

RAPPORT ANNUEL DE GESTION **2022-2023**



Adopté par le conseil d'administration le 15 juin 2023.

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, agent de planification, programmation et recherche – affaires publiques et relations avec les médias
Geneviève Saindon-L'Écuyer, agente administrative classe 1 - affaires publiques et relations avec les médias
Sylvianne Leclerc, conseillère cadre - BPDG

Conception graphique

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

Photos

Christian Leduc, Cédric Corbeil et Mathieu Dupuis, photographes

ISBN 978-2-550-95161-2 (imprimé)

ISBN 978-2-550-95162-9 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

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

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

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

Liste des tableaux.....	6
Liste des figures	7
Liste des sigles et acronymes	8
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.....	17
3.3 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives.....	18
3.3.1 Conseil d'administration.....	18
3.3.2 Les comités, les conseils et les instances consultatifs	21
3.4 2022-2023 En bref.....	26
3.4.1 Projets d'infrastructure	26
3.4.2 La pénurie de la main-d'œuvre au CISSS	28
3.4.3 Recrutement, attraction et rétention de la main-d'oeuvre	29
3.4.4 Offre de services à la population et organisation des services	30
3.4.5 La démarche de sécurisation culturelle	33
3.4.6 COVID-19	34
3.4.7 Des partenariats qui font la différence	34
04. Résultats au regard du Plan stratégique du MSSS	37
4.1 Orientation 1 : Améliorer l'accès aux professionnels et aux services.....	38
4.2 Orientation 2 : Moderniser le réseau et ses approches.....	47
4.3 Orientation 3 : Prendre soin du personnel du réseau.....	48
4.4 Orientation 4 : Gérer l'évolution de la pandémie de la COVID-19.....	49
05. Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	51
5.1 L'Agrément	52
5.2 La sécurité et qualité des soins et des services	52
5.2.1 Faits saillants - bilan des activités réalisées par le comité de gestion des risques.....	56
5.2.2 Bilan des directions.....	62
5.3 Recommandations des instances externes.....	70
5.3.1 Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	70
5.3.2 Le coroner.....	74

5.3.3	Registre des alertes, avis et rappels	75
5.3.4	Mesures mises en place par l'établissement ou le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) à la suite des recommandations formulées par les instances	75
5.4	Mises sous garde dans l'établissement selon la mission	79
5.5	Information et consultation de la population	80
06.	Application de la politique portant sur les soins de fin de vie.....	83
07.	Ressources humaines	85
08.	Ressources financières	89
8.1	Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme.....	90
8.2	L'équilibre budgétaire	90
8.3	Les contrats de services.....	91
8.4	État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant.....	91
09.	La Direction des services techniques et logistique (DSTL)	93
10.	Les ressources informationnelles	95
11.	La divulgation des actes répréhensibles	101
12.	Les organismes communautaires	103
Annexes.....	111
	Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	112
	Section 1 — Dispositions générales	112
	Section 2 — Principes d'éthique et règles de déontologie.....	115
	Section 3 – Conflit d'intérêts	118
	Section 4 – Application.....	119

