle Gagné*
- Mme Marie-Ève Gagnon-Nolet*
- Mme Mylène Gauthier
- Mme Sophie Higgins*
- Mme Jennifer Hince*
- Mme Marie-Christine Jobin-Chayer
- Mme Valérie LeGoff
- Mme Nadia Ouellet
- Mme Nathalie Quenneville*
- Mme Caroline Roy, PDG
- Mme Marie-Pier Tremblay

Comité régional sur les services pharmaceutiques

- Mme Chantal Charest, présidente
- Mme Caroline Savard, vice-présidente*
- Dr François Aumond, DSP
- Mme Sarah Belzile
- Mme Sylvie Bougie
- Mme Fanny Dumond
- M. Marc-André Gagnon
- M. Stéphane Gingras
- M. Patrick Grenier*
- Mme Marie-Claude Lacroix
- Mme Marise Quirion*
- Mme Anne Leduc-Séguin
- Mme Évelyne Grenier-Ouimette, DGAPSPGS
- Mme Stéphanie Pageau
- M. Philippe Pharand
- M. Jade Provencher
- M. Sébastien Provost
- M. Jean-François Rondeau
- Mme Caroline Roy, PDG
- Mme Marie-Ève Tremblay

Département régional de médecine générale

- Dr Jean-Yves Boutet, chef du DRMG
- Mme Caroline Roy, PDG
- Dr François Aumond
- Dre Émilie Godbout
- Dre Stéphanie Lacroix
- Dre Catherine Mailly
- Dre Julie Richer
- Dre Catherine St-Jean
- Dr Stéphane Terrault
- Dre Kimi Valet
- Dr Jean-François Verville

Comité consultatif à la PDG

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

3.4 2021-2022 EN BREF

Cette section vise à présenter des éléments marquants qui concernent notamment des projets d'infrastructures, les actions de recrutement et d'attraction en lien avec la pénurie de main-d'œuvre, la COVID-19 et la campagne de vaccination, la démarche de sécurisation culturelle.

3.4.1 Projets d'infrastructure

Inauguration de l'agrandissement du Pavillon Sainte-Famille de Ville-Marie

L'agrandissement permet de regrouper certains secteurs cliniques, soit le bloc opératoire, l'urgence, les soins intensifs, le laboratoire et l'unité de retraitement des dispositifs médicaux. Cette amélioration représente un gain notable pour la population et contribue à offrir une expérience de soins dans un environnement plus adapté. Cette modernisation se traduit entre autres par l'acquisition d'équipements à la fine pointe de la technologie ainsi que par des améliorations significatives concernant l'installation physique des lieux notamment par l'ajout de deux colonnes de services et de deux civières pour la traumatologie, permettant d'intervenir simultanément auprès de deux personnes requérant des soins importants dans le secteur des urgences.

Finalisation des travaux du Centre de radio-oncologie

Sous la coordination de la Société québécoise des infrastructures (SQI), les travaux de construction du Centre de radio-oncologie ont débuté en 2019 et ont été complétés en 2021. D'une superficie de 3 400 m² répartis sur trois niveaux, la nouvelle installation est reliée à l'hôpital existant par une passerelle, et ce, afin de faciliter l'accès aux services offerts à l'Hôpital de Rouyn-Noranda. Ce projet permettra d'offrir des services de radiothérapie à toute la population de la région qui doit en bénéficier et s'inscrit dans une volonté globale d'offrir un service de proximité aux usagers de l'Abitibi-Témiscamingue. Ainsi, certaines personnes de l'Abitibi-Témiscamingue n'auront plus à se déplacer à l'extérieur de la région afin d'y recevoir leur traitement de radiothérapie à compter de 2022.

Pour assurer l'ouverture du centre de radio-oncologie et débiter une offre de traitements en radiothérapie, une équipe clinique doit être disponible au travail. Elle est composée de radio-oncologues qui sont des médecins spécialistes, de technologues spécialisés en radio-oncologie et d'une infirmière. Plusieurs actions se poursuivront en 2022-2023 en collaboration avec les autres établissements de la province, le MSSS et les maisons d'enseignement offrant la formation de technologue spécialisé en radio-oncologie, afin de compléter l'équipe de travail et offrir les premiers traitements de radiothérapie dans cette nouvelle installation.

Poursuite des travaux des Maison des aînés de Macamic et de Palmarolle

Les démarches se poursuivent concernant le projet de construction de la Maison des aînés (MDA) de Macamic qui offrira 98 places d'hébergement alors que la nouvelle bâtisse sera reliée au bâtiment du Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) existant. Elle permettra de relocaliser les usagers qui sont actuellement hébergés au sein de l'installation. Concernant la Maison des aînés de Palmarolle, les travaux se poursuivent et le nouveau bâtiment permettra d'héberger 24 résidents. Rappelons que la gestion et coordination de ces deux projets sont assurées par la Société québécoise des infrastructures (SQI) en collaboration avec le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et le MSSS.

Maisons des aînés et alternatives (MDA MA) de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda

L'avancement des travaux a permis d'amorcer la construction des deux Maisons des aînés et alternatives (MDA MA) de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda, pouvant accueillir 48 résidents par installation. La construction des MDA MA constitue une excellente nouvelle qui va permettre de mieux ajuster l'offre d'hébergement en fonction des besoins spécifiques de la population. En effet, l'approche préconisée dans ces résidences permet d'offrir un milieu de vie adapté répondant aux besoins des personnes qui y résident afin qu'elles s'y sentent chez elle. De plus, les MDA MA constituent un changement significatif dans la façon de concevoir les infrastructures et de dispenser les soins et services, en faisant en sorte que la dimension humaine soit au cœur des relations entre les résidents, les proches, le personnel et la communauté. Enfin, soulignons que l'inclusion, la participation sociale de même que le maintien des capacités des personnes y seront favorisés.

3.4.2 Recrutement, attraction et rétention de la main-d'œuvre en lien avec la pénurie

La pénurie de la main-d'œuvre s'accroît au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue de même que dans l'ensemble de la région

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue fait face à une importante pénurie de ressources humaines, alors que la possibilité de recourir à du personnel provenant des agences privées est limitée. Ainsi, plus de 1 000 employés supplémentaires seraient requis afin de compléter les équipes de travail, dont 240 infirmières supplémentaires, afin de répondre aux besoins de l'organisation dans un objectif de maintenir les services complets à la population. En réponse à cette situation, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue doit prendre d'importantes mesures de réorganisation, diminution et, malheureusement, parfois, de fermeture temporaire de services. Ces nouvelles mesures s'inscrivent en continuité à de nombreuses démarches de réorganisation des services qui se sont actualisées au sein des équipes cliniques depuis 2018, toujours dans un objectif de préserver les services de santé qui sont essentiels à la population régionale.

L'intégralité des actions réalisées à ce jour se retrouve sur le site Web de l'organisation dans la section des actions concertées pour l'avenir des soins de santé et de services sociaux. L'organisation rappelle que le premier critère de décision quant au maintien des services est de s'assurer de maintenir des services sécuritaires et de qualité à la population, en région. La démarche actuelle permettra d'ajuster temporairement l'offre et l'organisation de services en fonction de la capacité des équipes à rendre ces services.

En parallèle, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a procédé à la consolidation de l'équipe d'attraction qui compte maintenant un professionnel dédié à l'attractivité dans chaque territoire de MRC de la région. En plus, une autre professionnelle de cette équipe est orientée spécifiquement au niveau des stratégies de recrutement international.

En outre, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a aussi poursuivi ses efforts de promotion et visibilité de ses emplois disponibles en participant à plus de 50 événements carrières, salons de recrutement et activités dans les établissements scolaires en région et hors région. Une campagne promotionnelle « Viens respirer ici » favorisant l'attraction de main-d'œuvre infirmière, infirmière auxiliaire et inhalothérapeute a également été réalisée.

Par ailleurs, des collaborations significatives ont été développées avec les maisons d'enseignement de la région pour favoriser l'intensification, la diversification et la décentralisation de la formation afin de former la relève. En complément, les actions de recrutement à l'international se sont aussi intensifiées. Une mission de recrutement en soins infirmiers dédiée exclusivement au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue en France et en Belgique a permis de recruter 17 infirmières. L'établissement a aussi participé au projet de recrutement d'étudiants internationaux en soins infirmiers. Lors de cette activité, plus de 80 infirmières ont été recrutées au Maroc, en Algérie, en Tunisie, en République démocratique du Congo, au Cameroun, à la Côte d'Ivoire et au Liban. La moitié des personnes recrutées sont attendues à l'automne 2022 alors que les autres devraient être accueillies à l'hiver 2023.

Une autre mission de recrutement ciblant des analystes informatiques tunisiens a permis de recruter deux professionnels. Enfin, des mandats ont été octroyés à Recrutement Santé Québec (RSQ) pour le recrutement de médecins, de technologues en radio-oncologie, de travailleurs sociaux et de préposés aux bénéficiaires.

De plus, l'accueil de stagiaires demeure une priorité pour l'établissement. Au cours de la dernière année, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a accueilli 490 stagiaires pour un total de 16 550 journées de stage. Aussi, de nouveaux corridors de stages dans certains domaines d'études ont été développés, notamment dans le domaine de technique en diététique.

Enfin, il importe de souligner le partenariat avec les Carrefour jeunesse emploi, la Mosaïque et les acteurs municipaux qui contribuent à offrir un accueil et un accompagnement personnalisés et soutenus pour chacun des candidats issus de l'immigration.

Dans un autre ordre d'idées, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a poursuivi ses actions qui visent à augmenter la disponibilité de son personnel à temps complet. À cet effet, au cours de l'année, une quatrième phase de rehaussement des postes en soins infirmiers a été complétée. En date du 31 mars 2022, 80 % des postes de la catégorie 1 (personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires) sont à temps complet. Le personnel de la catégorie 2 (préposés aux bénéficiaires et services auxiliaires) a aussi bénéficié d'un exercice de rehaussement et une entente de garantie de travail à temps complet pour le personnel administratif de la catégorie 3, a été convenue. Des travaux visant le rehaussement des postes de la catégorie 4 (personnel professionnel et technique) ont été débutés afin de compléter l'exercice au cours de l'année 2022.

Finalement, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue implante des projets d'autogestion des horaires depuis 2019. En 2021-2022, le déploiement des projets s'est intensifié et ceux-ci ont été implantés dans quatre nouvelles équipes de l'organisation.

3.4.3 La démarche de sécurisation culturelle

La sécurisation culturelle est une approche de soins et de services développée initialement par une infirmière maorie de Nouvelle-Zélande face aux inégalités de santé que son peuple vivait. Différentes raisons soutiennent la pertinence de recourir à la sécurisation culturelle dans le système de santé et de services sociaux, dont rétablir et soutenir l'équité pour les Autochtones, reconnaître la présence des iniquités pour ces derniers et combler ces écarts par des pratiques

pertinentes. Depuis quelques années, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a amorcé une démarche de sécurisation culturelle dont l'objectif général vise le développement d'une offre de services culturellement sécurisante permettant de répondre aux besoins des usagers des Premières Nations et des Inuits qui utilisent les services offerts. La volonté de l'organisation, en cohérence avec la volonté du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), s'articule selon les objectifs spécifiques suivants : améliorer l'offre, l'accessibilité, la complémentarité et la fluidité des services de santé et de services sociaux du CISSS auprès des usagers autochtones et inuits. Voici quelques projets en lien avec ces objectifs réalisés au cours de la dernière année.

Clinique de santé autochtone de Val-d'Or

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue est partenaire de Mino Pimatisiwin, une initiative qui est le résultat d'une importante collaboration avec le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. Ce projet constitue une réponse novatrice pour renouveler l'offre de services de santé et services sociaux, en vue d'accroître l'accessibilité à ces services, pour bâtir le mieux-être et améliorer l'état de santé et les conditions de vie des Autochtones qui vivent en milieu urbain. Ainsi, la Clinique en santé autochtone contribue à atténuer les inégalités sociales et les écarts concernant les problèmes de santé et les problèmes sociaux des Premières Nations et des Inuits. En 2021, le MSSS a octroyé un soutien financier qui est projeté jusqu'en 2025, d'un montant total de plus de 12 M\$, permettant de poursuivre le déploiement du projet déjà bien amorcé. Ce modèle novateur en province servira d'inspiration pour des projets similaires dans d'autres régions.

Sensibilisation aux réalités autochtones

Cette formation, disponible sur la plateforme ENA, a pour objectif d'accroître la sensibilité aux réalités autochtones. Plus spécifiquement, elle vise à déconstruire les mythes et les préjugés, à favoriser une communication interculturelle fructueuse et à outiller pour œuvrer adéquatement auprès des usagers autochtones. En date du 31 mars 2022, 30 % des employés de l'organisation ont complété la formation. Néanmoins, l'ensemble des employés de l'organisation devront compléter cette formation au cours de la prochaine année financière.

Piwaseha

La formation Piwaseha (Premières lueurs de l'aube), dispensée par l'équipe de la formation continue de l'UQAT, a permis de former près de 200 directeurs et gestionnaires dont une dizaine au cours de la dernière année. Cette formation d'une durée de six heures qui vise une meilleure compréhension du passé et des réalités d'aujourd'hui afin de mieux intervenir et de démontrer des comportements d'ouverture et d'acceptation quant aux différences culturelles, est en processus de révision par l'UQAT et ses partenaires, dont le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Une rencontre entre les membres de l'équipe de la formation continue de l'UQAT, des représentants des centres de santé des communautés autochtones et du sous-comité de direction a permis de planifier les travaux de révision de la formation.

Odeimen

En collaboration avec l'organisme culturel anishinabe Minwashin et Tourisme Abitibi-Témiscamingue par le biais de sa démarche Culturat, le projet « Odeimen », qui désigne le petit fruit qu'est la fraise en langue anishinabe, vise à intégrer les arts et la culture anishinabe dans huit installations du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, soit dans les hôpitaux d'Amos, de Rouyn-Noranda, de Val-d'Or, à l'Hôpital en santé mentale et CLSC de Malartic, ainsi que dans le CLSC de Senneterre et les Centres multiservices de santé et de services sociaux de

Témiscaming-Kipawa, Ville-Marie et La Sarre. Les artistes issus des Premières Nations choisis et les membres du personnel du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue échangeront sur les concepts liés aux notions de santé lors du vernissage prévu en mai 2022.

Petapan

Le projet Petapan, qui est co-porté par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et les partenaires du comité stratégique en itinérance de Val-d'Or, a reçu l'aval du MSSS qui octroie du financement pour permettre sa réalisation. Petapan, qui signifie lueur du jour en langue algonquienne et crie, mise sur le déploiement d'une offre de services de proximité partagée au sein d'un motorisé qui sillonnera les rues de Val-d'Or à compter de l'été 2022. L'objectif du projet consiste à offrir des services adaptés aux personnes itinérantes en tenant compte des besoins nommés par celles-ci.

Navigateurs de services

Dans l'objectif de favoriser l'accès aux soins et services de santé et de services sociaux à la population autochtone du secteur de Senneterre, une nouvelle ressource Navigateur de services, dont le port d'attache est situé au Centre d'entraide et d'amitié autochtone de Senneterre, est maintenant présente au sein des installations. Le mandat de la ressource consiste à soutenir et accompagner les personnes autochtones dans leur parcours de soins afin de favoriser la compréhension mutuelle des informations échangées entre le personnel de soins et l'utilisateur. Un second poste de Navigateur de services sera développé en 2022 pour le secteur de Val-d'Or.

3.4.4 Offre de services à la population et organisation des services

Malgré l'état de situation épidémiologique, les personnes hospitalisées, les éclosions actives au sein des milieux de vie ainsi que les employés et médecins absents simultanément chaque jour en raison de la COVID-19, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a été en mesure de maintenir les services urgents, semi-urgents ainsi que de nombreux services électifs à la population tout au long de l'année. Par ailleurs, chacune des équipes effectue un suivi quotidien rigoureux de la situation et veille à maintenir une activité chirurgicale la plus importante possible en vue de répondre aux besoins de la population.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue est fier d'avoir assuré un message cohérent et une coordination de ses actions avec l'ensemble de la population. Pour ce faire, rappelons que différents comités ont été mis en place avec les nombreux partenaires régionaux, issus des secteurs municipaux, de l'éducation, des Premières Nations, du milieu communautaire, gouvernemental, économique et des médias. Cette force de concertation a permis à l'organisation de se démarquer de façon positive dans la façon dont la situation sanitaire a été gérée.

Au sein de l'organisation, une grande satisfaction est éprouvée par la poursuite d'une offre de services à la population, dans un contexte de grande pénurie de main-d'œuvre. Ainsi, l'objectif et la volonté de maintenir les services, particulièrement les services critiques et essentiels, est un objectif atteint, et ce, même si certains délais d'accès ont pu être prolongés. Par ailleurs, le développement de divers projets a été poursuivi ou initié au cours de la dernière année. Voici, à titre d'exemple, quelques réalisations.

Un pas de plus vers l'accès à une sage-femme en Abitibi-Témiscamingue

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a entamé officiellement une démarche de planification des services de sages-femmes pour répondre à un besoin exprimé par de nombreuses femmes et familles partout sur le territoire. Le modèle d'offre de services de sages-femmes pour la région sera déposé au cours de l'été 2022 au MSSS afin d'obtenir l'approbation et le financement requis. Dans l'intervalle, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a adressé une demande préliminaire pour le développement de cette offre de services dans la MRC de La Vallée-de-l'Or .

Par le modèle novateur d'organisation de ses services, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue adhère à une organisation moderne et mieux adaptée aux besoins des citoyens tenant compte des besoins exprimés quant à une offre de services de sages-femmes. En ce sens, les besoins de la population, incluant les personnes membres des Premières Nations et Inuits de la région ainsi que la mobilisation citoyenne ont guidé l'élaboration du modèle de services pour notre région et un comité stratégique sur lequel siègent des citoyens engagés a été mis sur place pour guider les décisions entourant ce projet.

Lancement d'une clinique pour la clientèle orpheline atteinte d'une maladie chronique à Ville-Marie

La clinique pour la clientèle orpheline atteinte d'une maladie chronique est située dans les locaux de la clinique externe du Pavillon Sainte-Famille de Ville-Marie. Ce projet résulte d'une collaboration entre le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et l'équipe médicale du territoire qui constataient la présence d'un nombre proportionnellement élevé d'usagers sans médecin de famille dont plusieurs ont besoin d'une consultation médicale ponctuelle concernant leur maladie chronique.

Lancement d'une clinique de santé mentale première ligne pour les usagers sans médecin de famille dans le secteur de Rouyn-Noranda

En cours d'année, les médecins de famille qui travaillent dans la ville de Rouyn-Noranda se sont mobilisés pour mettre en place une clinique de santé mentale première ligne. L'objectif de ce projet est d'offrir un lieu de consultation pour les usagers sans médecin de famille et présentant un problème de santé mentale aigu relevant de la première ligne et non de la psychiatrie. Un autre objectif poursuivi est la création d'un lien sécuritaire pour réaliser l'évaluation des usagers à l'extérieur de la salle d'urgence et de l'accueil GMF en offrant un suivi ponctuel pour la période aiguë.

Centre de service ambulatoire de Rouyn-Noranda

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a procédé, le 20 mars 2022, à l'ouverture du Centre de services ambulatoires (CSA) situé au rez-de-chaussée de l'Hôpital de Rouyn-Noranda. Il s'agit du second CSA en région et il est estimé qu'entre 15 000 et 20 000 interventions pourront y être réalisées annuellement.