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Portrait des personnes inscrites auprès d'un médecin de famille où d'un médecin de famille en GMF
Tableau 2 :	Délai moyen de prise en charge et durée moyenne de séjour
Tableau 3 :	Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale
Tableau 4 :	Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance
Tableau 5 :	Taux de référencement à un médecin spécialiste et délai des traitements en chirurgie
Tableau 6 :	Hébergement pour personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme en services résidentiels
Tableau 7 :	Services offerts en soutien à domicile
Tableau 8 :	Services destinés aux enfants et aux jeunes
Tableau 9 :	Places développées en MDA MA et en maisons de répit
Tableau 10 :	Nombre de services en télésanté et de cliniques médicales branchées à une solution informatique
Tableau 11 :	Présence au travail et recours au personnel issu d'agences privées
Tableau 12 :	Couverture vaccinale contre la COVID-19
Tableau 13 :	Nature des trois principaux incidents (A et B) pour 2022-2023
Tableau 14 :	Nature des trois principaux accidents (C à I) pour 2022-2023
Tableau 15 :	Bilan de l'utilisation des mesures de contrôle (DPSMD)
Tableau 16 :	Tableau des mesures de contrôles déficience intellectuelle (DI)
Tableau 17 :	Tableau des mesures de contrôle trouble du spectre de l'autisme (TSA)
Tableau 18 :	Bilan de l'utilisation des mesures de contrôle en CHSLD
Tableau 19 :	Mesures d'amélioration à portée individuelle
Tableau 20 :	Mesures d'amélioration à portée systémique
Tableau 21 :	Exemples de mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
Tableau 22 :	Exemples de mesures mises en place pour donner suites aux recommandations du Protecteur du citoyen
Tableau 23 :	Portrait des mises sous garde
Tableau 24 :	Application de la politique portant sur les soins de fin de vie
Tableau 25 :	Répartition de l'effectif en 2021 par catégorie de personnel
Tableau 26 :	Présentation des données pour le suivi de la loi sur la gestion et le contrôle des effectifs
Tableau 27 :	Dépenses par programmes-services
Tableau 28 :	Contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus
Tableau 29 :	Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme
Tableau 30 :	Faits saillants de la DSTL
Tableau 31 :	Projets majeurs déployés par la DSTL
Tableau 32 :	Attribution des fonds au PSOC

Liste des figures ●

Figure 1 : Organigramme du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Figure 2 : Gestion des incidents 2022-2023

Figure 3 : Gestion des demandes de services 2022-2023

Figure 4 : Taux d'incidents résolus par catégorie 2022-2023

Liste des sigles et acronymes

APPR	Agent de planification, de programmation et de recherche
ASSS	Auxiliaire aux services de santé et sociaux
AT	Abitibi-Témiscamingue
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
CALACS	Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CAO	Comité de jeunes Aire ouverte
CDPDJ	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
CEPI	Candidat à l'exercice de la profession d'infirmière
CGR	Comité de gestion des risques
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
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
DI	Déficience intellectuelle
DI-TSA	Déficience intellectuelle - trouble du spectre de l'autisme
DI-TSA-DP	Déficience intellectuelle - trouble du spectre de l'autisme - déficience physique
DMÉ	Dossier médical électronique
DMS	Durée moyenne de séjour
DP	Déficience physique
DPDI-TSA-DP	Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience 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

Liste des sigles et acronymes

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
GAP	Guichet d'accès première ligne
GASM	Guichet d'accès en santé mentale
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPAM	Institut de la pertinence des actes médicaux
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
MDA	Maison des aînés
MDA MA	Maison des aînés et alternative
MES	Ministère de l'Enseignement supérieur
MOI	Main-d'œuvre indépendante
MIFI	Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration
MRC	Municipalité régionale de comté
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
P	Période

Liste des sigles et acronymes

PAB	Préposé aux bénéficiaires
PACQ	Plan d'amélioration continue de la qualité
PCI	Prévention et contrôle des infections
PDG	Présidente-directrice générale
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
RAG	Rapport annuel de gestion
RH	Ressources humaines
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
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
SMD	Santé mentale et dépendance
SQI	Société québécoise des infrastructures
TGC	Trouble grave du comportement
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
TSO	Temps supplémentaire obligatoire
UISM	Unité interne de santé mentale

01

Message des
autorités




1. Message des autorités

C'est avec plaisir que le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue vous présente son Rapport annuel de gestion (RAG) 2022-2023. Le rapport illustre les éléments marquants du travail et des efforts déployés au cours de la dernière année par quelques 6 717 employés et gestionnaires ainsi que 396 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.

Le rapport annuel de gestion du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue pour l'année 2022-2023 met en évidence les défis auxquels l'organisation a été confrontés, particulièrement en ce qui concerne une grande pénurie de main-d'œuvre. Le rapport souligne également les efforts déployés pour faire face à cette situation qui témoignent d'une action concertée pour combler les besoins de la région en matière de main-d'œuvre et diminuer les impacts pour la population. Grâce au solide réseau de collaborateurs et de partenaires, l'organisation s'adapte rapidement ayant comme priorité de continuer à fournir des services sécuritaires et de qualité à la population.