Les services ambulatoires sont des services accessibles à un usager qui peut se déplacer, par opposition à l'usager qui doit être hospitalisé ou qui ne peut quitter son domicile. La mission du CSA est d'offrir à une clientèle adulte et ambulatoire ainsi qu'à une clientèle pédiatrique plusieurs services à caractère diagnostique, thérapeutique et préventif, notamment :

- Administration de médication sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse;
- Soins de plaie variés;
- Biopsies et ponctions diverses;
- Investigation diagnostique cardiaque, neurologique, pulmonaire ou vasculaire, etc.

Cette façon d'organiser les services facilite le diagnostic et la prise en charge des personnes, sans qu'elles aient besoin d'être hospitalisées ou de se présenter au service d'urgence. Lorsqu'une hospitalisation ne peut être évitée, l'accès au Centre de services ambulatoires permet de réduire la durée de séjour en favorisant son retour dans son milieu naturel le plus rapidement possible et reprendre rapidement ses activités tout en lui offrant les soins et services nécessaires à sa condition.

Révision de la structure d'encadrement supérieur de l'organisation

L'année 2021-2022 a été empreinte de quelques changements quant aux titulaires des postes de direction. Ainsi, suivant les départs de certains directeurs, quatre nouveaux directeurs ont été nommés au sein du comité de direction. Ces nouvelles nominations concernent la Direction des services multidisciplinaires (DSM), la Direction des ressources financières et approvisionnement, la Direction de santé publique (DSPu) pour laquelle une nomination intérimaire est adoptée, ainsi que pour la Direction des services professionnels, de l'enseignement universitaire et de la pertinence clinique (DSPEUPC). Une bonification de la structure d'encadrement supérieure a également été adoptée par le conseil d'administration par l'ajout d'un poste de directeur adjoint à la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques pour une période de trois ans. Cette bonification s'inscrit en cohérence avec la priorité accordée aux actions à déployer afin de faire face à l'importante pénurie de main-d'œuvre.

3.4.5 COVID-19

La crise sanitaire est extrêmement exigeante pour le milieu de la santé et des services sociaux et pour la population qui a été soumise à de nombreuses mesures qui ont évolué depuis les deux dernières années. Néanmoins, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue est fier d'avoir assuré un message cohérent et une coordination de ses actions avec l'ensemble de la population. Rappelons que différents comités ont été mis en place avec les nombreux partenaires régionaux issus du secteur municipal, du milieu de l'éducation, des Premières Nations, du milieu communautaire, gouvernemental, économique et des médias. Cette force de concertation a permis à l'organisation de se démarquer de façon positive dans la gestion de la crise sanitaire.

L'organisation remercie l'ensemble des employés, des médecins, des gestionnaires, les nombreux partenaires de la communauté de même que l'ensemble de la population pour leur engagement et leur inestimable collaboration.

3.4.6 Des partenariats qui font la différence

La Grande séduction, c'est nous!

En décembre 2021, le Comité veille citoyenne MRC d'Abitibi-Ouest a procédé au lancement de l'initiative La Grande Séduction, c'est nous! qui vise à identifier des solutions à la pénurie

de personnel qui œuvre en santé et en services sociaux. Ainsi, au cours des deux prochaines années, le comité souhaite investir 500 000 \$ dans divers axes d'intervention, dont le recrutement et la rétention du personnel de la santé, la valorisation de la profession, l'offre de formation en Abitibi-Ouest, le développement de l'attractivité, la facilitation de l'intégration des travailleurs, l'accès aux logements et aux services de garde.

En mars 2022, les membres du comité ont notamment annoncé que déjà plus de 900 000 \$ avaient été amassés dans le milieu alors que l'objectif était de 500 000 \$. Grâce à ces généreuses contributions, le projet sera prolongé pour une durée totale de quatre ans et permettra de bonifier la trentaine d'initiatives permettant de favoriser la formation, l'attraction et l'établissement durable de personnel de la santé. Parmi ces incitatifs, des bourses pouvant atteindre 10 000 \$ sont offertes aux étudiants en soins infirmiers et aux travailleurs qui choisissent de s'établir dans la MRC d'Abitibi-Ouest.

La culture d'impact

La Fondation Santé de Rouyn-Noranda a entrepris depuis quelques années une transformation de son action, avec l'objectif d'avoir un plus grand impact sur les enjeux de soins de santé et de services sociaux pour la communauté. La Fondation adhère ainsi à la philanthropie d'impact, qui s'appuie sur la compréhension des enjeux et de leurs causes, la mobilisation et le soutien des acteurs clés, dans le but de déployer des projets pilotes visant à tester des solutions innovatrices avec un grand potentiel transformateur.

Plus de 1 000 employés sont manquants au sein du réseau de santé et de services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. Ainsi, la Fondation s'implique en vue de favoriser le recrutement et la rétention du personnel spécialisé en santé. Cet enjeu touche le cœur de la mission de la Fondation qui réunit et mobilise les acteurs clés autour de cette problématique afin qu'ils réfléchissent ensemble à ses causes. Ces acteurs identifient des pistes de solution, les valident et les transforment en projets qui pourront être présentés à la Fondation.

Pour faciliter l'avancement des projets, quatre cellules prioritaires ont été créées par le comité, soit :

- Service de garde dédié au personnel de la santé;
- Accueil et intégration des nouvelles ressources;
- Mission recrutement à l'étranger;
- Bien-être, santé et rétention du personnel.

3.4.7 Autre

Distinction pour la clinique psychiatrique de rue de Val-d'Or

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et la Sûreté du Québec sont fiers d'annoncer l'attribution du prix Hommage Jean-Paul Marsan à la Clinique psychiatrique de rue de Val-d'Or. Ce projet novateur est rattaché au Comité clinique de Val-d'Or et au Poste de police communautaire mixte autochtone (PPCMA) de Val-d'Or. Le prix Hommage Jean-Paul Marsan est remis à l'initiative qui s'est le plus démarquée par son caractère innovant, marquant une percée significative pour le Québec en matière de soins de santé et de services sociaux. Depuis plus de quatre ans, les membres du Comité clinique unissent leurs forces de façon hebdomadaire et travaillent

en synergie pour élaborer des stratégies communes d'interventions auprès des personnes vulnérables et/ou en situation d'itinérance à Val-d'Or. En 2019, une approche a été réalisée afin d'intégrer mensuellement la psychiatrie de rue au sein du Comité clinique, afin de rejoindre les patients vulnérables sur le territoire.

04.

RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE DU MSSS



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

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

La dernière mise à jour a été faite le 20 mai 2022.

4.1 ORIENTATION 1 - AMÉLIORER L'ACCÈS AUX PROFESSIONNELS ET AUX SERVICES

Objectif 1.1 : Offrir un accès plus rapide aux services de première ligne

Tableau 1 : Portrait des personnes inscrites auprès d'un médecin de famille où d'un médecin de famille en GMF

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cible 2021-2022 plan stratégique du MSSS
1. Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	80,3 %	80,4 %	84,0 %
2. Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	93 805 personnes	94 332 personnes	5 721 921 EGI = 95 000

Note :

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue met tous les efforts nécessaires pour augmenter le nombre d'effectifs médicaux dont celui relié à la médecine de famille. À cet effet, dans la dernière année, 13 nouveaux médecins ont commencé leur pratique en médecine de famille et 7 ont quitté la région ou pris une retraite. Afin d'améliorer la présence médicale en région, l'intensification des démarches de recrutement international s'est poursuivie et par le fait même, la région a confirmé 10 parrainages en médecine de famille. Ces derniers intégreront l'équipe médicale dans les prochains mois.

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

Objectif 1.2 : Diminuer le temps d'attente à l'urgence

Tableau 2 : Délai moyen de prise en charge et durée moyenne de séjour

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cible 2021-2022 plan stratégique du MSSS
3. Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	136 minutes	175 minutes	145 minutes
4. Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière	10,9 heures	12,3 heures	9,3 heures

Note :

Une augmentation du délai moyen de prise en charge médicale de 39 minutes est observée pour la clientèle ambulatoire pour l'année se terminant au 31 mars 2022. Une stratégie qui inclura des mesures concrètes afin de diminuer ce délai sera élaborée avec les équipes concernées au cours de l'année. À titre d'exemple, la stratégie prévoit que la réorientation des personnes présentant un niveau de priorité non urgent (P4 et P5) sera optimisée dans l'ensemble des territoires de MRC, ce qui contribuera à diminuer la volumétrie de personnes devant être prises en charge par le médecin de l'urgence. Le contexte de la pandémie, ainsi que la fermeture de certains lits due à une grande pénurie de ressources en soins infirmiers dans certains sites en région ont contribué à faire augmenter la durée moyenne de séjour sur civière avant l'admission aux unités d'hospitalisation. Enfin, les démarches déjà amorcées concernant des travaux liés à la fluidité hospitalière sont poursuivies en vue de réduire le délai d'attente.

Objectif 1.3 : Améliorer l'accès aux services en santé mentale

Tableau 3 : Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cible 2021-2022 plan stratégique du MSSS
5. Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	731	503	11 798 (cible provinciale) EGI = 512

Note :

Les équipes de santé mentale externes manquent d'effectifs en raison d'une pénurie de main-d'œuvre. En parallèle, il y a une hausse du volume de la demande de services à l'automne 2021 comparativement à la même période pour l'année précédente. En outre, la moyenne d'interventions par usager augmente comparativement à l'année 2019-2020.

Les actions amorcées en 2019-2020 pour favoriser l'atteinte de l'engagement sont poursuivies. Ces dernières concernent les éléments suivants :

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

Objectif 1.4 : Améliorer l'accès aux services en dépendance

Tableau 4 : Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cible 2021-2022 plan stratégique du MSSS
6. Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	1 274	1 350	71 378 (cible provinciale) EGI = 1794

Note :

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

- Pénurie de main-d'œuvre permettant plus difficilement de pourvoir les postes vacants;
- Intégration de nouveaux intervenants dans les équipes pour lesquels la période d'orientation aux fonctions correspond à une capacité de prise en charge et de suivis des usagers qui est différente des employés ayant plus d'expérience;
- Pandémie de la COVID-19.

En cours d'année, une diminution des demandes en provenance des autres services de l'organisation est constatée en plus d'une réduction des demandes provenant directement de la population ou des partenaires. De plus, le Centre de réadaptation en dépendance avec hébergement (CRD-H) suspend temporairement ses activités durant la première vague de la pandémie pour une durée de quelques semaines.

Les actions amorcées en 2019-2020 pour favoriser l'atteinte de l'engagement sont poursuivies. Ces dernières concernent les éléments suivants :

- Recruter de la main-d'œuvre de façon continue afin de combler, selon les besoins, les effectifs et les postes vacants dans les équipes;
- Poursuivre le travail d'information des services et de collaboration avec les partenaires internes et externes;
- Réviser et harmoniser des standards de pratique en dépendance en cours, en collaboration avec les partenaires internes. La révision et l'harmonisation sont travaillées avec les équipes et ensuite communiquées aux partenaires internes et externes;
- Élaborer un plan de formation pour les nouveaux intervenants;
- Embaucher un chargé de projet régional pour actualiser le plan d'action interministériel en dépendance qui permettra de mettre de l'avant des projets pour augmenter l'offre de services en dépendance, tant pour les jeunes que pour les adultes;
- Embaucher un spécialiste en activité clinique (SAC) pour consolider l'expertise des intervenants en dépendance et harmoniser les pratiques;
- Élaborer une entente de services avec un organisme communautaire pour faciliter le repérage de la clientèle;
- Reprendre des activités du CRD-H de 9 lits sur 11.

Objectif 1.5 : Améliorer l'accès aux services spécialisés

Tableau 5 : Taux de référencement à un médecin spécialiste et délai des traitements en chirurgie

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cible 2021-2022 plan stratégique du MSSS
7. Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisées à l'intérieur des délais (Priorités A-B-C-D-E) A = 3 jours et moins B = 10 jours et moins C = 28 jours et moins D = 3 mois et moins E = 12 mois et moins	79,4 %	83,8%	82,0 %
8. Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 6 mois	364 personnes	749 personnes	42 000 (cible provinciale) EGI = <307
9. Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours	85,6 %	71,6 %	> 90 %

Note :

À nouveau cette année le contexte de la pandémie de COVID-19, la pénurie d'effectifs infirmiers et le manque de lits requis suivant une intervention chirurgicale nécessitant une hospitalisation ont engendré certains retards relativement aux chirurgies. Une démarche de révision de dossiers a été amorcée afin de s'assurer de l'exactitude des informations concernant chaque personne en attente d'une chirurgie et permettre une priorisation des chirurgies qui sont en attente depuis plus d'un an en modifiant la planification opératoire.

Néanmoins, la reprise graduelle des activités chirurgicales en début de la prochaine année, combinée à l'épuration des différentes demandes qui ne sont plus pertinentes en collaboration avec l'équipe médicale permettra une diminution des listes d'attente. De plus, un plan d'action sera mis en place pour la prochaine année afin de moduler les priorités opératoires en fonction des différentes listes d'attente et cibles à atteindre.

Pour terminer, la cible concernant les consultations pour l'accès aux médecins spécialistes est atteinte pour cette année et même améliorée par rapport à l'an dernier.

Objectif 1.6 : Améliorer l'accès aux services pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme

Tableau 6 : Hébergement pour personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme en services résidentiels

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cible 2021-2022 plan stratégique du MSSS
10. Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	478	413	16 536 (cible provinciale) Cible EGI 546

Note :

Les efforts visant l'atteinte de la cible sont poursuivis. Pour ce faire, un appel d'offres visant à cibler une ressource intermédiaire dédiée à la clientèle qui présente une déficience et des troubles graves du comportement (TGC) a été publié. Cette initiative n'ayant pas permis la conclusion d'une entente, une analyse est en cours en vue d'évaluer d'autres opportunités pour améliorer l'offre de services résidentielle pour cette clientèle. De plus, les équipes travaillent activement à la mise en œuvre des Maisons des aînés et alternatives, ce qui permettra de bonifier le nombre de places et d'offrir à cette clientèle un environnement adapté à leurs besoins.

Objectif 1.7 : Augmenter les services de soutien à domicile

Tableau 7 : Services offerts en soutien à domicile

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cible 2021-2022 plan stratégique du MSSS
11. Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile (longue durée dans les programmes SAPA, DI-TSA-DP, Santé physique (maladies chroniques), courte durée et en soins palliatifs)	6 862	6136	365 697 (cible provinciale) EGI= 6 500
12. Nombre total d'heures de services de soutien à domicile (longue durée, courte durée et soins palliatifs)	501 354	527196	24 millions d'heures (cible provinciale) EGI= 512 800

Note :

Une diminution marquée du nombre de personnes qui reçoivent des soins à domicile (SAD) de longue durée est observée. Un des facteurs qui explique cette situation est que le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue déploie un plan de contingence depuis janvier 2021 en assurant une priorisation des services qui se traduit pour le SAD par une réorganisation importante des services et une diminution de l'offre de certains services. À ceci s'ajoutent les absences imprévues et le temps consacré au dépistage et à l'importante campagne de vaccination liée à la COVID-19.

En lien avec les heures de service, la mise à jour d'ententes d'achat de services avec les divers partenaires, dont les résidences privées pour aînés (RPA) et les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) s'est poursuivie. En parallèle, la bonification du taux horaire en services achetés a été nécessaire pour la poursuite des activités et la mise en place des mesures compensatoires pour favoriser la prise en charge de certains AVQ par les EÉSAD a été réalisée. Par ailleurs, des travaux visant la poursuite et la révision des trajectoires en maintien à domicile sont en cours puisque l'optimisation des processus est essentielle pour assurer le maintien des services en contexte de pénurie de main-d'œuvre.

Objectif 1.8 : Améliorer l'accès aux services destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille

Tableau 8 : Services destinés aux enfants et aux jeunes

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cible 2021-2022 plan stratégique du MSSS
13. Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agit tôt	N/D	316	4 634 (cible provinciale) EGI = > 86
14. Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	9,7 jours	21 jours	< 12 jours
15. Proportion des enfants âgés d'un an au 31 mars qui ont reçu dans les délais prescrits leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle	85,5 %	85,9%	90,0 %

Note :Pour les indicateurs en lien avec la Protection de la jeunesse

La pénurie de main-d'œuvre contribue à accentué le manque de ressources disponibles pour réaliser les évaluations. En effet, 23 évaluateurs sont en poste sur un total de 34. À titre d'exemple, une ressource en évaluation réalise entre 40 et 50 évaluations par année. Le manque d'effectifs actuel entraîne donc une moins grande capacité à réaliser des évaluations de l'ordre de 400 à 500 évaluations sur une base annuelle.

Rappelons que les évaluations réalisées en Protection de la jeunesse doivent être faites par des intervenants membres de l'Ordre des travailleurs sociaux qui constituent une catégorie d'employés pour lesquels la pénurie est la plus importante au sein des équipes travaillant en Protection de la jeunesse. Malgré les contrats conclus avec des agences privées de main-d'œuvre, les ressources issues de ces entreprises ne sont pas en mesure de répondre à ce besoin.

En plus, au sein des équipes, 35 % des intervenants ont moins de 2 ans d'expérience, alors que seulement 13 % ont plus de 10 ans d'expérience, ce qui influence le rythme de prise en charge des divers dossiers.

D'autre part, un fort achalandage est observé dans les tribunaux, ce qui cause une augmentation des délais pour terminer les évaluations. Ainsi, le délai estimé est d'une durée de trois à quatre mois, ce qui réduit la possibilité de prendre en charge de nouveaux dossiers, augmentant ainsi le délai d'accès aux services de la Protection de la jeunesse.

En complément, depuis les deux dernières années pandémiques, la détresse psychologique, l'isolement et l'anxiété dans les familles de l'Abitibi-Témiscamingue ont augmenté. Cette situation amplifie les cas de violence familiale, de crise majeure, d'idéation suicidaire et homicide qui doivent être pris en charge. Ces situations familiales critiques requièrent beaucoup d'implication et de présence, ralentissant ainsi le rythme de prise en charge des autres situations qui sont jugées moins urgentes.

Bien que l'organisation n'ait pas encore atteint la cible de 12 jours pour le délai moyen d'attente à l'évaluation en Protection de la jeunesse, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue compte en moyenne 20 enfants qui sont en attente d'évaluation. Soulignons à cet effet que l'Abitibi-Témiscamingue est l'une des deux régions du Québec à être sous le niveau de contrôle de sa liste d'attente selon les critères et attentes du ministère, la cible étant de 30 enfants en attente.

Il est à noter que 1,8 % des enfants du Québec résident sur le territoire, mais qu'ils constituent 0,6 % de la liste d'attente provinciale qui est composée de 3 550 enfants.

Enfin, malgré le délai de prise en charge, l'ensemble des demandes prioritaires (codes 1 et 2) sont prises en charge dans l'immédiat ou dans les 24 heures suivant le signalement.

Pour l'indicateur en lien avec la vaccination

La proportion des enfants âgés d'un an au 31 mars qui ont reçu dans les délais prescrits leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle, est inférieure à la cible du MSSS. Cependant, la proportion se maintient à un niveau similaire depuis l'instauration de cet indicateur, et ce, malgré la pandémie. Aussi, le résultat demeure supérieur à celui du provincial (86,0 % vs 77,8 %).

Les principaux facteurs influençant les résultats sont les suivants :

- Le manque de ressources infirmières résultant de l'importante pénurie de main-d'œuvre;
- Le retour au travail des parents, qui engendre une diminution des disponibilités pour l'attribution du rendez-vous dans les délais;
- Le report de rendez-vous plus fréquent à un an, qui coïncide avec la fréquentation d'un milieu de garde par les enfants (infections plus fréquentes);
- La pandémie de la COVID-19 (isolement en raison d'un diagnostic positif ou contact avec une personne positive au coronavirus).

Pour l'indicateur en lien avec Agir tôt

La pénurie de main-d'œuvre affecte la capacité à rendre le service. De plus, l'implantation de la plateforme Agir tôt provoque un délai de traitement des demandes d'accès. Cette année, l'amélioration du délai de traitement de ces demandes engendre un plus grand nombre d'enfants qui sont en attente de recevoir des services.

Afin d'améliorer le rythme de prise en charge, deux actions plus importantes sont mises en place. De nouveaux postes sont affichés, et ce, principalement dans les secteurs où la liste d'attente est plus importante. De plus, des postes en surplus de l'équipe de base sont affichés afin de combler les besoins de remplacement.

4.2 ORIENTATION 2 : MODERNISER LE RÉSEAU ET SES APPROCHES

Objectif 2.1 : Déployer des approches adaptées et intégrées aux besoins de la population

Tableau 9 : Places développées en MDAA et en maisons de répit

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cible 2021-2022 plan stratégique du MSSS
16. Nombre de places développées en Maison des aînés et alternative et milieux de vie alternatifs	0	0	-
17. Nombre de maisons de répit pour soutenir les proches aidants	0	0	10 (cible provinciale)

Note :

L'ouverture des deux Maisons des aînés et alternatives permettra d'offrir 96 places d'hébergement supplémentaires réparties entre Val-d'Or et Rouyn-Noranda à compter de 2023.

En ce qui a trait aux maisons de répit pour soutenir les proches aidants, il y a une volonté du MSSS d'ouvrir 10 nouvelles Maisons Gilles-Carle. L'Abitibi-Témiscamingue est ciblée pour soumettre un projet, mais pour le moment, aucune action en ce sens n'a été amorcée.

Objectif 2.2: Favoriser la mise en place de services numériques de santé au sein du réseau

Tableau 10 : Nombre de services en télésanté et de cliniques médicales branchées à une solution informatique

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cible 2021-2022 plan stratégique du MSSS
18. Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne	N/A	11	770 (cible provinciale) EGI=24

Concernant le nombre de cliniques médicales branchées, la prise de rendez-vous dans les cliniques médicales, le déploiement se poursuit.

4.3 ORIENTATION 3 : PRENDRE SOIN DU PERSONNEL DU RÉSEAU

Objectif 3.1 : Présence au travail

Tableau 11 : Présence au travail et recours au personnel issu d'agences privées

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cible 2021-2022 plan stratégique du MSSS
19. Ratio de présence au travail	89,2 %	89,36 %	88,55 %
20. Taux de recours à la main-d'œuvre issue d'agences privées	ND	8,0	< 6,51

Note :

En lien avec le ratio de présence au travail des employés de l'organisation, les résultats s'améliorent, malgré le contexte de pandémie et de pénurie de main-d'œuvre.

Le budget « Prendre soin du personnel » procure du financement supplémentaire à la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ), ce qui contribue à accroître la présence au travail des employés. En effet, la bonification et la dotation de postes de professionnels en santé et sécurité au travail au sein des cinq territoires de MRC de la région a permis de travailler à la réduction des risques psychosociaux et de faire la promotion de la santé globale. La DRHCAJ a aussi mis en place des agents de proximité dans chaque MRC permettant ainsi de supporter les gestionnaires et favoriser le contact entre la DRHCAJ et les employés des différentes installations.

Le plan d'action de main-d'œuvre visant le personnel en soins infirmiers et les inhalothérapeutes proposé par la ministre Dubé en septembre 2021 a impacté positivement le ratio de présence au travail. Ces mesures ont permis à plus de 470 infirmières, 168 infirmières auxiliaires et 48 inhalothérapeutes présents dans l'organisation d'offrir une prestation de travail à temps complet pour ainsi bénéficier de l'incitatif financier prévu dans le plan d'action.

En ce qui a trait au taux de recours à la main-d'œuvre indépendante, comme la pénurie s'accroît pour plusieurs titres d'emploi, l'utilisation de ressources issues d'agences privées augmente fortement, créant un écart important entre les résultats et l'engagement. De plus, l'accroissement attendu du nombre d'employés requis lié au développement de nouveaux services crée une certaine pression, ce qui fait en sorte qu'il est nécessaire d'avoir recours à la main-d'œuvre indépendante pour assurer l'offre de services auprès de la population.

4.4 ORIENTATION 4 : GÉRER L'ÉVOLUTION DE LA PANDMIE DE LA COVID-19

Objectif 4.1 : Contenir la transmission de la COVID-19 au sein de la population québécoise

Tableau 12 : Délai entre la création d'un cycle de cas et d'un cycle de contact communautaire à risque modéré

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cible 2021-2022 plan stratégique du MSSS
21. Délai entre la création d'un cycle de cas et d'un cycle de contact communautaire à risque modéré (Cumulative)	8 heures	0,8 (P11)	<48 heures

Note :

Les cibles liées au dépistage ainsi qu'en lien avec la vaccination ont été atteintes, ce qui a contribué à limiter la transmission du virus. L'organisation de cliniques de dépistage dans les cinq territoires de MRC et la disponibilité d'expertise et d'équipements d'analyse dans cinq laboratoires de la région ont permis d'éliminer les délais de transport et d'obtenir rapidement les résultats de dépistage.

De surcroît, le personnel et le matériel nécessaires au déploiement rapide des cliniques mobiles ont été intégrés à la stratégie de dépistage, ce qui a facilité un contrôle rapide des éclosions dans les écoles, les résidences pour personnes âgées et d'autres milieux vulnérables.

De plus, le déploiement de la plateforme de dépistage dans les cliniques de dépistage a assuré la transmission électronique des résultats positifs en temps opportun à l'équipe de santé publique.

Dans un autre ordre d'idées, suite à l'arrivée du variant Omicron, qui avait un taux de transmission sans précédent, la priorité, qui concernait jusqu'à ce moment les enquêtes épidémiologique et été revue au profit de la détection et du contrôle rapides des éclosions en milieu de soins et en milieu d'hébergement. Cela a été accompli grâce à une collaboration entre la santé publique, les équipes de prévention et de contrôle des infections, ainsi qu'avec les autres directions et partenaires concernés.

Durant l'année 2021-2022, il a été possible d'obtenir des délais entre la création d'un cycle de cas et de contact communautaire à risque modéré inférieur à 48 heures, permettant d'intervenir rapidement. Désormais, il n'y a plus de création de cycle de contact modéré, car les cas dans la communauté ne sont plus enquêtés. En complément, il est à noter que depuis février, les contacts modérés et maintenant les contacts élevés, ne s'isolent plus, donc aucun suivi n'est effectué à cet égard.

Objectif 4.2 : Augmenter la couverture vaccinale contre la COVID- 19 chez les personnes de 12 ans et plus pour chaque groupe d'âge

Tableau 13 : Couverture vaccinale contre la COVID-19

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cible 2021-2022 plan stratégique du MSSS
22. Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus et pour chaque groupe d'âge	Mesure de départ en date du 29 juin 2021 : 26,7 %	87,7 %	80 %

Note :

L'organisation est fière du déroulement de la campagne de vaccination contre la COVID-19. Soulignons que sept sites de vaccination sont en fonction à Rouyn-Noranda, Val-d'Or, Senneterre, La Sarre, Amos, Ville-Marie et Témiscaming et plusieurs cliniques de vaccination mobiles ont aussi été offertes dans l'ensemble des milieux de vie ainsi que dans les municipalités de la région. De plus, un soutien est offert aux communautés des Premières Nations qui réalisent leurs propres campagnes de vaccination. Également, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue travaille de concert avec des représentants de la région Nord-du-Québec en vue d'offrir la vaccination à la population de Beaucanton, Villebois et Val-Paradis.

Grâce à l'inestimable contribution de personnel en majorité retraité, près de 350 milliers de première, deuxième ainsi que des doses de rappel ont été administrées aux personnes âgées de cinq ans et plus.

05.

ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ



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

5.1 L'AGRÉMENT

La priorisation des activités liées à l'urgence sanitaire a fait en sorte de suspendre, pour une seconde année consécutive, les travaux préparatoires en vue de la prochaine visite d'agrément. Cette visite initialement prévue pour mai 2021 a été reportée à octobre 2022, alors que le sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur a aussi fait l'objet d'un report au printemps 2022. Cependant, en mars 2022, les équipes-qualité ont repris leurs travaux.

Il est tout de même à noter que plusieurs des suivis exigés par Agrément Canada suite à la visite des séquences 1 et 2 ont été complétés à la satisfaction de l'organisme de certification.

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

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

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

- Normes Leadership - Déployer le programme de gestion intégrée des risques dans l'ensemble des directions;
- Pratiques organisationnelles requises, Bilan comparatif des médicaments - Compléter l'implantation du bilan comparatif des médicaments;
- Pratiques organisationnelles requises - Transfert d'information aux points de transition - Déploiement et harmonisation des pratiques.

5.2 LA SÉCURITÉ ET QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

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

L'année 2021-2022 est marquante pour la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQÉPÉ) notamment à l'égard de la pandémie. En effet, les ressources en gestion des risques et de la qualité contribuent à assurer la sécurité des usagers dans le volet de la pandémie en s'impliquant entre autres avec les équipes dans la revue des trajectoires, dans les visites de vigie, la gestion des éclosions, les travaux en lien avec la COVID-19 et dans la mise à niveau des sites de vaccination.

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

- Donner suite à l'harmonisation de politiques et de procédures en gestion des risques, avec une cadence très ralentie due à la pandémie. Soulignons que les activités de délestage liées à la COVID-19 ont un impact considérable dans l'avancement des divers dossiers et des éléments relatifs à la gestion des risques notamment en ce qui a trait aux documents d'encadrement.
- Plusieurs présentations, séances de sensibilisation et de formation concernant la gestion des risques en général, la déclaration des incidents et accidents, la divulgation des événements indésirables sont réalisées. Ainsi, 313 personnes incluant de nouveaux employés sensibilisés à ces enjeux et ont été formés. De façon plus détaillée, les séances ont contribué à :
 - Rappeler l'obligation de déclarer les événements pour assurer un suivi étroit et continu des incidents et accidents;
 - Améliorer la sécurité des soins et des services aux usagers;
 - Faire de la sécurité une priorité;
 - Mettre en place des mesures pour en prévenir la récurrence et assurer un soutien aux personnes touchées par de tels événements;
 - S'assurer que les événements et leurs conséquences soient divulgués aux usagers, aux familles ou au représentant légal, et ce, dans une culture de sécurité et de non-blâme;
 - Former sur les nouveautés des nouvelles lignes directrices parues en janvier 2021.

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

- Le suivi des activités découlant des déclarations des incidents et accidents se réalise avec l'équipe de gestion des risques. Avec les gestionnaires et les personnes concernées, l'équipe de gestion voit au bon fonctionnement de la gestion des risques auprès des équipes cliniques, administratives et des gestionnaires des directions. Cette vigie est réalisée par les sous-comités en gestion des risques, par le biais de présentation des bilans des incidents-accidents, des constats principaux qui en ressortent, par le suivi des recommandations et de leur application

et par les principales pistes d'amélioration mises en œuvre dans l'optique de mesures de prévention de la récurrence : Toutes les déclarations permettant de mettre en place des mesures de prévention de la récurrence sont analysées. Le fruit de ces analyses contribue à prévenir la récurrence des événements dans une perspective régionale dans toutes les installations de l'Abitibi-Témiscamingue. La DQÉPÉ instaure un système de suivi et de vigie quant aux modalités du processus de gestion des risques afin de s'assurer que des actions et des démarches sont entreprises par la direction ou l'instance concernée quant au respect du processus de divulgation et des mesures de soutien offertes aux usagers.

Les sous-comités de gestion des risques sont réalisés en conformité avec les orientations prises par la DQÉPÉ et entérinées par le comité de gestion des risques du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, les directions cliniques ainsi que la Direction des services techniques et logistique (DSTL). Les sous-comités ont entre autres les responsabilités suivantes :

- Assurer le suivi aux déclarations d'incidents et accidents spécifiques à leurs directions;
- Effectuer les suivis des événements sentinelles;
- Veiller au suivi relatif aux divulgations des événements indésirables;
- Identifier les mesures nécessaires pour éviter la récurrence d'événements indésirables;
- Cibler les actions pertinentes ainsi que les besoins en formation;
- Définir des objectifs liés à la gestion des risques et de la qualité propres à leur direction dans une perspective de prestation sécuritaire de soins et de services aux usagers, d'en préciser des indicateurs de suivi, d'en assurer la vigie lors des sous-comités, et ce, dans une vision d'amélioration continue.

Voici les principales démarches entreprises :

- Treize rencontres de sous-comités sont tenues pour assurer le suivi des activités en gestion des risques et les recommandations qui en découlent et quatre rencontres du comité de gestion de risques;
- Le tableau de bord de gestion est mis à jour afin de faire le suivi de chaque situation déclarée et faisant l'objet d'une ou plusieurs recommandations. Les situations analysées et le suivi apporté par les directions permettent de valider les solutions et mesures correctives en vue de prévenir la récurrence des événements indésirables. Chaque intervenant et gestionnaire reçoit un accompagnement adapté aux circonstances afin d'assurer la pérennité des mesures mises en place;
- Les moyens appropriés sont utilisés pour soutenir et accompagner le personnel et les usagers. Cette année, le tableau de suivi des recommandations pour les événements F et plus, qui concernent une situation qui fait en sorte qu'une personne nécessite une hospitalisation ou un hébergement pour une durée variable, ainsi que les événements sentinelles est utilisé et bonifié en vue d'assurer le suivi des recommandations liées à la gestion des risques, de même que pour permettre le suivi des recommandations au niveau régional en termes d'harmonisation si tel est le cas. Un outil, tel qu'un formulaire pour l'envoi des recommandations ainsi que pour la rétroaction de la part des directions, est utilisé pour assurer la vigie relative aux recommandations élaborées suite à l'analyse des événements en gestion des risques et de la qualité pour la perspective de mesures de prévention de la récurrence locale et régionale. L'outil Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) est aussi bonifié en regard de la gestion des risques et de la qualité et est utilisé afin d'assurer

la vigie relative aux événements de gestion des risques et de la qualité de portée régionale dans une volonté d'œuvrer en amont dans la prévention des risques et dans les mesures de prévention de la récurrence des événements indésirables;

- La révision des politiques et procédures relatives à la gestion des risques et de la qualité avec l'arrivée des nouvelles lignes directrices de déclaration des incidents et accidents est débutée et s'est poursuivie cette année à une cadence très ralentie compte tenu de la pandémie.

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

Annuellement, un suivi des activités du comité de gestion des risques et de la qualité est fait au comité de vigilance et de la qualité. Le rapport annuel du comité de gestion des risques et de la qualité a été présenté au comité de vigilance et de la qualité le 9 mars 2022. De plus, à chaque conseil d'administration, le tableau de bord comportant une section « qualité » est exposé et dresse, entre autres, le portrait de la gestion des risques et de la prévention des infections.

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

Tableau 14 : Nature des principaux types d'incidents pour les catégories A et B

Principaux types d'incidents	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements (A à I) incluant les données vides	
Médication	480	38,7 %	5,2 %	
Chutes	44	3,6 %	0,5 %	
Autres*	716	57,7 %	7,7 %	
Total des incidents	1 240		Total de l'ensemble (incidents et accidents)	9 122 événements (excluant les données vides)
				9 309 événements (incluant les données vides)

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

Tableau 15 : Nature des principaux types d'incidents pour les catégories C à I

Principaux types d'incidents	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements (A à I) incluant les données vides	
Médication	2 533	32,1 %	27,2 %	
Chutes	3 249	41,2 %	34,9 %	
Autres*	2 100	26,6 %	22,6 %	
Total des incidents	7 882	100,0 %	Total de l'ensemble (incidents et accidents)	9 122 événements (excluant les données vides)
				9 309 événements (incluant les données vides)

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

Note :

Il s'agit de données non exhaustives extraites en date du 27 avril 2022. L'établissement a jusqu'au 15 juin 2022 pour finaliser la compilation des données dans le système. Se référer au Registre national sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux pour les données complètes et finales de l'année en cours.

Outre les accidents et incidents, la gravité « vide », qui est constituée des déclarations soumises, est considérée, mais en attente d'analyse sommaire, donc en attente de précision de l'indice de gravité et qui correspond au nombre total des événements.

La complétion de cette analyse sommaire précisera l'indice de gravité, ce qui diminuera le nombre de gravités vides au niveau des données extraites dans l'application SSSS en date du 27 avril 2022.

5.2.1 Faits saillants - bilan des activités réalisées par le comité de gestion des risques

Voici les principales activités réalisées par le comité de gestion des risques :

- Le comité a assuré le suivi des événements de gravité plus importante et des événements de type sentinelle via un tableau qui recense les activités dont le comité doit assurer la vigie. En ce sens, un tableau de suivi des événements de gravité F et plus, ainsi que les événements sentinelles, a été mis en place. Ce tableau permet, entre autres, d'assurer le suivi des recommandations ainsi que des actions mises en place. Toujours en amélioration continue, ce tableau de bord est présent depuis janvier 2019. Par ailleurs, au cours de l'année 2022, l'outil a été retravaillé dans une version qui permet un meilleur suivi des événements sentinelles et qui permet d'avoir à l'œil les élais et les suivis à portée régionale.