Nous soulignons la solidarité de la communauté en Abitibi-Témiscamingue. Votre soutien et votre engagement sont essentiels pour nous aider à relever les défis qui se présentent.


Daniel Marcotte
Président du conseil d'administration


Caroline Roy
Présidente-directrice générale

02

Déclaration de
fiabilité des
données et de
contrôles des
afférents



2. Déclaration de fiabilité des données et de contrôles afférents

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

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

Les résultats et les données du Rapport annuel de gestion 2022-2023 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 2023.



La présidente-directrice générale,
Caroline Roy

03

Présentation de
l'établissement



3. 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.

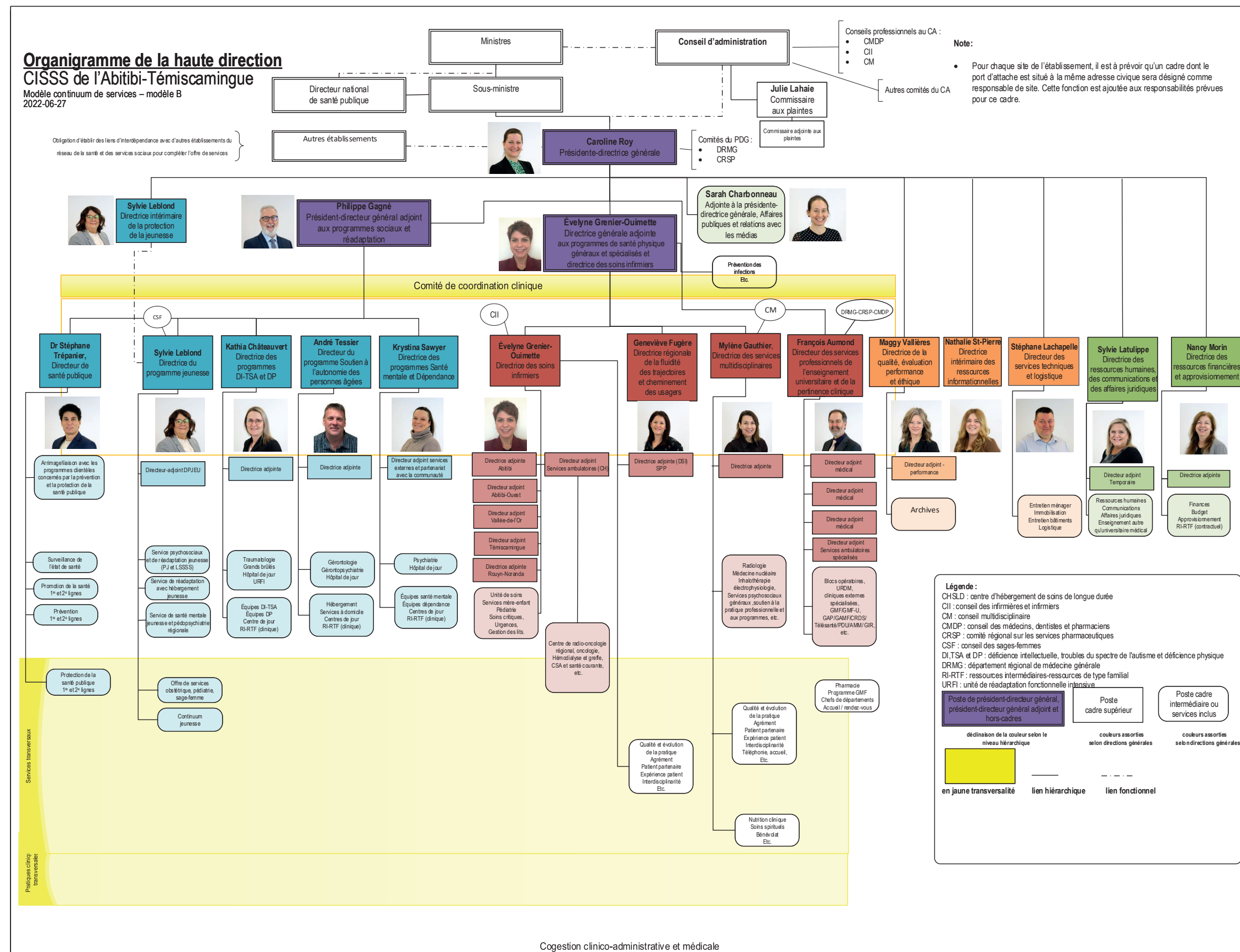
Engagement : Attitude invitant à s'impliquer et participer pour mettre sa pensée, ses compétences et sa motivation au bénéfice du rayonnement d'une cause, d'une organisation.