Le nouveau tableau permet aussi de présenter les divers indicateurs de façon visuelle par des graphiques et des tableaux de données. Il est observé que certains suivis comportent des délais dans la mise en place des recommandations notamment en raison de la pandémie actuellement en cours. La mise en place de mécanismes de prévention de la récurrence et de la vigie des événements indésirables dans une perspective d'harmonisation régionale est aussi en cours et en processus de perfectionnement et d'intégration;

- Le développement d'un nouvel outil de suivi en Power BI a été développé pour le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Un énorme travail a été conjointement réalisé par l'équipe de la DQÉPÉ et de la DRI afin de pouvoir partager des données en temps réel. La première présentation de ce nouvel outil a été faite au comité de gestion des risques régional en mars 2022;
- Le comité a assuré une vigie sur la saisie des événements ainsi que sur le taux de divulgation relatif aux événements indésirables survenus faisant l'objet d'une divulgation obligatoire. Cette information est disponible dans le bilan des événements présenté à chaque comité;
- Le comité a reçu à quatre reprises les données récapitulatives sur les déclarations en respect de la Loi Vanessa. Cette loi vise à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses et modifie la Loi sur les aliments et drogues. Elle exige des établissements de santé la déclaration des réactions indésirables graves à un médicament (RIM) et des incidents liés aux instruments médicaux (IIM). À ce sujet, 21 événements en cours d'année se sont vus déclarés à Santé Canada selon les modalités établies;
- Le comité a reçu à deux reprises des présentations du directeur des services informationnels pour des présentations notamment en lien avec la gestion des risques pour les actifs informationnels et également afin de dresser le bilan d'une panne informatique majeure en mars 2021. Les projets concernant le système de téléphonie ont été présentés au comité. Ces projets permettront de diminuer les risques liés à la désuétude du système présentement utilisé au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Une migration vers la téléphonie IP est envisagée au cours de l'année 2022-2023;
- Des suivis sur les attaques informatiques et la cybersécurité seront maintenant faits au comité de gestion des risques. Il est souhaité de mettre de l'avant des mesures plus contraignantes pour éviter que l'établissement soit paralysé par une attaque informatique;
- Le comité a été tenu informé des formations et des sessions sur la sensibilisation relative à la gestion des risques sur tout le territoire de la région de l'Abitibi-Témiscamingue de tous les secteurs sur la gestion des risques. Ainsi, 313 personnes ont bénéficié de ces sessions de formation et sensibilisation, incluant les candidats à l'exercice de la profession infirmière (CEPI), gestionnaires, nouveaux employés, médecins et personnel clinique. Le nombre de formations offertes représente une légère baisse par rapport à l'an dernier (350).
- Le comité a été informé des travaux entourant le plan de sécurité dont :
 - Le portrait de la prévention et du contrôle des infections incluant le lavage des mains, ainsi que des mesures mises en place, et ce, dans le contexte actuel de la pandémie. Les résultats escomptés en pleine pandémie ne sont pas à la hauteur de la volonté de l'établissement. Des mesures supplémentaires (disciplinaires ou autres) devront être instaurées pour sensibiliser les employés à l'importance du lavage des mains. Cette situation a été apportée au comité de direction (CODIR) et un programme de vigie par les pairs est prévu pour la prochaine année. Des ateliers de travail via le comité de coordination clinique opérationnel (CCCO) sont prévus pour identifier des stratégies d'amélioration à déployer au cours de la prochaine année (2022-2023);

- Le comité a assuré une vigie quant à l'aménagement sécuritaire des unités de psychiatrie interne pour les usagers. La COVID-19 a ralenti les travaux, mais ceux-ci se poursuivent tout de même, considérant l'importance de l'enjeu de sécurité. Une mise à jour du plan a d'ailleurs été réalisée et un mécanisme de suivi a été instauré en partenariat avec la DSTL, la DQÉPÉ (gestion des risques) et la Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD);
- Le comité a été informé des travaux entourant le développement du processus de gestion intégrée des risques;
- Le comité a été informé des objectifs ainsi que des suivis des sous-comités en gestion des risques pour l'année 2021-2022. Les travaux des sous-comités se sont poursuivis lorsque ceux-ci ont pu être tenus. Les analyses et les suivis des recommandations des événements ainsi que la vigie sur les événements sentinelles et la divulgation des événements indésirables ont été travaillés par les directions avec les professionnels en gestion des risques.

Concernant les directions pour lesquelles les sous-comités ont été délestés en raison du contexte pandémique, les suivis et la vigie de la gestion des risques liés aux différents risques identifiés, les particularités, les événements sentinelles et le suivi des recommandations ont été transmis et assurés avec les acteurs concernés.

- Le comité a suivi les travaux entourant l'harmonisation des codes d'urgence cliniques (code jaune, code blanc, code mauve) par la personne responsable du dossier. Bien que la majorité des travaux soit terminée, le comité a recommandé de poursuivre le suivi de ce dossier afin de s'assurer que les processus sont bien fonctionnels et mis en place dans toute l'organisation;
- Le comité a été informé d'un important délai de saisie des données. On dénote près de 1000 saisies après la date limite de saisie. Une vigie importante sera faite par l'équipe de la gestion des risques afin de résoudre cette problématique pour la prochaine année. Une baisse des déclarations est également sentie. Des analyses sont en cours afin de vérifier si les activités cliniques ralenties par la pandémie peuvent expliquer la diminution ou si ces résultats sont liés à un retard de saisie des formulaires ou à une réelle diminution de la déclaration;
- Le comité a suivi les travaux en lien avec les recommandations d'Agrément Canada et du Bureau de normalisation du Québec (BNQ) dans les laboratoires. Certains enjeux ont été discutés en CGR afin d'assurer les suivis requis. L'évolution des travaux a été déposée au comité en cours d'année. Un avancement a été réalisé pour l'établissement de Val-d'Or, mais les enjeux monétaires et de ressources humaines sont très présents. Il est question d'un projet d'une grande envergure;
- Des progrès ont aussi été faits dans le dossier des fugues et de l'utilisation des bracelets anti-fugues, et ce, pour tous les territoires de MRC de la région. La procédure est maintenant adoptée et doit être diffusée dans l'établissement sous peu;
- Le comité a été informé des travaux liés aux événements entourant l'utilisation des mesures de contrôle. Un bulletin sera diffusé à l'automne 2022 et le plan d'action sera entièrement revu;
- Le comité a été informé des décès, notamment ceux liés aux chutes. Des suivis sont en cours ainsi qu'une analyse avec les directions responsables des pratiques professionnelles afin d'identifier des pistes d'actions de prévention. Ces travaux ont d'ailleurs été ralentis par la pandémie et devront reprendre à l'automne;

- Le comité a été informé des modifications dans les lignes directrices de déclaration des incidents et des accidents. D'ailleurs, une formation portant sur les nouvelles lignes directrices a été offerte aux professionnels de l'établissement. Un plan de diffusion est d'ailleurs en place pour en informer tout l'établissement via la conseillère cadre en gestion des risques et son équipe;
- Le comité est informé que des problèmes récurrents sont présents en lien avec le transport d'échantillons de laboratoire vers les différents sites d'analyse. Des modalités de corrections ont été mises en place via l'équipe du CUSM et le tout est en suivi. Un transporteur officiel est présent pour le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue exclusivement pour les transports d'échantillons de laboratoire. Des rencontres ont eu lieu avec les représentants des laboratoires et depuis, aucune problématique ni événement indésirable n'est survenu quant au transport de spécimens de laboratoire. Une rencontre est à prévoir pour éviter que les événements indésirables ne se reproduisent;
- Les travaux concernant la gestion de la sécurité incendie ont été présentés au comité. En date du 18 février 2022, quatre pratiques ont été tenues dans divers bâtiments;
- Le plan d'action d'entretien préventif des équipements est suivi par le comité de gestion des risques. Celui-ci a été déposé à Agrément Canada et est partiellement conforme. Les travaux se poursuivent avec le comité de gestion intégré des risques.

Recommandations et suivis demandés par le comité

Des suivis ont été demandés par le comité relativement aux éléments suivants :

- Le suivi des événements liés aux suicides a été modifié. Il a été résolu unanimement de faire la recommandation au comité de direction (CODIR) de l'établissement d'ajouter les tentatives de suicide pour les usagers admis au protocole d'analyse déjà en place et qui se limite actuellement aux suicides complétés (202218-04). Une présentation en ce sens a été faite au comité de direction et le tout a été approuvé;
- Le comité a également demandé, même si la procédure en lien avec les codes blancs et les boutons panique a été adoptée, de poursuivre le suivi de cet élément tant et aussi longtemps que la formation ne sera pas donnée et que les politiques et procédures ne seront pas déployées.

Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales

Pour l'année 2021-2022, il n'y a pas eu de présentation concernant les infections nosocomiales et les éclosions, car le comité stratégique - prévention et contrôle des infections nosocomiales (CS-PCIN) - n'a pas tenu de rencontre officielle en raison de la pandémie de COVID-19. Par contre, peu d'éclosions ont été constatées au sein des diverses installations du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue outre les éclosions de COVID-19. Il y a un lien important à faire avec l'importante sensibilisation au lavage des mains et à l'omniprésence de stations de lavage des mains.

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

La Direction des services multidisciplinaires (DSM), la Direction des soins infirmiers (DSI) et la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQÉPÉ) poursuivent leur rôle de comité de gouvernance dans une perspective d'amélioration continue et de sécurité des usagers. Le comité de gouvernance s'est rencontré à quatre reprises afin de faire progresser le plan d'action mis en place en 2021 qui comprend les objectifs suivants:

- Connaître le portrait régional des contentions et isolements du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Un sondage a été réalisé auprès de l'ensemble des directions et les résultats ont été présentés en vue de dresser le portrait du niveau de connaissances des équipes et de bonifier le plan d'action déjà en cours;
- Mobiliser l'ensemble de l'organisation en lien avec les mesures de contrôle. La composition des membres du comité ayant été révisée, une mise à jour des objectifs a été faite avec les nouveaux membres. Un état de situation de la progression des travaux est fait à chacune des rencontres du comité;
- Favoriser le maintien et le développement des compétences des intervenants en matière de mesures de contrôle et de mesures alternatives. Une formation offerte par l'ENA a été ciblée comme formation de base pour les intervenants du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et est inscrite au PDRH pour l'année 2022-2023. La politique et les procédures de l'établissement sont en cours de révision et seront déployées en cohérence avec la nouvelle formation choisie.

Concernant la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA), la cible du MSSS est d'être sous la barre des 10 % des résidents hébergés qui nécessitent l'utilisation d'une mesure de contrôle.

Bien que moins présentes qu'en 2020-2021, la présence accrue d'aides de service et de préposés aux bénéficiaires en raison de la COVID-19 a eu un effet bénéfique sur le taux de chutes et par le fait même sur l'application de mesures de contrôle. Cette présence accrue a notamment permis d'accroître la vigilance, mais surtout d'être plus disponible pour la tenue d'activités occupationnelles et sur l'approche individuelle. La mise en place de l'approche OPUS-AP sur la réduction ou l'arrêt complet de la prise d'antipsychotiques est aussi un élément qui permet une mobilité plus active et qui diminue grandement l'état de somnolence.

Tableau 16 : Bilan de l'utilisation des mesures de contrôle en CHSLD

Centre d'hébergement	Pourcentage 2021-2022	Commentaire
CHSLD d'Amos	2,1 %	Encore en progression cette année. Les facteurs de réussite, la présence d'une équipe multidisciplinaire qui accompagne les résidents et l'implication des proches aidants, font aussi la différence.

Centre d'hébergement	Pourcentage 2021-2022	Commentaire
CHSLD de Macamic	6,0 %	L'amélioration de la situation se poursuit avec une diminution de 8 % par rapport à 2020-2021. La cheffe fait un suivi mensuel de l'application des contentions. La contribution de l'ergothérapeute, l'ouverture des équipes de soins et le support de l'équipe SCPD contribuent à l'atteinte des cibles.
CHSLD de La Sarre	4,0 %	Actuellement, une résidente sur 25 a une mesure de contention. Une démarche pour mettre une mesure alternative pour retirer cette mesure de contention est en cours.
CHSLD de Malartic	16,0 %	Une légère diminution est observée par rapport à l'année dernière. Un comité sur les mesures de contention a été mis en place depuis peu et des résultats probants sont escomptés au cours des prochains mois.
CHSLD de Senneterre	10,0 %	Une seule mesure de contention sur 10 résidents. Un comité sur les mesures de contention se mettra en place au cours de la prochaine année.
CHSLD de Ville-Marie	1,5 %	Il y a une mesure de contention en cours sur les 68 résidents. Un ergothérapeute formé pour l'application/retrait des contentions effectue beaucoup de sensibilisation auprès des familles et des employés. Des activités de sensibilisation et des enseignements ont été effectués auprès du comité des résidents.
CHSLD de Témiscamingue	0,0 %	La présence d'aides de service sur place en raison de la COVID-19 a grandement aidé à maintenir le niveau à zéro.
CHSLD de Rouyn-Noranda	19,0 %	Trois axes sont à travailler : <ul style="list-style-type: none"> • Réactiver le comité local des mesures de contention et les mesures alternatives au CHSLD de Rouyn-Noranda; • Réviser et structurer les différentes formations pour répondre aux besoins du personnel soignant de tous les titres d'emploi concernés; • Amorcer un travail sur un plan d'action avec la DQÉPÉ.
CHSLD de Val-d'Or	8,0 %	Le taux est passé de 2 % à 8 % par rapport à 2021. Le support apporté par les membres du comité sur les mesures de contention aux différents professionnels du CHSLD se poursuit. La diminution du nombre d'aides de service explique cette légère hausse.

5.2.2 Bilan des directions

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

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

La Direction des programmes DI-TSA-DP porte une attention particulière à la gestion des mesures de contrôle. Ainsi, toutes les mesures de contrôle planifiées font l'objet d'une autorisation et d'une validation par un membre du comité de gestion de la direction. Cette autorisation prend la forme d'une signature du gestionnaire responsable sur le formulaire d'analyse de consentement et de réévaluation des mesures de contrôle. La recherche de mesures alternatives est une étape préalable à la mise en place d'une procédure de contrôle afin d'en limiter l'utilisation en termes de fréquence ou d'en limiter l'impact sur la clientèle.

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

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

Services de proximité jeunes en difficulté

La Direction du programme jeunesse (DPJeu) est responsable d'offrir des services psychosociaux et de réadaptation aux jeunes et aux familles en difficulté. Les jeunes et les familles peuvent notamment bénéficier de services en vertu de la LSSSS et de la LPJ, dans le cas où la DPJ décide que la sécurité et le développement d'un enfant sont compromis au sens de la Loi sur la protection de la jeunesse.

Essentiellement, l'orientation première du Programme jeunesse est d'offrir et d'assurer une offre de services de proximité sous la LSSSS aux jeunes et à leurs parents avant que la situation nécessite l'intervention de la DPJ.

En ce sens, suivant les investissements du MSSS, il a été possible d'augmenter les effectifs dédiés à la jeunesse et d'assurer le suivi d'un plus grand nombre de demandes de services. De plus, les équipes de la DPJ et du Programme jeunesse ont travaillé à mettre en place différentes trajectoires pour favoriser un meilleur continuum de services entre les programmes et services, de sorte que la prise en charge des jeunes et de leurs parents soit favorisée. L'objectif de cette démarche est de mettre fin à la situation de compromission d'un enfant ou de faire en sorte que le signalement de l'enfant puisse être fermé et que le jeune et ses parents soient orientés vers des services appropriés sur une base volontaire.

À titre indicatif, en 2020-2021, ce sont 3 635 usagers qui ont reçu des services du Programme jeunes en difficulté (JED) sous la LSSSS comparativement à 5 013 usagers pour cette année 2021-2022. Une augmentation de la prise en charge des jeunes et des familles est constatée et cet objectif se poursuivra pour l'année à venir, car il est souhaité que les services du Programme jeunes en difficulté soient principalement offerts dans un cadre volontaire et ainsi réduire le recours aux services de la DPJ.

Services de réadaptation avec hébergement pour les jeunes en difficulté

Les deux centres de réadaptation jeunesse, soit le site La Maison de Rouyn-Noranda et le site L'Étape situé à Val-d'Or, disposent ensemble de 95 places pour héberger des jeunes en difficulté d'adaptation. En 2021-2022, ce sont 266 jeunes qui ont été hébergés comparativement à 215 en 2020-2021, ce qui représente une augmentation de 24 %. Considérant qu'un placement peut se transformer en cours d'hébergement, pour l'année 2021-2022, ce sont 437 placements qui ont été créés aux dossiers comparativement à 355 pour l'année 2020-2021.

Chaque année, la Direction du programme jeunesse dresse un bilan en ce qui a trait à l'utilisation des mesures de contrôle, soit l'isolement et la contention auprès de la clientèle hébergée. Pour l'année 2021-2022, 937 mesures de contention et 159 mesures d'isolement ont été utilisées. Ces données sont présentées de façon plus détaillées annuellement au comité de vigilance du conseil d'administration. Les isolements s'effectuent dans des endroits désignés sécuritaires et appropriés aux besoins des jeunes. De plus, afin d'assurer une pratique sécuritaire pour l'utilisation des mesures de contrôle, tout le personnel visé par ces interventions doit recevoir une formation afin de s'assurer de détenir les habiletés dans l'application de la contention physique que dans l'intervention de pacification auprès des jeunes. Le cadre de référence et la formation Intervention thérapeutique lors de conduites agressives (ITCA) vient d'ailleurs en appui aux intervenants. De façon continue, des formations sont offertes dans les unités de vie à l'interne ainsi que dans les services externes en vue de maintenir les connaissances à jour.

Concernant les fugues et les évasions dans les centres de réadaptation. Pour l'année 2021-2022, 235 fugues ont été comptabilisées comparativement à 141 pour l'année dernière. Cela représente une augmentation de 67 %. À cet effet, rappelons que pour 2020-2021, la pandémie et ses nombreuses restrictions ont favorisé une baisse record du nombre de fugues des six dernières années. Bien que différentes mesures pour diminuer les fugues, aient été mises en place, force est de constater que la pandémie COVID-19 a continué d'avoir un impact significatif sur le nombre de fugues, en raison des mesures sanitaires en vigueur. Les jeunes ont dû demeurer au centre de réadaptation plus qu'à l'habitude compte tenu que le milieu naturel était en isolement ou l'inverse. Notons qu'aucune évasion n'a eu lieu au cours de la dernière année et que la grande majorité des fugues sont survenues dans le cadre des sorties des jeunes qui ne reviennent pas au moment prévu et que 208 fugues (89 %) ont duré moins de 24 heures.

Services de santé mentale jeunesse

L'équipe de santé mentale jeunesse du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue peut compter sur les services de 10 psychologues répartis dans la région, 2 pédopsychiatres, 15 intervenants psychosociaux ainsi que sur l'arrivée d'une nouvelle infirmière praticienne spécialisée en santé mentale. Au total, ce sont 561 jeunes qui ont bénéficié de services en santé mentale jeunesse

comparativement à 426 l'année dernière. Ce sont donc 135 usagers de plus qui ont bénéficié de services, et ce, malgré les enjeux bien connus de la rareté de main-d'œuvre. L'objectif est de poursuivre les efforts afin de rejoindre davantage de jeunes qui ont besoin de services spécialisés en santé mentale.

Déploiement du Projet Aire ouverte dans la MRC de La Vallée-de-l'Or

Depuis février 2021, de multiples actions ont été réalisées pour l'implantation d'Aire ouverte dans la MRC de La Vallée-de-l'Or. Au total, sept postes d'intervenants seront dotés et l'entrée en fonction de l'équipe est prévue à la fin du printemps 2022. Bien que des besoins aient pu être identifiés dans l'ensemble des MRC, La Vallée-de-l'Or a été priorisée en raison des besoins de la population.

Par ailleurs, il est prévu que des services soient offerts dans les localités de Senneterre et de Malartic à raison d'une à deux fois par semaine. De plus la collaboration des Carrefour jeunesse emploi de ces milieux contribuera à offrir des services de façon intégrée à la population.

La Direction des soins infirmiers (DSI)

Pour la prochaine année, l'objectif est de poursuivre l'implantation de la surveillance de l'utilisation des mesures de contrôle dans les unités qui ne font pas actuellement cette surveillance. La DSI a aussi pour objectif de poursuivre les démarches pour suivre de plus près les données liées à l'utilisation des mesures de contrôle à différents niveaux de la direction. Les résultats régionaux seront présentés et évalués périodiquement par le comité de gestion DSI. Pour la prochaine année, une révision complète des modalités de la politique et des procédures en termes d'utilisation des mesures de contrôle est prévue. Aussi, la DSI amorcera des travaux en vue de bonifier l'offre de formation pour les employés. De plus, dans la prochaine année, il est souhaité de faire une revue de l'ensemble des outils utilisés pour faire la compilation de l'utilisation des mesures de contrôle dans l'établissement afin de rendre le tout plus accessible pour tous et pour assurer une harmonisation pour l'ensemble des secteurs. Un plan d'action a d'ailleurs été élaboré pour ce dossier et est suivi par le comité tactique au niveau des mesures de contrôle.

La Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD)

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

La Direction des services multidisciplinaires (DSM)

La DSM a collaboré de façon importante avec l'ensemble des directions dans le cadre de la révision des offres de services en lien avec la contingence infirmière. Différents professionnels (nutritionnistes, ergothérapeutes, kinésiothérapeutes, travailleurs sociaux, inhalothérapeutes, physiothérapeutes, technologues en physiothérapie, etc.) ont été affectés à différents services (soutien à domicile, Groupe de médecine familiale, unités de soins de courte durée, cliniques externes) afin de bonifier et assurer le maintien des activités cliniques aux usagers.

L'équipe du soutien aux pratiques professionnelles et aux programmes a poursuivi ses activités en assurant la coordination de différents comités tels que : comité de coordination en prévention du suicide, comité de gouvernance des mesures de contrôle. Des travaux importants ont été réalisés en vue de l'entrée en vigueur du projet de loi 18 (loi sur le curateur).

La Direction des services professionnels, de l'enseignement universitaire et de la pertinence clinique (DSPEUPC)

Le bilan annuel des événements associés à la Loi de Vanessa ont fait l'objet d'une communication aux membres du CMDP avec un rappel à l'effet de poursuivre les déclarations. Tel qu'indiqué par le Gouvernement du Canada, la Loi Vanessa vise à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses et modifie la Loi sur les aliments et les drogues. Elle exige des établissements de santé la déclaration des réactions indésirables graves à un médicament (RIM) et des incidents liés aux instruments médicaux (IIM).

En résumé, depuis la P9 2019-2020, voici l'aperçu quantitatif des déclarations et quelques constats :

- 2019-2020 : 10 déclarations (début du processus à la P9). Provenance des déclarations : médecins 20 %, pharmaciens 80 %;
- 2020-2021 : 18 déclarations. Provenance des déclarations : médecins 28 %, pharmaciens 72 %;
- 2021-2022 : 21 déclarations. Provenance des déclarations : médecins 48 %, pharmaciens 52 %;
- Augmentations significatives des déclarations en provenance des médecins;
- Tous les RLS ont fait des déclarations à l'exception de celui du Témiscamingue;
- Aucune déclaration n'a été reçue concernant les incidents associés à un instrument médical.

Une révision a été effectuée à la Direction des services professionnels, de l'enseignement universitaire et de la pertinence clinique (DSPEUPC). Il a été convenu de bonifier la structure d'encadrement en ajoutant un poste de chef de services administratifs du service de pharmacie régional. La mise en place de ce poste permet l'application d'un modèle de gestion en collaboration avec le chef de département de pharmacie de l'organisation, ce qui contribue à offrir une meilleure offre de services en centralisant les éléments de gestion administrative et du service de pharmacie.

La Direction de santé publique

La dernière année s'est caractérisée par l'accueil de nouveaux employés dans le cadre du rehaussement en santé publique visant à protéger la population en limitant les conséquences de la pandémie sur leur santé. Ces professionnels ont été dédiés à la gestion des éclosions, aux enquêtes épidémiologiques et au soutien à la planification et à l'organisation des activités d'immunisation, en plus d'intensifier les actions dans différents services visant à répondre aux besoins grandissants de la population, particulièrement l'accompagnement des partenaires pour réduire les inégalités sociales de santé.

En parallèle, plusieurs projets sont en cours de déploiement ou poursuivent leur implantation :

- L'avis de grossesse provincial informatisé;
- La promotion de la santé mentale positive et soutien à la prévention des problématiques psychosociales auprès des jeunes de 5 à 25 ans;
- La prévention de dépendances auprès des jeunes dans les écoles de la région;
- Le déploiement du nouveau cadre de référence des SIPPE (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance);
- La nouvelle offre de services d'éducation prénatale en ligne s'est poursuivie. Un processus d'amélioration continue a été mis en place. La satisfaction des usagers envers les rencontres en ligne a pu être observée et l'offre de services a déjà été réajustée pour répondre davantage aux besoins des usagers;
- Le programme d'entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants (EMMIE) : le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a participé à l'évaluation de ce service offert par le biais de la télésanté. Faisant face à des défis de ressources humaines, l'organisation revoit la manière dont le programme sera offert.

Aux activités régulières de l'équipe en santé environnementale, des mandats liés aux activités suivantes se sont ajoutés cette année :

- Réaliser une étude sur les perceptions et attitudes de la population du périmètre urbain de Rouyn-Noranda à l'égard de leur environnement et leur santé;
- Caractériser et analyser des concentrations en métaux pour différentes denrées comestibles dans le secteur urbain de Rouyn-Noranda;
- Collaborer au portrait sur la qualité de l'environnement réalisé par l'Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue;
- Contribuer financièrement à un projet d'analyse des concentrations en métaux contenus dans des légumes cultivés à proximité d'une fonderie à Rouyn-Noranda.

Il est à noter que l'équipe en santé environnementale assure à la fois des activités de prévention et de protection de la santé. La prévention s'orchestre autour d'activités de sensibilisation de la population aux effets que peut entraîner la présence de contaminants chimiques, physiques ou biologiques dans leur environnement, ainsi qu'aux moyens à déployer pour limiter les effets de ces contaminants sur la santé. La protection de la santé est assurée par des activités de surveillance de paramètres environnementaux ciblés ou par des suivis réalisés lors de signalement d'intoxication ou autres problématiques de santé environnementale.

Finalement, d'importants travaux portant sur la réorganisation des soins infirmiers ont été initiés afin de faire face à la pénurie de main-d'œuvre infirmière. La démarche, toujours en cours, permettra d'assurer une utilisation efficiente des ressources humaines à long terme tout en rencontrant l'objectif d'adopter les meilleures pratiques et de répondre aux besoins de la population et particulièrement la population vulnérable.

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

Le comité de vigilance et de la qualité se doit d'examiner toutes les recommandations et les rapports transmis au conseil d'administration de l'établissement et d'en assurer le suivi. Il a assuré le suivi des activités d'amélioration de la qualité réalisées dans le cadre des recommandations des instances externes et internes et des visites appréciatives. Le comité a également assuré le suivi de la mise en place des recommandations faites dans le cadre du régime des plaintes de l'établissement et assuré une vigie dans d'autres dossiers touchant la qualité et la sécurité des soins et services de l'usager.

Le comité de vigilance et de la qualité a émis une recommandation particulière en cours d'année au conseil d'administration, notamment en :

- Adoptant les enjeux et les recommandations formulés par le comité des usagers du centre intégré comme il a été indiqué dans leur rapport d'activités 2020-2021:
 - Que le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue harmonise les mécanismes d'accès aux dossiers des usagers et que des mesures soient mises en place pour en informer les usagers de l'établissement;
 - Que l'établissement s'assure que les comités des usagers et de résidents soient impliqués dans l'élaboration des mesures qui seront mises en place auprès des usagers en suivi de la crise sanitaire, et ce, en respect avec leur mandat;
 - Que l'établissement informe régulièrement le CUCI ainsi que les comités des usagers et de résidents de la situation en regard de la pénurie de main-d'œuvre et des mesures prises pour maintenir les services à la population;
 - Que l'établissement propose au CUCI une modalité de transmission des informations concernant les listes et délais d'attente des usagers pour l'accès aux services médicaux spécialisés.

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

5.3 RECOMMANDATIONS DES INSTANCES EXTERNES

Pour l'année 2021-2022, les instances externes suivantes ont soumis des recommandations à l'établissement. Il est à noter que les recommandations faites par le Protecteur du citoyen sont classifiées avec le régime d'examen des plaintes de l'établissement, bien qu'il s'agisse d'une instance externe.

5.3.1 Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Pour l'année 2021-2022, l'équipe a reçu 323 dossiers de plainte et a ouvert 76 dossiers d'intervention portant sur 708 motifs d'insatisfaction. En cours d'année, l'équipe a complété le traitement de 315 plaintes et 80 interventions. Du côté des plaintes médicales, ce sont 101 plaintes qui furent reçues et 93 qui furent traitées. En considérant les 630 assistances et les 76 consultations faites par l'équipe, ce sont plus de 1 200 personnes qui ont utilisé les services de l'équipe du régime d'examen des plaintes cette année.

Une plainte ou une intervention peut se conclure avec des mesures ou des recommandations. Les mesures correctives visent toujours à améliorer la qualité des services offerts dans l'établissement ou dans les organismes visés ou à garantir le respect des droits des usagers. Le comité de vigilance et de la qualité de l'établissement reçoit et analyse les recommandations adressées à l'établissement par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et le médecin examinateur, en première instance, ainsi que celles des acteurs de seconde instance, le Protecteur du citoyen et le comité de révision.

En cours d'année, l'équipe a complété le traitement de 315 plaintes et 80 interventions. Rappelons qu'une plainte est formulée par l'utilisateur ou son représentant légal et qu'un suivi doit être fait au plaignant dans un délai de 45 jours tel que prescrit par la Loi. Une intervention peut être effectuée à la demande de toute personne, sur signalement, ou peut résulter des constats de la commissaire. La Loi n'impose pas de traitement pour un dossier d'intervention. L'intervention, tout comme la plainte, peut conduire ou non à la formulation de recommandations pour l'application de mesures correctives.

Pour l'année 2021-2022, 108 mesures individuelles et 238 mesures systémiques ont été recommandées dans les dossiers de plainte, totalisant 346 mesures. Dans les dossiers d'intervention, ce sont 23 mesures à portée individuelle et 36 à portée systémique qui furent mises en place, soit 59 mesures. C'est donc un total de 405 mesures qui ont été identifiées pour bonifier la qualité des services offerts à la population.

Plus spécifiquement, les mesures d'amélioration à portée individuelle et systémique sont décrites dans les tableaux 17 et 18, alors que les tableaux 19 et 20 exposent des exemples des améliorations apportées.

Tableau 17 : Mesures d'amélioration à portée individuelle

Mesures à portée individuelle	Total	Proportion (%)
Adaptation des soins et services		
Ajustement des activités professionnelles	12	9,2
Amélioration des communications	1	0,8
Changement d'intervenant	1	0,8
Collaboration avec le réseau	4	3,1
Élaboration/révision/application	7	5,3
Encadrement de l'intervenant	27	20,6
Évaluation ou réévaluation des besoins	10	7,6
Réduction du délai	3	2,3
Autre	1	0,8
Adaptation du milieu et de l'environnement		
Ajustement technique et matériel	3	2,3
Amélioration des mesures de sécurité et protection	3	2,3
Autre	2	1,5
Ajustement financier	3	2,3
Conciliation/intercession /médiation/liaison/précision/explication	7	5,3
Information/sensibilisation d'un intervenant	27	20,6
Obtention de services	6	4,6
Respect des droits	9	6,8
Respect du choix	2	1,5
Autre	3	2,3
TOTAL	131	100

Tableau 18 : Mesures d'amélioration à portée systémique

Mesures à portée systémique	Total	Proportion (%)
Adaptation des soins et services		
Ajustement des activités professionnelles	55	20,1
Ajout de service ou de ressource humaine	7	2,6
Amélioration des communications	28	10,2
Collaboration avec le réseau	2	0,7
Élaboration/révision/application	12	4,4
Encadrement des intervenants	19	6,9
Évaluation des besoins	4	1,5
Information et sensibilisation des intervenants	25	9,1
Réduction du délai	6	2,2
Autre	3	1,1

Mesures à portée systémique	Total	Proportion (%)
Adaptation du milieu et de l'environnement		
Ajustement technique et matériel	27	9,9
Amélioration des conditions de vie	2	0,7
Amélioration des mesures de sécurité et protection	7	2,6
Adoption/révision/application des règles et procédures	37	13,5
Ajustement financier	1	0,3
Communication/promotion	13	4,7
Formation/supervision	8	2,9
Promotion du régime	3	1,1
Respect des droits	15	5,5
TOTAL	274	100

Tableau 19 : Exemples de mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

Motif d'insatisfaction	Catégorie de mesures appliquées	Mesure mises en place
Accessibilité : L'utilisateur n'a pas eu accès à l'urgence, ayant été réorienté au CLSC.	Ajustement des activités professionnelles	Il fut recommandé de procéder à l'évaluation de tous les usagers se présentant à l'urgence conformément aux standards de la pratique professionnelle, et ce, avant de procéder à une réorientation de ceux-ci. Cette pratique est maintenant respectée.
Aspects financiers : L'utilisateur n'a pas eu l'information adéquate concernant le type d'hébergement qui serait remboursé en lien avec son déplacement pour recevoir des traitements en oncologie.	Amélioration des communications	Une rencontre a été réalisée avec certains intervenants spécifiques pour leur présenter l'information juste afin de bien renseigner les usagers à propos des allocations qu'ils peuvent obtenir en application de la PDU.
Droits particuliers : Un proche aidant se faisait interdire l'accès au département où sa conjointe était hospitalisée. Celle-ci désirait sa présence et a déposé la plainte.	Respect des droits	Le droit à l'accompagnement a été respecté suite à la mise en place de mesures d'encadrement de la présence du proche aidant.

Motif d'insatisfaction	Catégorie de mesures appliquées	Mesure mises en place
Maltraitance : Un signalement a été fait concernant de possibles comportements inadéquats de la part d'un employé.	Encadrement de l'intervenant	Un gestionnaire a mis en place un encadrement d'un employé afin de garantir le maintien d'une prestation de services de qualité, et ce, avec le support de la DRHCAJ.
Soins et services dispensés : Un contact familial a eu des impacts importants sur l'enfant et sa famille d'accueil.	Élaboration/ révision/ adaptation	Il fut demandé à l'équipe qualité de revoir un épisode de service préoccupant et, selon les constats qui seront faits, de mettre en place toutes mesures permettant d'améliorer la qualité des services offerts.
Autre : Des usagers d'une unité ne pouvaient pas bénéficier de sorties temporaires en raison de l'application d'une consigne sanitaire non mise à jour.	Adoption/ révision/ application des règles et procédures	Des correctifs ont été apportés dans l'application des consignes sanitaires liées à la COVID-19 concernant des sorties temporaires pour des usagers hospitalisés.

Recommandations concernant les dossiers ayant pour objet la maltraitance

La Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité confie au commissaire aux plaintes et à la qualité des services la responsabilité de traiter les plaintes et les signalements effectués dans le cadre de la Politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité.

Une attention particulière est portée au traitement et au suivi des dossiers portant sur le motif de maltraitance. Pour l'année 2021-2022, ce sont 26 situations de maltraitance qui ont été signalées au bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services au cours du présent exercice. Concernant les 22 dossiers conclus, dix dossiers ont été fermés avec la mise en place de mesures. Sur les 12 dossiers conclus sans mesure, 5 furent transférés aux équipes d'intervenants.

Recommandations découlant des plaintes médicales

À chaque rencontre, le comité de vigilance et de la qualité reçoit les recommandations mises en place dans les dossiers de plainte médicale. Il n'y a eu aucune recommandation systémique en 2021-2022. Des recommandations de nature individuelle ont été transmises aux médecins visés. Il est donc déduit que la nature des plaintes est plutôt d'ordre individuel que systémique.

Tableau 20 : Exemples de recommandations individuelles adressées aux professionnels visés

Motif d'insatisfaction	Mesure d'amélioration
<p>Soins et services dispensés : La gestion et la tenue de dossier d'un médecin seraient inadéquates et pourraient nuire au suivi de l'utilisateur.</p>	<p>Le médecin examinateur a recommandé au médecin visé la lecture d'un article sur la tenue des dossiers en centre hospitalier et soins généraux. De plus, une vigie a été mise en place afin que les normes professionnelles soient respectées.</p>
<p>Soins et services dispensés : Obtention d'un diagnostic d'une pathologie par un médecin après avoir consulté un premier professionnel qui n'avait pas posé de diagnostic.</p>	<p>Rappel fait au médecin quant à l'importance de faire plus attention au diagnostic différentiel et sur l'importance d'approfondir l'examen physique. Suggestion de lecture d'articles spécifiques afin d'optimiser sa prise en charge lors de cas semblables.</p>

5.3.2 Le coroner

Rapports du coroner

Un dossier a été présenté au comité de gestion des risques pour l'année 2021-2022. De plus, un dossier était déjà en cours de travail en 2020-2021 et les travaux se sont poursuivis en 2021-2022.

Les suivis demandés ont été réalisés et les dossiers sont maintenant fermés. Au total, une recommandation a été adressée à l'établissement dans les différents dossiers. Cette recommandation porte notamment sur la sécurité des lits fournis aux usagers par l'établissement ou ses partenaires. Toutes les actions ont été réalisées en lien avec les suivis demandés.

Dossier 2021-03680 5948

Une rencontre a été demandée auprès de plusieurs directions pour réaliser le suivi de la recommandation par le coroner. Il faut regarder ce qui est dangereux et ce que cela implique dans l'application de la recommandation. Une évaluation de la situation doit être effectuée afin de déterminer dans quelle mesure cette recommandation s'applique.

Dossier 2020-00797

Le suivi des diverses recommandations est réalisé.

5.3.3 Registre des alertes, avis et rappels

Le mécanisme entourant les avis, les alertes et les rappels a été révisé et adopté par les diverses instances du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Lorsque requises, les mesures sont mises en branle pour appliquer les recommandations dans les services offerts et l'information est transmise au personnel concerné. L'harmonisation du fonctionnement pour les avis, alertes, rappels à l'échelle du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue est toujours en cours.

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

Rapports du Protecteur du citoyen

Le comité de vigilance et de la qualité de l'établissement reçoit l'état des dossiers transmis en deuxième instance à chaque rencontre. Il assure le suivi de la mise en place des recommandations faites à l'établissement. En 2021-2022, 19 dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen pour étude. Il s'agit d'une légère augmentation du nombre de dossiers soumis en deuxième instance comparativement à l'an dernier où 16 dossiers avaient été transmis au Protecteur. Le Protecteur a également initié une intervention concernant le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue en 2021-2022. Ce dossier fut conclu sans recommandation.

En cours d'année, l'établissement a reçu les conclusions du Protecteur dans 25 dossiers, dont un dossier ne visait pas le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue initialement. Des recommandations ont été effectuées par le Protecteur dans quatre dossiers, incluant deux dossiers où les recommandations portaient sur des éléments non traités en première instance et un dossier où la plainte en première instance ne visait pas l'établissement. Cela signifie que dans la grande majorité des dossiers soumis, le Protecteur du citoyen, après analyse, corrobore et appuie le traitement effectué par l'équipe, sans y ajouter d'autres éléments de recommandation.