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.

3.2 Organigramme

Figure 1 : Organigramme du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue



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 Rapport annuel de gestion et peut également être consulté sur le [site Web de l'établissement](#).

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



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



M. Claude N. Morin, président*
Membre indépendant
Compétence en
gouvernance ou éthique



M. Daniel Marcotte, président
Membre indépendant
Compétence en ressources
immobilières, informationnelles
ou humaines



**M. David McLaren,
vice-président**
Membre indépendant
Expertise en santé mentale



Mme Carole Bédard
Membre désigné
Comité des usagers du
centre intégré (CUCI)



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

Membres du conseil d'administration (suite)



Dre Ghania Khefif
Membre désigné
Conseil des médecins,
dentistes et pharmaciens
(CMDP)



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



Mme Julie-Mélissa Picard*
Membre désigné
Conseil des infirmières
et infirmiers (CII)



Mme Marie-Ève Quévillon
Membre désigné
Conseil des infirmières
et infirmiers (CII)



Mme Nathalie Quenneville
Membre désigné
Conseil multidisciplinaire (CM)



Mme Katia Quinchon
Membre nommé
Milieu de l'enseignement



Mme Catherine Sirois
Membre indépendant
Expertise dans les organismes
communautaires



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



M. Daniel Lampron*
Membre indépendant
Expertise en réadaptation

Membres du conseil d'administration (suite)



Mme Sylvette Gilbert*
Membre désigné par
les fondations



M. Sylvain Plouffe
Membre indépendant
Expertise en protection
de la jeunesse



M. Stéphane Gingras
Membre désigné
Comité régional sur les
services pharmaceutiques
(CRSP)



Vacant
Membre indépendant
Compétence en
gouvernance ou éthique



Vacant
Membre indépendant
Expertise en réadaptation



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



Vacant
Membre observateur
désigné par les fondations

3.3.2 Les comités, les conseils et les instances consultatifs

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

Comité de gestion des risques

- M. Éric Beauseigle
- Mme Annie Carrier
- M. Philippe Gagné, président du comité
- Mme Isabelle Galarneau
- Mme Mylène Gauthier
- Mme Ginette Germain*
- Mme Nancy Girouard
- M. Sébastien Grégoire-Lévesque
- Mme Évelyne Grenier-Ouimette
- Mme Judith Laberge*
- M. Léandre Lafontaine
- Mme Annie-Claude Lavigne
- Mme Carmen Pavan
- 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

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

Comité ressources humaines

- M. Mathieu Fortier, personne-ressource
- Mme Sylvette Gilbert, administratrice*
- Mme Sylvie Latulippe, personne-ressource
- M. Claude N. Morin, administrateur*
- Mme Nathalie Quenneville, administratrice
- Mme Kathia Quinchon, présidente du comité
- Mme Caroline Roy, PDG
- Mme Catherine Sirois, administratrice

Comité de vérification

- M. Daniel Lampron, administrateur*
- M. Daniel Marcotte, administrateur
- M. David McLaren, administrateur
- Mme Nancy Morin, personne-ressource
- M. Claude N. Morin, administrateur*
- Mme Madeleine Paquin, présidente du comité
- M. Sylvain Plouffe, administrateur
- Mme Caroline Roy, PDG
- Mme Catherine Sirois, administratrice