Tableau 21 : Exemples de mesures mises en place pour donner suite aux recommandations du Protecteur du citoyen

Motif d'insatisfaction	Recommandation du Protecteur	Mesure mises en place
<p>Soins et services dispensés : Le plaignant considère que la DPJ refuse d'offrir à son fils un suivi psychosocial et une évaluation psychosociale – Élément non traité en première instance.</p>	<p>Planifier une rencontre entre monsieur et la psychologue responsable d'analyser les demandes d'expertise psychosociale afin que les motifs sous-jacents, l'acceptation ou le refus de recommander une telle expertise lui soient expliqués.</p>	<p>Suite à l'évaluation avec le fils, une rencontre fut planifiée avec le plaignant et les personnes concernées. Les interventions ont été prises selon les besoins exprimés et souhaités par l'utilisateur.</p>
<p>Aspect financier : L'utilisateur conteste le montant lui ayant été donné à la suite de ses déplacements hors région pour recevoir des soins. Il mentionne ne pas avoir eu l'information sur ce qui ne serait pas remboursé.</p>	<p>Considérant l'absence d'information sur les modalités d'accès à la PDU : remboursement à l'utilisateur d'un montant de 2 811,50 \$ (correspondant aux frais d'hébergement à l'hôtellerie cancer avec accompagnateur, moins la somme déjà perçue).</p>	<p>L'utilisateur a reçu le montant demandé.</p>

Promotion du régime d'examen des plaintes

La LSSSS a confié aux commissaires le mandat de diffuser de l'information sur les droits et les obligations des usagers, en plus d'assurer la promotion du régime d'examen des plaintes et de l'indépendance de leur rôle. Une section du site Internet du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue est consacrée au régime d'examen des plaintes et aux droits des usagers. De plus, l'établissement, en collaboration avec le bureau de la commissaire aux plaintes, publie des informations sur le régime d'examen des plaintes sur la page Facebook de l'établissement.

Voici quelques exemples d'activités de promotion réalisées par l'équipe en 2021-2022 :

- Réalisation d'une capsule vidéo sur le droit de porter plainte (en collaboration avec le CUCI et le CAAP-AT) et diffusion à la télévision régionale, à la radio, sur le Web et dans certains cinémas en juin 2021 et en novembre 2021;
- Conférence de presse pour le lancement public du Guide sur les droits et les obligations des usagers du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue;
- Présentation sur la bientraitance à l'ensemble des gestionnaires de RPA de la région;
- Rencontres et discussions réalisées sur la confidentialité avec les employés d'un CHSLD et sur la bientraitance avec les employés et les résidents d'un milieu de vie;
- Présentation du régime d'examen des plaintes à plusieurs équipes et gestionnaires de divers programmes (par Teams).

Le Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services est public et accessible sur le site Internet de l'établissement. Ce rapport présente le détail des dossiers traités dans le cadre du régime d'examen des plaintes.

Ordres professionnels

Les différents rapports d'inspection et plans d'action des directions qui font suite aux recommandations des ordres professionnels sont compilés dans un tableau mis à jour continuellement et présenté au CVQ. En 2021-2022, il n'y a pas eu de visite d'inspection professionnelle dans l'établissement.

Le CVQ est par contre informé que l'établissement s'est donné un mode de fonctionnement particulier concernant les dossiers de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ). En effet, la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique sera responsable de la vigie des suivis accordés aux différents dossiers en cours et à venir.

Recommandations des instances internes

Pour l'année 2021-2022, les bilans des activités du comité des usagers du centre intégré (CUCI) et du comité de gestion des risques nous ont été déposés. Ils exposent la composition, le mandat, le bilan des activités et leurs faits saillants, les recommandations émises et leurs perspectives d'action pour la prochaine année. Les actions posées par l'établissement suite aux recommandations sont satisfaisantes ainsi que les dossiers en cours présentement.

Le conseil multidisciplinaire (CM) a présenté son rapport annuel 2019-2021. Exceptionnellement, le rapport s'étale sur deux années en raison de la pandémie. Ce rapport comporte notamment le mandat général du conseil, les mandats ou objectifs spécifiques, le bilan des activités, la

présentation des différents dossiers, les résultats obtenus en regard aux objectifs fixés, les perspectives d'action pour la prochaine année et les recommandations générales.

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

En 2021-2022, en raison de la pandémie de COVID-19, la majorité des visites ministérielles de la qualité ont été annulées par le ministère de la Santé et des Services sociaux sauf pour celle qui fût réalisée le 7 octobre 2021 pour le CHSLD de Rouyn-Noranda. Le 18 mars 2022, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a reçu le rapport de visite. Suivant les recommandations émises dans le rapport de visite, qui seront présentées à la rencontre d'avril 2022, le comité de vigilance assurera la vigie sur la mise en place des diverses recommandations. Les suivis requis ont été effectués concernant les autres plans d'amélioration en cours de réalisation.

Mesures de contrôle et mesures alternatives

Les quatre rapports annuels 2020-2021 sur l'utilisation du programme d'encadrement intensif, sur les mesures de contrôle (isolement et contention), sur l'utilisation de la mesure d'empêchement à la fugue et sur l'utilisation de la mesure de la fugue et l'évasion pour la jeunesse ont été présentés et on constate une hausse dans l'utilisation des mesures d'isolement, mais une diminution du nombre de fugues. La Direction du programme jeunesse participe aux travaux provinciaux et une tendance se dessine sur la hausse des problèmes de santé mentale chez les jeunes. Il faut faire preuve d'adaptation autant pour les jeunes que pour les employés. Des alternatives à l'utilisation des mesures d'isolement sont tentées. Par exemple, l'achat de matériel spécialisé (pouf bean bag), couverture lourde, etc.). Ces alternatives empêchent l'utilisation des mesures d'isolement.

Le contexte pandémique a joué définitivement en faveur de la réduction des fugues. Des modifications des programmations pour les jeunes ont été réalisées. L'acquisition de matériel technologique a eu un résultat positif chez les jeunes. Le comité de vigilance s'est montré satisfait des mesures en place et du bilan présenté.

Autres dossiers

Le comité a été informé de grands dossiers impliquant la qualité et la sécurité des services et a assuré une vigie de ces dossiers :

- La pandémie et la campagne de vaccination contre la COVID-19 pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue;
- Une vigie a été assurée sur le dossier de la pénurie de main-d'œuvre dans les diverses directions de l'établissement ainsi que sur les plans de délestage de services dans certains secteurs ou dans certaines activités;
- L'accès au dossier de l'utilisateur;
- Le bilan des listes d'attente à l'implantation du CRDS;
- Le bilan en éthique et déontologie de la recherche;
- Le portrait des mises sous garde en établissement pour l'ensemble de la région;
- Le portrait de situation de la santé mammaire en Abitibi-Témiscamingue;
- Le portrait des mesures de contrôle dans l'établissement et les objectifs pour l'année en cours;
- La mise en place des nouvelles lignes directrices en matière de déclaration d'accidents/incidents en place depuis avril 2021;

- Le portrait et les faits saillants des activités en gestion des risques de la dernière année ainsi qu'un suivi sur la prévention et le contrôle des infections (PCI) et le bilan de l'année sur les mesures de contrôle et d'isolement;
- Les aspects en lien avec la qualité et la sécurité des soins et services en ressources intermédiaires (RI) et en résidences pour personnes âgées (RPA);
- Le suivi des délais d'attente en polysomnographie;
- L'implantation d'usagers partenaires actifs dans le déploiement des soins et des services;
- La réalité de la clientèle autochtone;
- Le suivi du dossier ophtalmologie (délais, recrutement, etc.);
- Le plan de contingence et la réorganisation des travaux en soins infirmiers;
- Le suivi des visites de vigie dans les résidences privées pour aînés et ressources intermédiaires en lien avec la pandémie de COVID-19;
- Le suivi des recours collectifs de l'établissement, notamment en CHSLD et en jeunesse;
- La liste d'attente des médecins spécialistes;
- Certaines situations demandant une attention particulière de la part du comité.

De plus, le comité de vigilance avait été mis au courant d'une enquête réalisée par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue en lien avec la qualité des services et la sécurité des usagers dans une résidence privée pour aînés en 2021-2022. En cours d'année, le plan d'action de cette ressource démontre des améliorations notables face à la qualité et la sécurité des services.

Concernant les suivis des deux enquêtes administratives qui étaient en cours, celles-ci ont été transférées à la Direction du programme SAPA. Les plans d'action sont bien avancés et les ressources sont en mode « action ». Il y a encore beaucoup de travail à faire pour la mise en place du contrôle qualité pour le SAPA. Par contre, la direction a développé sa collaboration avec les RI. Ils doivent maintenant s'assurer de la pérennité des actions mises en place et doivent demeurer les gardiens de cette vigie durant leurs rencontres statutaires avec les ressources.

Afin de s'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés, la Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD), la Direction des services professionnels, de l'enseignement universitaire et de la pertinence clinique (DSPEUPC), la Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP), la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), la Direction des programmes jeunesse (DPJeu) et divers dossiers de la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQÉPÉ), la Direction des soins infirmiers (DSI), la Direction des services multidisciplinaires (DSM) ont présenté divers dossiers en matière d'amélioration continue, d'accessibilité, d'enjeux qualité et de suivis de plan d'action en cours.

5.4 MISES SOUS GARDE DANS L'ÉTABLISSEMENT SELON LA MISSION

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

Tableau 22 : Portrait des mises sous garde

Mise sous garde	Mission CH	Mission CHSLD	Mission CLSC	Autre mission	Total établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	267				267
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	66
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	59	()	()	()	59
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	49
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	40*	0	()	()	40

*Suite au dépôt des demandes, l'établissement s'est désisté pour quatre demandes et le tribunal a rejeté cinq demandes, résultat à 40 gardes obtenues.

() : Nombre trop petit pour permettre la publication.

5.5 INFORMATION ET CONSULTATION DE LA POPULATION

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

Principaux moyens utilisés pour informer la population :

- **Le site Web** : Toutes les informations pertinentes et les publications sont disponibles en tout temps au www.cisss-at.gouv.qc.ca;
- **Publications sur la page Facebook du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue** : La totalité des annonces importantes ainsi que les actualités de l'organisation sont maintenant diffusées sous forme de publication Facebook. De plus, soulignons que la page Facebook de l'organisation

- compte près de 18 000 abonnés. En moyenne 150 personnes différentes utilisent cette plateforme chaque mois pour adresser leurs questions. Ainsi, 1 250 personnes différentes ont écrit pour adresser des questions, ce qui représente plus de 2 500 questions;
- **Infolettre** : L'organisation informe de façon hebdomadaire la population concernant les diverses actualités, la situation épidémiologique ainsi que la démarche d'efficience régionale et autres actions déployées pour faire face à l'enjeu de main-d'œuvre qui affecte actuellement la capacité de l'organisation à offrir les services à la population. L'infolettre du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue compte 530 abonnés et est aussi accessible via le site Internet de l'organisation;
 - **Les communiqués de presse** : Les nouvelles de l'organisation sont communiquées à 300 partenaires. Les communiqués de presse sont disponibles sur le site Web et sont publiés sur la page Facebook de l'organisation;
 - **Les points de presse virtuels** : Ces activités sont planifiées de façon hebdomadaire ou bimensuelle pour dresser un bilan épidémiologique ainsi que pour transmettre des renseignements concernant la vaccination. Des points de presse virtuels sont également planifiés afin de partager de l'information auprès des représentants des médias et de la population;
 - **Le courriel 08_cierrat_communications@ssss.gouv.qc.ca** : Les médias et la population adressent près de 200 questions mensuellement par l'entremise de cette adresse. Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue répond avec transparence aux demandes d'information et d'entrevues des médias, lui permettant de bien communiquer avec la population.

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

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

06.

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



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

Le tableau 23 décrit les mesures appliquées dans le cadre de la politique portant sur les soins de fin de vie.

Tableau 23 : Application de la politique portant sur les soins de fin de vie

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	1 233
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	68
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide Médicale à mourir formulées	73
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	72
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : <i>Une demande non réalisée suite au décès plus rapide de l'utilisateur</i>	1

Note :

Le nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie demeure stable par rapport à l'année précédente. Cependant, il est observé que le nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées se sont accrues en 2021-2022 par rapport à l'an dernier (68 vs 56). Il en est de même pour le nombre de demandes formulées qui a doublé par rapport à l'année financière précédente.

07.

RESSOURCES HUMAINES



07. RESSOURCES HUMAINES

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

Tableau 24: Répartition de l'effectif en 2021 par catégorie de personnel¹

	Nombre d'emplois au 31 mars 2021			Nombre d'ETC en 2020-2021		
	2021	2021 COVID	2021 Total	2021	2021 COVID	2021 Total
1. Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	1 484	87	1 571	1 154	24	1 177
2. Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	1 702	212	1 914	1 247	120	1 367
3. Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	806	93	899	675	23	698
4. Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	1 473	63	1 536	1 236	23	1 258
5. Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales	29	3	32	24	-	24
6. Personnel d'encadrement	250	1	251	238	1	238
7. Personnel embauché temporairement par arrêté ministériel	-	35	35	-	1	1
Total	5 744	494	6 238	4 572	190	4 762

Note :

Il s'agit du nombre d'emplois occupés dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant au moins une heure, rémunérée ou non, dans les trois mois suivants la fin de l'année financière. Les personnes qui, au 31 mars, occupent un emploi dans plus d'un établissement sont comptabilisées pour chacun de ces emplois.

L'équivalent temps complet (ETC) permet d'estimer le nombre de personnes qui aurait été nécessaire pour effectuer la même charge de travail, à l'exclusion des heures supplémentaires payées, si tous avaient travaillé à temps complet. C'est le rapport entre le nombre d'heures rémunérées, ce qui inclut les jours de vacances, les jours fériés et autres congés rémunérés, ainsi que les heures supplémentaires prises en congé compensé, et le nombre d'heures du poste pour une année, lequel tient compte du nombre de jours ouvrables dans l'année.

Le personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales regroupe les pharmaciens, les biochimistes cliniques, les physiciens médicaux, les sages-femmes et les étudiants.

¹ Source : MSSS, 31 mars 2022.

Tableau 25 : Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

11045226 - CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	Comparaison sur 364 jours pour 2021-2022		
	2021-03-28 au 2022-03-26		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
1 – Personnel d'encadrement	445 031	12 655	457 686
2 – Personnel professionnel	1 453 148	19 858	1 473 006
3 – Personnel infirmier	2 175 580	162 771	2 338 351
4 – Personnel de bureau, technicien et assimilé	4 052 408	153 166	4 205 573
5 – Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 001 489	26 095	1 027 584
6 – Étudiants et stagiaires	13 338	379	13 717
Total 2021-2022	9 140 993	374 925	9 515 918
Total 2020-2021			9 152 103

Cible 2021-2022	9 515 918
Écart	0
Écart en %	0,0 %

Atteintes des cibles du MSSS

Au niveau du contrôle des effectifs, conformément à la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs, l'établissement atteint la cible définie de 9 515 918 heures.

08.

RESSOURCES FINANCIÈRES



8. RESSOURCES FINANCIÈRES

8.1 UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

Cette section présente un bilan des dépenses de chacun des programmes-service, de même qu'en lien avec les frais administratifs en date du 31 mars 2022.

Tableau 26 : Dépenses par programmes-services

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent		Variations des dépenses	
	Dépense	%	Dépense	%	\$	%
Programme-service						
Santé publique	34 481 876	3,7%	19 599 830	2,6%	14 882 046	43,2%
Services généraux - activités cliniques et d'aide	35 266 328	3,8%	29 925 802	3,9%	5 340 526	15,1%
Hébergement	136 343 410	14,7%	101 878 408	13,3%	34 465 002	25,3%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	176 246 164	19,0%	132 979 952	17,4%	43 266 212	24,5%
Déficience physique	25 242 677	2,7%	22 569 277	2,9%	2 673 400	10,6%
Déficience intellectuelle et TSA	38 554 780	4,2%	32 921 738	4,3%	5 633 042	14,6%
Jeunes en difficulté	64 266 196	6,9%	61 456 229	8,0%	2 809 967	4,4%
Dépendances	7 029 226	0,8%	5 108 940	0,7%	1 920 286	27,3%
Santé mentale	37 508 194	4,0%	32 370 758	4,2%	5 137 436	13,7%
Santé physique	228 863 881	24,7%	199 293 913	26,0%	29 569 968	12,9%
Administration						
Administration	49 405 554	5,3%	41 229 857	5,4%	8 175 697	16,5%
Soutien aux services	48 599 015	5,2%	43 102 968	5,6%	5 496 047	11,3%
Gestion des bâtiments et des équipements	46 309 443	5,0%	43 556 896	5,7%	2 752 547	5,9%
Total	928 116 744	100 %	765 994 568	100 %	162 122 176	18%

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

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

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

8.2 L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

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

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2022, l'établissement a réalisé un déficit de 15 783 393\$ au fonds d'exploitation et un surplus de 91 761 702\$ au fonds d'immobilisation. Le total des deux fonds n'étant pas négatif, l'établissement respecte la loi sur l'équilibre budgétaire.

8.3 LES CONTRATS DE SERVICES

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

Tableau 27 : Contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus

Contrat	Nombre	Valeur (\$)
Contrats de services avec une personne physique	0	0 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique	27	21 378 216\$
Total des contrats de services	27	21 378 216\$

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

Tableau 28 : Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers				
Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors qu'il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.	2011-2012	0500 Réserve	La Société québécoise des infrastructures a transféré à l'Établissement les actifs et les passifs liés au parc immobilier utilisé pour la prestation de services en santé et en services sociaux. Il n'y a donc plus de location-acquisition.	0600 Régulé

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022
Le CISSS a encouru un excédent des charges sur les revenus alors que son avoir propre est négatif. Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire.	2017-2018	0510 Observation	Aucune, le CISSSAT a encouru un excédent des charges sur les revenus du Fonds d'exploitation encore en 2021-2022	0600 Régulé
L'établissement a obtenu une subvention en lien avec les charges, déduction faite des économies, engendrées par la pandémie de COVID-19. Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir les éléments probants suffisants et adéquats en ce qui concerne les économies prises en compte.	2020-2021	0500 Réserve	Aucune, une réserve au rapport de l'auditeur est toujours prévue à cet effet en 2021-2022	0620 Non réglé
L'établissement n'a pas comptabilisé la provision salariale en lien avec les offres du gouvernement pour le renouvellement des conventions collectives des employés de l'État. Par conséquent, les autres crédettes et autres charges à payer au 31 mars 2021 et les salaires, avantages sociaux et charges sociales pour l'exercice terminé à cette date sont sous-évalués d'un montant estimatif de 17 633 098 \$.	2020-2021	0500 Réserve	L'établissement a comptabilisé la dépenses salariale en lien avec ces offres en 2021-2022, à la suite d'une décision du ministère de la Santé et des Services sociaux, alors qu'elle aurait dû être inscrite en 2020-2021	0620 Non réglé
En lien avec les indexations salariales et les montants forfaitaires non récurrents ayant un effet rétroactif annoncés en avril 2021, l'Établissement a comptabilisé des subventions à recevoir alors que les crédits n'ont pas été autorisés au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2022 par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public. Par conséquent, les débiteurs – MSSS au 31 mars 2022 et les revenus subventions MSSS pour l'exercice terminé à cette date sont sur-évalués d'un montant estimatif de 5 446 804\$.	2021-2022	0500 Réserve	L'Établissement a comptabilisé une subvention à recevoir puisque les crédits seront votés lors du prochain exercice	0620 Non réglé
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées				
Les informations comparatives de la section de consolidation des pages 600 n'ont pas été présentées	2012-2013	0520 Commentaire	Aucune, car présentation du AS-471 selon la demande du MSSS	0620 Non réglé
Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors qu'il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition	2012-2013	0520 Commentaire	La Société québécoise des infrastructures a transféré à l'Établissement les actifs et les passifs liés au parc immobilier utilisé pour la prestation de services en santé et en services sociaux. Il n'y a donc plus de location-acquisition.	0620 Non réglé

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022
Le CISSSAT a encouru un excédent des charges sur les revenus alors que son avoir propre est négatif. Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire	2017-2018	0510 Observation	Aucune, le CISSSAT a encouru un excédent des charges sur les revenus du fonds d'exploitation encore en 2021-2022	0600 Régulé
L'établissement a obtenu une subvention en lien avec les charges, déduction faite des économies, engendrées par la pandémie de COVID-19. Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir les éléments probants suffisants et adéquats en ce qui concerne les économies prises en compte.	2020-2021	0520 Commentaire	Aucune, une réserve au rapport est toujours prévu à cet effet en 2021-2022	0620 Non réglé
L'établissement n'a pas comptabilisé la provision salariale en lien avec les offres du gouvernement pour le renouvellement des conventions collectives des employés de l'État. Par conséquent, les autres crédettes et autres charges à payer au 31 mars 2021 et les salaires, avantages sociaux et charges sociales pour l'exercice terminé à cette date sont sous-évalués d'un montant estimatif de 17 633 098 \$.	2020-2021	0520 Commentaire	L'établissement a comptabilisé la dépenses salariale en lien avec ces offres en 2021-2022, à la suite d'une décision du ministère de la Santé et des Services sociaux, alors qu'elle aurait dû être inscrite en 2020-2021	0620 Non réglé
En lien avec les indexations salariales et les montants forfaitaires non récurrents ayant un effet rétroactif annoncés en avril 2021, l'Établissement a comptabilisé des subventions à recevoir alors que les crédits n'ont pas été autorisés au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2022 par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public. Par conséquent, les débiteurs – MSSS au 31 mars 2022 et les revenus subventions MSSS pour l'exercice terminé à cette date sont sur-évalués d'un montant estimatif de 5 446 804 \$.	2021-2022	0520 Commentaire	L'Établissement a comptabilisé une subvention à recevoir puisque les crédits seront votés lors du prochain exercice	0620 Non réglé
Certaines informations relatives à des obligations contractuelles s'élevant au montant de 2 627 674 \$ n'ont pu être vérifiées. Ces obligations contractuelles n'ont aucun impact sur l'état des résultats et sur l'état de la situation financière de l'établissement.	2020-2021	0520 Commentaire	Aucune, ces obligations contractuelles n'ont aucun impact sur l'état des résultats sur l'état de la situation financière de l'établissement.	0600 Régulé

09.