Comité de gouvernance et d'éthique

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

Comité des immobilisations

- M. Louis Bourget, président du comité
- M. Stéphane Lachapelle, personne-ressource
- M. Francis Luneau, personne-ressource
- Mme Madeleine Paquin, administratrice
- Mme Caroline Roy, PDG

Comité de révision

- Dre Julie Desroches
- Dre Nathalie East
- Dre Hélène Hottle
- Dre Stéphanie Jacques
- M. Daniel Lampron, président du comité*
- Dre Claudie Lavergne
- M. Sylvain Plouffe, président substitut
- Mme Catherine Sirois, présidente du comité

Comité des usagers

- M. Denis Beauvais
- Mme Carole Bédard, présidente du comité
- Mme Cathy De Carufel
- 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
- Mme Sharleen Sullivan, vice-présidente

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers

- Mme Sonia Beauregard
- Mme France Bolduc*
- Mme Frédérique Boutin
- Mme Marie-Claude Brochu
- Mme Anne-Marie Desjardins Parisien*
- Mme Évelyne Grenier-Ouimette
- Mme Alys Ipperciel
- Mme Sophie Laflamme*
- Mme Caroline Langevin
- Mme Sylvie Larochelle
- Mme Annie-Claude Lavigne, présidente du comité
- Mme Annie Perron*
- Mme Chanelle Rancourt
- Mme Marie-Josée Rancourt*
- M. Samuel Roch
- Mme Debby Rollin
- Mme Caroline Roy, PDG
- Mme Josée St-Cyr
- Mme Sonia Touzin Gendron
- Mme Chantal Tremblay, présidente par intérim
- Mme Bianca Vallière Bellerose

Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

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

- Dre Houssine Souissi*
- Dre Catherine St-Jean, vice-présidente
- Dre Kimi Valet

Comité exécutif du conseil multidisciplinaire

- Mme Claudie Audet*
- Mme Marie-Claude Bélisle
- Mme Annick Boissonneault*
- Mme Maud Bouchard*
- Mme Marie-Ève Cayer*
- Mme Sara-Ève Charrette-Duchesneau
- Mme Christine Francoeur*
- Mme Mylène Gauthier
- Mme Nathalie Godbout
- M. Tim Gélinas-Héroux*
- Mme Marie-Christine Jobin-Chayer
- Mme Anne-Marie Landry
- Mme Carole Landry, vice-présidente du comité
- Mme Valérie LeGoff*
- Mme Véronique Lessard
- Mme Nadia Ouellet*
- Mme Stéphanie Petit*
- Mme Caroline Roy, PDG
- Mme Samantha Thériault, présidente du comité
- Mme Mélanie Thérien
- Mme Marie-Pier Tremblay

Comité régional sur les services pharmaceutiques

- Dr. François Aumond, DSPEUPC qui représente Mme Caroline Roy, PDG
- Mme Sarah Belzile
- Mme Sylvie Bougie
- Mme Fanny Dumond
- M. Marc-André Gagnon
- M. Stéphane Gingras, président
- Mme Marie-Claude Lacroix
- Mme Anne Leduc-Séguin
- Mme Stéphanie Pageau
- M. Pier-Luc Pharand
- Mme Jade Provencher
- M. Sébastien Provost
- M. Jean-François Rondeau
- Mme Marie-Ève Tremblay

Département régional de médecine générale (DRMG)

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

Comité consultatif à la PDG

- Dr François Aumond
- Dr Guillaume Barbès-Morin
- Dre Édith Beauregard
- Mme Carole Bédard
- Dre Julie Bougie-Boucher
- Dr Jean-Yves Boutet
- Dre Nancy Brisson
- Dr Godefroy Alain Cardinal*
- Mme Sarah Charbonneau
- Dr Hugo Delorme*
- Dre Nathalie East
- M. Philippe Gagné
- Mme Mylène Gauthier
- Dr Stéphane Gingras
- Dre Émilie Godbout*
- M. Patrick Grenier*
- Mme Évelyne Grenier-Ouimette
- Mme Carole Landry
- Mme Sylvie Latulippe
- Mme Annie-Claude Lavigne*
- Dre Marlène Lessard*
- Dre Monique Martin*
- Dr Alain Moukheiber
- Dre Julie Richer*
- Mme Caroline Roy, PDG
- Dr Pierre-Olivier Roy*