LA DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES ET LOGISTIQUE (DSTL)



9. LA DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES ET LOGISTIQUE

La Direction des services techniques et logistique (DSTL) a augmenté sa participation à de nombreuses tables de travail locales et provinciales pour bien positionner la direction afin d'être en mesure de répondre adéquatement aux diverses demandes qui sont acheminées. Par ailleurs, elle a complété et mit de l'avant plusieurs projets de petites et moyennes envergures ainsi que plusieurs projets majeurs permettant une meilleure desserte de services pour la population de la région de l'Abitibi-Témiscamingue. De façon synthétisée, le tableau 29 expose les faits saillants, alors que le tableau 30 décrit les projets majeurs réalisés au cours de l'année 2021-2022.

Tableau 29 : Faits saillants de la DSTL

Fait saillant	Nombre de projets / demandes	Montant (\$)
Rénovation fonctionnelle	20 projets	4,8 M \$
Maintien des actifs	71 projets	7,1 M \$
Achats d'équipements médicaux	N/A	8 M \$
Achat d'équipements non médicaux	N/A	2,4 M \$
Demandes faites via Octopus (GBM)	4 734 demandes	N/A
Demandes faites via le logiciel Guide TI	30 499 demandes	N/A

Tableau 30 : Projets majeurs déployés par la DSTL

Nom du projet	Valeur budgétaire du projet (\$)
Centre de services ambulatoires (CSA) de Rouyn-Noranda	3,4 M \$
PFT agrandissement de l'Hôpital de Ville-Marie	37 M \$
Centre de radio-oncologie régional de Rouyn-Noranda	48 M \$
Maison des aînés et alternative de Rouyn-Noranda	29,7 M \$
Maison des aînés et alternative de Val-d'Or	32 M \$
Groupe de médecine familiale universitaire de Val-d'Or	10,2 M \$
Centralisation des cuisines à Rouyn-Noranda	5,2 M \$
Total	165,5 M \$

10.

LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES



10. LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Du point de vue des technologies, les efforts et les ressources ont été dirigés vers la nécessité de fournir et moderniser diverses activités au moyen des technologies de l'information et de soutenir les utilisateurs.

Au cours de l'année 2021-2022, la Direction des ressources informationnelles (DRI) a travaillé sur 71 projets gravitant autour de trois objectifs exposés ici-bas :

Accroître la sécurité et renforcer les activités de sensibilisation aux cyberattaques :

- Assurer la sécurité des actifs informationnels;
- Rehausser l'antivirus;
- Mettre en place des activités de sensibilisation envers la cybersécurité;
- Assurer la sécurité Microsoft et correctifs de rapports;
- Améliorer les systèmes de caméras régionales;
- Mise à jour du système de sauvegarde.

Contribuer à améliorer et maintenir les activités essentielles, la gestion et la qualité des informations recueillies :

- Implanter et gérer un bottin unique Libre-service;
- Déployer la solution Power BI;
- Implanter l'orchestrateur HUB dans les GMF;
- Consolider la VoIP régionale;
- Poursuivre le Plan de transition local – pré-DSN;
- Implanter le Dossier médical électronique (DMÉ) en CLSC et GMF publics;
- Soutenir l'implantation d'une solution informatique pour la gestion des personnes ayant des besoins de niveau soins alternatifs (NSA);
- Débuter le projet Aire ouverte;
- Accompagner le déploiement du Guichet d'accès pertinence (GAP);
- Collaborer au projet Sage-femme en Abitibi-Témiscamingue;
- Soutenir le projet de déploiement d'une solution mobile pour le soutien à domicile AD360;
- Finaliser le volet technologique du projet Centre de radio-oncologie.

Renforcer et moderniser les infrastructures technologiques :

- Maintenir les actifs informationnels;
- Assurer le suivi du déploiement du réseau Wi-Fi usagers en établissement;
- Effectuer divers rehaussements : infrastructures des télécommunications, serveurs, hyperconvergences, câblages au laboratoire, UPS, et divers logiciels : Med-Urge, Médi-Rad, PACS;
- Refonte des salles de serveurs;
- Poursuivre les travaux de migration vers l'infonuagique;
- Continuer les travaux vers la transformation numérique.

La DRI mise sur une gestion permettant de s'adapter à chacune des situations pour être en mesure de réagir rapidement lors de changements.

D'ailleurs, pour 2022-2023, plusieurs projets sont déjà sur la planche à dessin, notamment :

- Systèmes de pharmacie en mode web;
- SIL unique provincial (optilab);
- Soutien prestation santé mentale;
- Uniformisation du parc d'impression;
- Remplacement des équipements de visioconférence désuets;
- SI-GRH;
- SI-GFA;
- PP-Agent intégration;
- Télésoins à domicile;
- Reconnaissance vocale en imagerie médicale et médecine nucléaire;
- Travaux de la transformation numérique;
- Travaux de la migration vers l'infonuagique;
- Service de fax / courrier électronique;
- Power Automate;
- Soutien technologique aux projets de Maisons des aînés et alternatives et de la Maison des aînés de Palmarolle;
- Refonte du portail web informatique;
- Communication unifiée-espaces collaboratifs.

De par le souhait du ministère d'offrir aux citoyens un système de santé et de services sociaux plus humain et performant, transformé par le numérique, un premier exercice du Plan de modernisation technologique (PMT) 2022-2025 a été amorcé, ce qui a permis de recenser les projets pouvant répondre à cette mission et consigner des indicateurs et cibles à atteindre. Le PMT sera davantage présenté au rapport annuel de gestion de 2022-2023.

Les opérations et service à la clientèle

Les opérations sont au cœur du quotidien de la DRI. En plus des projets durant la dernière année, on compte 17 340 demandes de services répondues et 15 751 incidents traités par l'équipe dédiée aux technologies de l'information (TI). Ainsi, les trois figures suivantes exposent des données concernant la gestion des demandes de services et des incidents et un portrait des catégories qui ont requis un suivi de la part de la DRI. Il est à noter que les requêtes escaladées sont des demandes qui ne peuvent pas être prises en charge par le centre d'appels.

Figure 1 : Gestion des demandes de services 2021-2022

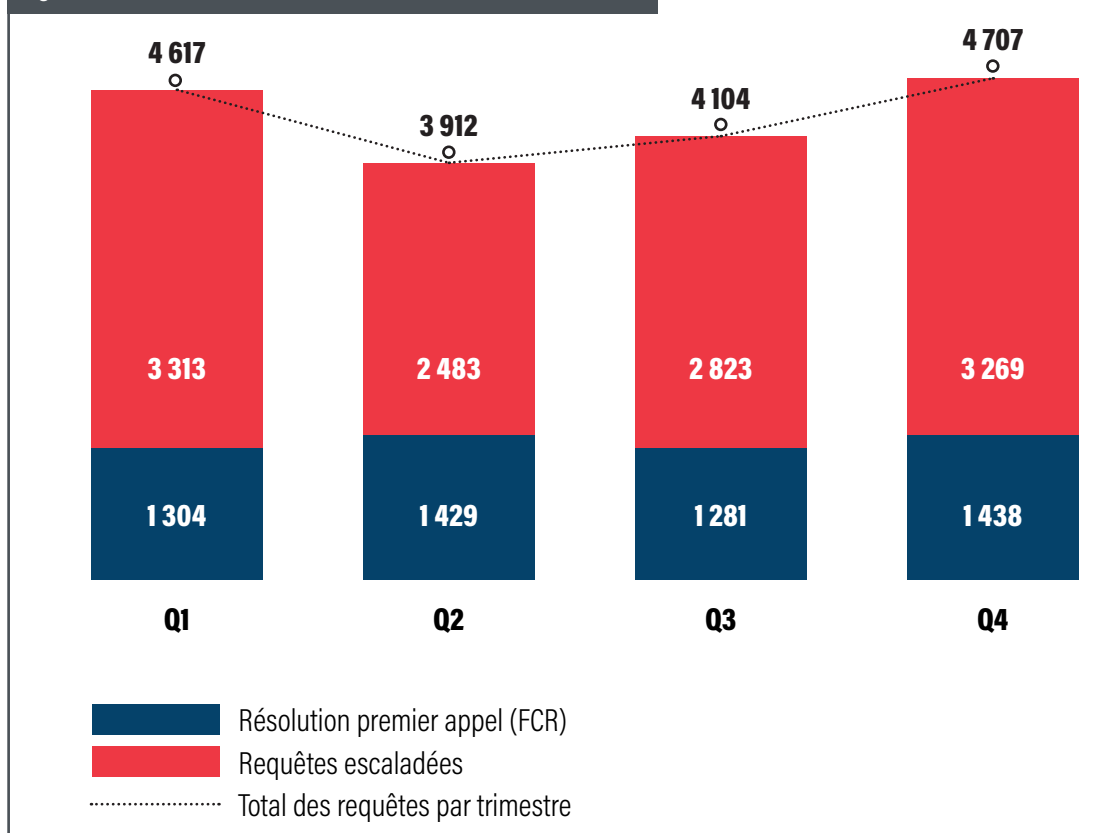


Figure 2 : Gestion des incidents

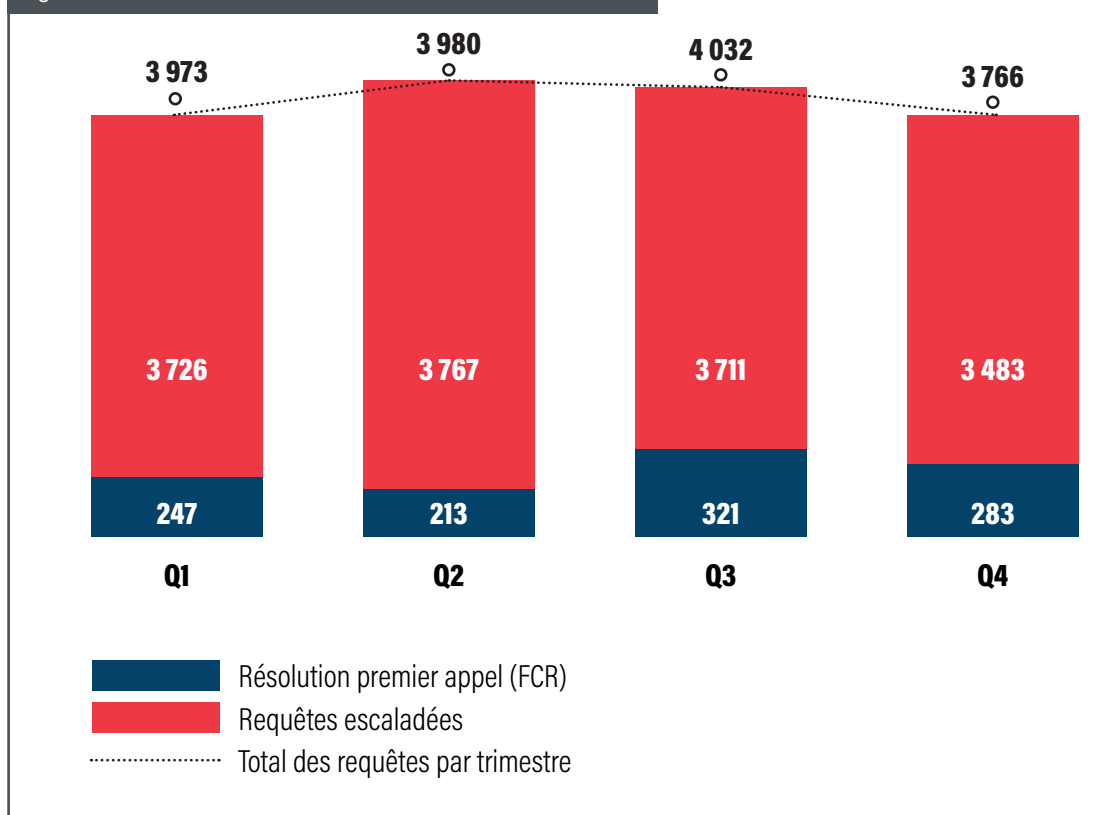
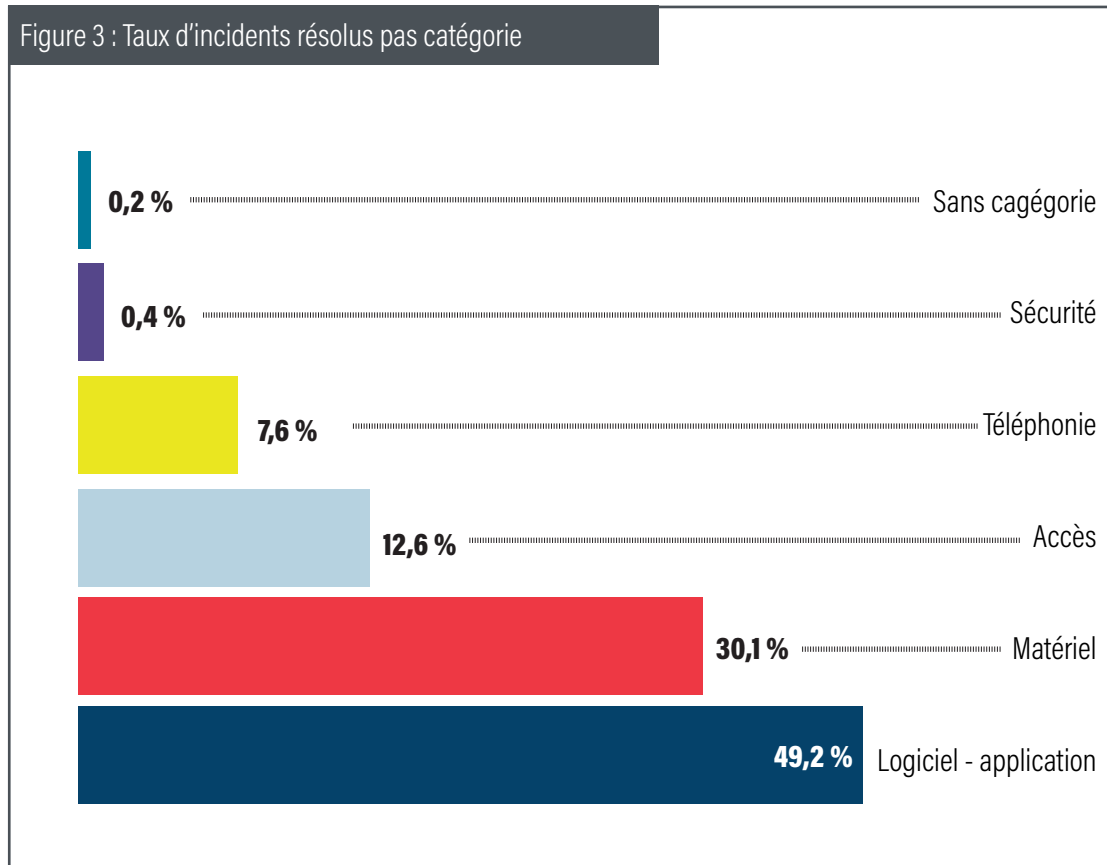


Figure 3 : Taux d'incidents résolus pas catégorie



Environnement technologique

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

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

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

11.

LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES



11. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

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

Les citoyens et employés peuvent, à l'aide du formulaire prévu à la politique, divulguer un acte répréhensible. Le formulaire est alors acheminé à la responsable de la politique pour l'établissement, pour analyse et recommandation. Pour l'année 2020-2021, aucun élément de divulgation n'a été acheminé à l'un ou l'autre des responsables. En mars dernier, une présentation a été faite aux gestionnaires de l'établissement pour les sensibiliser à ce qu'on considère un acte répréhensible.

12.

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES



12. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), octroie une subvention à 145 organismes communautaires en 2021-2022. De ce nombre, 120 organismes œuvrant principalement en santé et services sociaux sont financés en soutien à leur mission globale représentant un total de 21 440 411 \$. L'enveloppe PSOC est rehaussée d'un montant de 604 758 \$ par rapport à 2020-2021 à laquelle il faut ajouter l'indexation de 1,6 %.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a également investi un total de 2 895 738 \$ afin de convenir d'ententes liées à la réalisation d'activités spécifiques, pour la réalisation de projets ponctuels et pour des aides ponctuelles d'urgence.