- Dre Omobola Sobanjo
- Dr Houssine Souissi
- Dre Catherine St-Jean
- Dr Stéphane Terrault
- Dre Kimi Valet
- Mme Maggy Vallières

3.4 2022-2023 en bref

Cette section vise à présenter des éléments marquants qui concernent notamment des projets d'infrastructure, les ressources humaines, les actions de recrutement et d'attraction. Il est également question de déploiement de nouvelles offres de services, de la démarche de sécurisation culturelle et de la pandémie de COVID-19.

3.4.1 Projets d'infrastructure

Ouverture du Centre de services ambulatoires de Rouyn-Noranda

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a procédé le 20 mars dernier 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.

En regroupant les services ambulatoires, la population bénéficie d'un accès plus facile, rapide et coordonné aux soins de première ligne. Cette façon d'organiser les services facilite le diagnostic et contribue à offrir les services requis en évitant que les personnes soient hospitalisées ou qu'elles doivent se présenter au service d'urgence. Lorsqu'une hospitalisation ne peut être évitée, l'accès au CSA permet de réduire la durée de séjour de l'usager en favorisant son retour dans son milieu naturel le plus rapidement possible, tout en lui offrant les soins et services nécessaires à sa condition. Le CSA est aussi bénéfique pour les employés et médecins puisqu'il permet de travailler en interdisciplinarité et de favoriser le développement du plein potentiel des professionnels.

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 clientèle admissible dans ce milieu de vie sont les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, les personnes vivant avec un polyhandicap et les personnes âgées en perte d'autonomie. Toutefois, la clientèle qui présente des troubles graves du comportement n'est pas admissible dans ce type de milieu. La concrétisation des projets de MDA-MA permettra d'ajuster l'offre d'hébergement en fonction des besoins spécifiques de la population. L'approche préconisée dans ces résidences permettra 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.

Poursuite des travaux de la Maison des aînés et alternative spécialisée de Macamic et de la Maison des aînés de Palmarolle

Les démarches se poursuivent concernant le projet de construction de la Maison des aînés et alternative spécialisée de Macamic qui offrira 98 places d'hébergement alors que la nouvelle bâtisse sera reliée au bâtiment existant du Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Ce lieu d'hébergement 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 la 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.

Réfection de l'urgence et des soins intensifs de l'Hôpital d'Amos

Le projet de réfection de l'urgence et des soins intensifs de l'Hôpital d'Amos consiste à agrandir et à moderniser les espaces de manière à offrir des milieux de soins modernes et mieux adaptés aux besoins de la population. La capacité de l'urgence sera rehaussée à 12 civières (sept actuellement) et deux lits seront ajoutés aux soins intensifs, portant le total à six lits. Le nouveau pavillon sera conçu pour recevoir, dans une phase subséquente, un étage additionnel permettant d'aménager un nouveau bloc opératoire.

L'amélioration des infrastructures de soins de santé pour mieux répondre aux besoins de la population et la création d'environnements de travail plus attrayants sont des éléments clés du Plan Santé. Ce projet vise à améliorer l'expérience des patients et la qualité des milieux de soins pour les citoyens, tout en augmentant l'attractivité et la rétention du personnel.