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

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

Tableau 31 : Attribution des fonds au PSOC

Nom organisme	Mission globale		Activité spécifique	
	2021-2022	2020-2021	2021-2022	2020-2021
Accès logis				
Résidences Témiscaming			13 517 \$	13 304 \$
Table concertation pers. âgées du Témiscaming			22 120 \$	21 772 \$
Total Accès logis	0 \$	0 \$	35 637 \$	35 076 \$
Agressions à caractère sexuel (CALACS)				
CALACS L'Étoile du nord	388 945 \$	382 820 \$		
CALACS Témiscamingue	218 771 \$	215 326 \$		
CALACS-ABITIBI (Centre aide/lutte agression sexuelle)	263 913 \$	259 757 \$		1 500 \$
CAPACS A-O (Centre aide/lutte agression sexuelle)	263 491 \$	259 342 \$		1 500 \$
Point d'appui	389 723 \$	383 585 \$		1 000 \$
Total Agressions à caractère sexuel (CALACS)	1 524 843 \$	1 500 830 \$	0 \$	4 000 \$
Autres ressources jeunesse				
Association des grands frères et grandes sœurs de l'Abitibi-Ouest	70 929 \$	64 615 \$		
Association des grands frères et grandes sœurs de Rouyn-Noranda	70 902 \$	64 587 \$		410 \$
Espace Abitibi-Est	357 060 \$	351 437 \$	1 053 \$	68 950 \$

Nom organisme	Mission globale		Activité spécifique	
	2021-2022	2020-2021	2021-2022	2020-2021
L'Interlocal de jeunes MRC Rouyn-Noranda	100 033 \$	89 365 \$		
Mobilisation Espoir Jeunesse	93 962 \$	82 991 \$		
Projet Jeunesse St-Michel	79 010 \$	72 844 \$		
Total Autres ressources jeunesse	771 896 \$	725 839 \$	1 053 \$	69 360 \$
Autres ressources femmes				
Au sein des femmes	64 204 \$	57 549 \$	1 728 \$	
Les Marginales	50 918 \$	37 800 \$		
Total Autres ressources femmes	115 122 \$	95 349 \$	1 728 \$	0 \$
Centre d'action bénévole				
Centre bénévolat de Rouyn-Noranda	155 318 \$	152 872 \$		
Centre bénévolat de Val-d'Or	123 123 \$	117 204 \$	1 550 \$	
Centre bénévolat du Lac Témiscamingue	91 193 \$	82 954 \$		
Centre d'action bénévole L'amicale	87 639 \$	82 111 \$		
Total Centre d'action bénévole	457 273 \$	435 141 \$	1 500 \$	0 \$
Centres de femmes				
Centre de femmes l'Érige	228 972 \$	220 445 \$	235 \$	
Centre Entre-femmes	229 174 \$	220 644 \$	2 805 \$	1 000 \$
Comité de la condition féminine au Témiscamingue	229 112 \$	220 583 \$		1 165 \$
Femmes Ressources	100 031 \$	89 363 \$		1 279 \$
Total Centres de femmes	787 289 \$	751 035 \$	3 040 \$	3 444 \$
Concertation régionale				
CROC-AT	131 611 \$	121 086 \$	7 790 \$	1 200 \$
Corporation de développement communautaire d'Amos			22 538 \$	22 183 \$
Corporation de développement communautaire du Témiscamingue			22 539 \$	22 184 \$
Regroupement des organismes communautaires Abitibi-Ouest			22 886 \$	22 526 \$
Regroupement des organismes communautaires Rouyn-Noranda			22 983 \$	22 621 \$
Regroupement des organismes communautaires Vallée-de-l'Or			22 539 \$	22 184 \$
Total Concertation régionale	131 611 \$	121 086 \$	121 275 \$	112 898 \$
Dépendances et hébergement d'urgence				
Accueil d'Amos	252 947 \$	245 141 \$	50 000 \$	53 474 \$
Groupe IMAGE de l'A-T (Centre Gérard-Brisson)	133 618 \$	131 514 \$	2 000 \$	5 474 \$
Maison du compagnon de La Sarre	296 719 \$	279 381 \$	2 393 \$	5 474 \$
Maison du soleil levant de Rouyn-Noranda	284 839 \$	270 412 \$	2 000 \$	5 474 \$
Manoir du chemin pour la sobriété	109 893 \$	99 718 \$	1 900 \$	
Piaule de Val-d'Or	404 397 \$	392 934 \$	2 000 \$	2 470 \$
Unité Domrémy de Val-d'Or	149 541 \$	141 343 \$	2 000 \$	2 000 \$
Total Dépendances et hébergement d'urgence	1 631 954 \$	1 560 443 \$	62 293 \$	74 366 \$

Nom organisme	Mission globale		Activité spécifique	
	2021-2022	2020-2021	2021-2022	2020-2021
Famille Y'APP				
Centre amitié autochtone Val-d'Or			2 432 \$	1 000 \$
Centre entraide amitié autochtone Senneterre			0 \$	1 450 \$
Maison famille d'Amos			2 432 \$	2 661 \$
Maison des familles d'Abitibi-Ouest			2 432 \$	2 661 \$
Maison famille de Malartic			2 432 \$	2 661 \$
Maison famille de Rouyn-Noranda			2 432 \$	2 661 \$
Maison famille de Senneterre			2 432 \$	2 661 \$
Maison famille Témiscaming			2 432 \$	0 \$
Maison famille de Val-d'Or			2 432 \$	2 661 \$
Maison famille au Vent du Lac			2 432 \$	2 661 \$
Total Famille	0 \$	0 \$	21 888 \$	21 077 \$
Famille- NEGS				
Maison famille d'Amos			23 059 \$	22 696 \$
Maison des familles d'Abitibi-Ouest			24 222 \$	23 841 \$
Maison famille de Malartic			6 158 \$	6 061 \$
Maison famille de Rouyn-Noranda			44 053 \$	43 359 \$
Maison famille de Senneterre			4 792 \$	4 717 \$
Maison famille Témiscaming			8 480 \$	8 346 \$
Maison famille de Val-d'Or			27 267 \$	26 838 \$
Maison famille au Vent du Lac			0 \$	0 \$
Regroupement entraide sociale Témiscamingue			14 894 \$	14 659 \$
Total Famille	0 \$	0 \$	152 925 \$	150 517 \$
Famille-Périnatalité				
Maison famille d'Amos			29 500 \$	
Maison des familles d'Abitibi-Ouest			29 500 \$	
Maison famille de Malartic			29 500 \$	
Maison famille de Rouyn-Noranda			29 500 \$	
Maison famille de Senneterre			29 500 \$	
Maison famille Témiscaming			29 500 \$	
Maison famille de Val-d'Or			29 500 \$	
Maison au Vent du Lac			29 500 \$	
Total Famille	0 \$	0 \$	236 000 \$	0 \$
Hommes en difficultés				
Groupe IMAGE de l'A-T (Centre Gérard-Brisson)	337 427 \$	332 113 \$	27 923 \$	
S.A.T.A.S. (Serv. aide trait. appr. soc.)	428 907 \$	312 545 \$	25 510 \$	25 108 \$
Total Hommes en difficultés	766 334 \$	644 658 \$	53 433 \$	25 108 \$
Justice alternative				
Liaison Justice	622 165 \$	612 367 \$		
Total Justice alternative	622 165 \$	612 367 \$	0 \$	0 \$

Nom organisme	Mission globale		Activité spécifique	
	2021-2022	2020-2021	2021-2022	2020-2021
Maintien à domicile				
Association des aidants naturels de Val-d'Or	61 107 \$	54 295 \$		
Centre d'action bénévole L'amicale	16 341 \$	15 310 \$		
Centre des bénévoles Uni-Joie	21 200 \$	20 472 \$		
Comité "Main dans la main" de La Corne	6 000 \$	5 050 \$		
Comité bénévole "Papillons dorés"	7 699 \$	7 578 \$		
Comité bénévole "Santé et joie"	8 217 \$	8 088 \$	600 \$	
Comité bénévole Landrienne	4 324 \$	4 256 \$		
Comité bénévoles "Les Glaneurs"	4 045 \$	3 981 \$		
Comité des bénévoles des Côteaux	23 067 \$	22 395 \$		
Corp. alliance des générations	14 797 \$	13 877 \$		3 500 \$
Corp. développement communautaire Universeau	81 964 \$	76 354 \$		
Coup de pouce communautaire Malartic	72 182 \$	65 932 \$	900 \$	2 375 \$
Groupe actions bénévoles Abitibi-Ouest	64 000 \$	59 000 \$		
Groupe d'entraide aux aînés	95 144 \$	88 724 \$	5 000 \$	
Indépendance 65 +	52 146 \$	47 667 \$		1 000 \$
Parrainage civique de l'Abitibi-Témiscamingue	48 801 \$	44 775 \$		
Popote roulante d'Amos	22 536 \$	21 848 \$		
Popote roulante de Val-d'Or	18 972 \$	18 177 \$		
Regroupement proches aidants d'Abitibi-Ouest	71 004 \$	64 694 \$		
Regroupement proches aidants de Rouyn-Noranda	77 166 \$	71 029 \$		
Société Alzheimer Rouyn-Noranda/Témiscamingue	127 069 \$	117 665 \$		
Société Alzheimer Val-d'Or	46 242 \$	38 677 \$		
Table concertation personnes âgées du Témiscamingue	103 607 \$	95 172 \$		1 475 \$
Total Maintien à domicile	1 047 629 \$	965 016 \$	6 500 \$	8 350 \$
Maison des jeunes				
Campus Jeunesse	73 152 \$	72 000 \$		
Jeunesse Action Val-d'Or	154 534 \$	146 586 \$		
Liaison 12-18	142 600 \$	134 056 \$		
Maison jeunes "Le Kao" (de Barraute)	71 120 \$	70 000 \$		500 \$
Maison jeunes de La Sarre	143 591 \$	135 096 \$		
Maison jeunes du Témiscamingue	145 728 \$	137 340 \$		
Maison jeunes F.R.A.D.	123 981 \$	114 508 \$		
Refuge jeunesse Malartic	147 630 \$	139 337 \$		
Soupage Maison des jeunes	148 294 \$	140 033 \$		
Total Maison des jeunes	1 150 630 \$	1 088 956 \$	0 \$	500 \$
Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence				
Alternative pour elles	1 231 710 \$	1 018 759 \$		19 000 \$
Maison hébergement Équinoxe	933 545 \$	775 110 \$		18 000 \$
Maison hébergement Le Nid	1 033 870 \$	874 339 \$		18 000 \$

Nom organisme	Mission globale		Activité spécifique	
	2021-2022	2020-2021	2021-2022	2020-2021
Maison hébergement Mikana	1 019 713 \$	849 605 \$		18 818 \$
Total Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence	4 218 838 \$	3 517 813 \$	0 \$	73 818 \$
Orientation et identités sexuelles				
Coalition d'aide aux lesbiennes et aux gais A-T	0 \$	0 \$		
Total Orientation et identités sexuelles	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Personnes démunies - sécurité alimentaire				
Accueil d'Amos	22 886 \$	22 180 \$		
Association place au soleil	109 781 \$	99 599 \$		
Centre bénévolat de Val-d'Or	29 270 \$	27 869 \$		
Centre Bernard-Hamel	101 374 \$	94 856 \$		
Corp. développement communautaire Universeau	11 427 \$	10 645 \$		
Fraternité St-Michel	70 000 \$	66 356 \$		
Maison St-André A-O	89 575 \$	83 243 \$		
Regroupement entraide sociale Témiscaming	95 257 \$	88 836 \$		
Total Personnes démunies - sécurité alimentaire	529 570 \$	493 584 \$	0 \$	0 \$
Personnes handicapées				
Actia	133 105 \$	124 087 \$	2 112 \$	
Aile brisée	135 417 \$	125 852 \$		
Arche Abitibi-Témiscamingue	440 374 \$	433 439 \$	2 099 \$	420 \$
Assoc. parents enfants handicapés Témiscaming	186 950 \$	179 085 \$	2 357 \$	
Assoc. pers. hand. Témiscaming	109 825 \$	99 646 \$		540 \$
Assoc. pers. hand. visuelles de l'Abitibi-Témiscamingue			2 459 \$	2 420 \$
Assoc. pour intégration sociale de Rouyn-Noranda	268 209 \$	249 315 \$		700 \$
Assoc. Qc enf. problèmes auditifs (AQEPA)	25 918 \$	25 510 \$		
Centre de jour Les Intrépides	218 936 \$	210 567 \$		
Centre intégration physique l'Envol	136 654 \$	127 813 \$		1 500 \$
Centre La Mésange	113 487 \$	103 491 \$		413 \$
Club A.C.V. de Rouyn-Noranda	13 524 \$	13 311 \$		
Club amitié des handicapés de l'Abitibi-Ouest	195 205 \$	187 209 \$		
Club handicapés de Val-d'Or	168 429 \$	160 855 \$		
Corp. répit-dépannage Chrystalide	256 930 \$	237 420 \$		
Indépendance 65 +	22 753 \$	18 654 \$		
Parrainage civique de l'Abitibi-Témiscamingue	29 524 \$	27 396 \$		
Personnes hand. Amos région (PHAR)	135 028 \$	126 106 \$	1 599 \$	400 \$
Pilier (ass. traumatisés crâniens)	95 729 \$	88 555 \$		375 \$
Ressource pour pers. hand. A.-T. Nord du Québec	75 041 \$	67 326 \$	560 161 \$	551 339 \$
Société autisme de l'Abitibi-Témiscamingue	200 916 \$	192 013 \$	1 488 \$	400 \$
Vie autonome Abitibi-Témiscamingue	147 825 \$	139 542 \$	5 280 \$	
Total Personnes handicapées	3 109 779 \$	2 937 192 \$	577 555 \$	558 507 \$

Nom organisme	Mission globale		Activité spécifique	
	2021-2022	2020-2021	2021-2022	2020-2021
Santé mentale				
Accueil d'Amos	142 708 \$	133 938 \$	29 923 \$	29 452 \$
Association PANDA Abitibi-Ouest	69 275 \$	58 142 \$		
Besoin d'aide 24/7	325 236 \$	315 680 \$		1 000 \$
Bouée d'espoir	146 224 \$	133 131 \$		1 000 \$
Entretoise du Témiscamingue	178 422 \$	167 241 \$		1 000 \$
Groupe en toute amitié de Senneterre	114 315 \$	99 630 \$		
Groupe Soleil Malartic	191 215 \$	175 117 \$	104 055 \$	102 416 \$
Le Repère 649	204 739 \$	192 159 \$	31 219 \$	30 727 \$
Maison du soleil levant de Rouyn-Noranda	38 351 \$	32 132 \$		1 000 \$
Maison les 4 Saisons Témiscamingue	268 724 \$	245 107 \$	4 454 \$	1 000 \$
Pont de Rouyn-Noranda	255 073 \$	246 622 \$	23 078 \$	22 715 \$
Portail (Le)	149 625 \$	136 702 \$		
Prévention du suicide d'Abitibi-Ouest - Centre	134 248 \$	99 559 \$	5 743 \$	
Prévention du suicide d'Amos - Centre	144 353 \$	131 166 \$	6 343 \$	1 000 \$
Prévention du suicide de Malartic - Centre	75 054 \$	73 872 \$	5 743 \$	1 400 \$
Prévention du suicide de Rouyn-Noranda - Centre	168 622 \$	156 611 \$	3 042 \$	1 000 \$
Prévention du suicide de Senneterre - Centre	114 383 \$	99 702 \$	5 943 \$	1 500 \$
Prévention du suicide de Val-d'Or - Comité	151 796 \$	138 980 \$	6 843 \$	
Prévention du suicide du Témiscamingue - Comité	124 655 \$	110 485 \$	15 598 \$	1 200 \$
RAIDDA-T	209 701 \$	197 043 \$		
Rescousse (La)	146 262 \$	133 170 \$		
Résidence hébergement La Chaumière	241 098 \$	215 973 \$		
Résilient (le)	149 809 \$	136 895 \$		
TCROCASMAT	0 \$	0 \$	31 015 \$	30 527 \$
Trait Union de La Sarre	333 098 \$	312 994 \$	56 963 \$	56 066 \$
Total Santé mentale	4 076 986 \$	3 742 051 \$	329 962 \$	283 003 \$
Santé physique				
Albatros 08	19 466 \$	19 159 \$		
Amis de l'Envol	13 667 \$	13 452 \$		
Arc-en-soi La Sarre	19 263 \$	18 960 \$		
Association de la fibromyalgie de l'Abitibi-Témiscamingue	74 403 \$	68 266 \$		
Association diabète de Rouyn-Noranda	0 \$	0 \$		
Diabète Val-d'Or	19 206 \$	18 904 \$		
Lueur du phare	0 \$	0 \$		
Ressource pour pers. hand. A.-T. Nord-du-Québec	0 \$	0 \$	143 672 \$	141 409 \$
Société sclérose en plaques Abitibi-Témiscamingue	84 723 \$	73 620 \$		
Total Santé physique	230 728 \$	212 361 \$	143 672 \$	141 409 \$

Nom organisme	Mission globale		Activité spécifique	
	2021-2022	2020-2021	2021-2022	2020-2021
Santé publique				
ORDET	135 377 \$	126 472 \$		
Total Santé publique	135 377 \$	126 472 \$	0 \$	0 \$
Santé publique - jeune en milieu rural				
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est			21 722 \$	
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Ouest			33 300 \$	
Interlocal jeunes de Rouyn-Noranda			34 089 \$	
Jeunesse action Val-d'Or			28 829 \$	
Maison jeunes de La Sarre			0 \$	
Maison jeunes du Témiscamingue			18 970 \$	
Mobilisation espoir jeunesse			31 984 \$	
Total - jeune en milieu rural	0 \$	0 \$	168 894 \$	0 \$
Santé publique - prévention dépendance milieu scolaire				
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est			92 199 \$	
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Ouest			65 540 \$	
Carrefour jeunesse emploi du Témiscamingue			64 490 \$	
Centre ressources jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue			89 193 \$	
Mouvement Relève d'Amos			76 610 \$	
Total prévention dépendance milieu scolaire	0 \$	0 \$	388 032 \$	0 \$
Santé publique - Travail de rue				
Arrimage jeunesse			111 406 \$	109 652 \$
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est			111 803 \$	110 042 \$
Carrefour jeunesse emploi du Témiscamingue			103 025 \$	101 403 \$
Groupe IO			60 749 \$	59 792 \$
Mouvement Relève d'Amos			61 263 \$	60 298 \$
Total Travail de rue	0 \$	0 \$	448 246 \$	441 187 \$
Santé publique - Surdose opioïdes				
Arrimage jeunesse			59 691 \$	
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est			11 576 \$	
Carrefour jeunesse emploi du Témiscamingue			22 527 \$	
Groupe IO			20 915 \$	
Mouvement Relève d'Amos			25 291 \$	
Total Surdose opioïdes	0 \$	0 \$	140 000 \$	0 \$
VIH/Sida				
Centre ROSÉS Abitibi-Témiscamingue	132 387 \$	121 269 \$	0 \$	1 500 \$
Total VIH/Sida	132 387 \$	121 269 \$	0 \$	1 500 \$
Total général	21 440 411 \$	19 651 462 \$	3 481 879 \$	2 445 307 \$

ANNEXES



ANNEXE 1

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

PRÉAMBULE

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

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

SECTION 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

Fondement légal

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

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

Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

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

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

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

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

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

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

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

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

Champ d'application

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

Disposition finale

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

Diffusion

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

SECTION 2 - PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

Principes d'éthique

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

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

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

Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans divers lois ou règlements cités dans la section 1. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et pros crit.

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

Disponibilité et compétence

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

Respect et loyauté

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

Impartialité

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

Transparence

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

Discretion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci;
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu;
- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui n'est pas publique, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration;

- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

Relations publiques

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

Charge publique

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

Biens et services de l'établissement

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

Avantages et cadeaux

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

Interventions inappropriées

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

SECTION 3 - CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

SECTION 4 - APPLICATION

Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

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

Comité de gouvernance et d'éthique

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

Élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif;

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

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

Comité d'examen ad hoc

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

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

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

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

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

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

Processus disciplinaire

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

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

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

Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la

personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Notion d'indépendance

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

Obligations en fin du mandat

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

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



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2021-2022
CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (CISSS) DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

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

Québec 