Continuer les travaux à la clinique du GMF-U de Val-d'Or

La clinique du GMF-U de Val-d'Or est l'une des huit unités d'enseignement affiliées à l'Université McGill où sont formés des médecins de famille. Elle est cependant la seule à se trouver en dehors des milieux plus urbains. Depuis son ouverture, la clinique ne cesse de croître en termes de services offerts, de professionnels de la santé qui y pratiquent et de clientèle inscrite. C'est pourquoi la construction d'un nouveau bâtiment mieux adapté à l'enseignement et aux services donnés à la clientèle était nécessaire. Ce bâtiment comprendra plusieurs salles d'examen, une salle de chirurgie mineure, une salle de réunion et de cours équipée d'un système de visioconférence et une salle de supervision.

À l'automne 2023, les personnes recevant les services du GMF-U bénéficieront de la présence de plusieurs professionnels sur place : infirmières cliniciennes, infirmières auxiliaires, travailleurs sociaux, inhalothérapeutes, pharmaciennes et nutritionnistes, dans un environnement moderne et d'accès universel répondant aux besoins grandissants de la clientèle.

3.4.2 La pénurie de la main-d'œuvre s'accroît au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

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. De ce fait, un plan de contingence a été déployé en 2021 dans un objectif de préserver les services de santé et de services sociaux qui sont essentiels à la population régionale. Les principes directeurs du plan de contingence sont les suivants :

Pour la population régionale :

- Assurer une desserte de services dans un souci d'équité régionale;
- L'analyse rigoureuse de l'ensemble des moyens permettant d'éviter ou de prévenir la réduction ou la fermeture d'un service de proximité doit être complétée;
- La priorité du service, les impacts et les risques pour les usagers - le plus grand risque étant celui lié à la survie d'un usager et à des préjudices importants et permanents;
- Le nombre de personnes qui bénéficient du service et les déplacements requis si le service doit être réduit ou cessé;
- Privilégier la réduction des activités au minimum lorsque c'est possible plutôt que de fermer complètement un service à la population;
- Offrir à la population des services sécuritaires et de qualité.

Pour les employés du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue :

- Le maintien des expertises;
- La diminution des taux de temps supplémentaire;
- Donner priorité à la conciliation travail-famille des employés.

La réorganisation des services permet de :

- Réduire le nombre d'infirmières requises;
- Maintenir le plus de services à la population en région;
- Maintenir les services critiques et essentiels à proximité de la population dans chaque territoire de municipalité régionale de comté (MRC);
- Améliorer les conditions de travail des employés en réduisant le recours au temps supplémentaire;
- Faciliter les démarches de recrutement de personnel.

Malgré l'application de ce plan, pour répondre aux besoins de la population, plus de 900 employés supplémentaires seraient requis afin de compléter les équipes de travail, dont 220 infirmières, 120 infirmières auxiliaires et 220 préposés aux bénéficiaires-auxiliaires aux services de santé et sociaux (PAB-ASSS).

3.4.3 Recrutement, attraction et rétention de la main-d'œuvre

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a poursuivi ses efforts de promotion des emplois disponibles en participant à plus de 50 événements carrières, salons de recrutement et activités dans les établissements scolaires dans la région et hors région. Aussi, un travail de collaboration s'est poursuivi avec l'Agence d'attractivité de l'Abitibi-Témiscamingue afin de développer du matériel promotionnel permettant de positionner l'organisation et les avantages de venir travailler au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Une autre mesure d'attraction de main-d'œuvre passe par l'accueil de stagiaires au sein de l'organisation. Au cours de la dernière année, 1180 stages ont été réalisés. De plus, des mécanismes sont en place afin d'assurer le suivi des stagiaires et le recrutement de ceux-ci pour des emplois étudiants ou pour des postes à la fin de leur parcours de formation.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a également poursuivi les actions qui visent à augmenter la disponibilité du personnel à temps complet. Après avoir investi d'importants efforts dans le rehaussement à temps complet du personnel de la catégorie 1 (personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoire) et catégorie 2 (personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers), des travaux visant le rehaussement des postes de la catégorie 4 (personnel professionnel et technique) ont été réalisés au courant de l'année 2022-2023. Ces travaux ont résulté par la transformation de 15 postes temps partiel à temps complet et l'affichage de 133 nouveaux postes à temps complet.

Lancés en 2019 et 2020, les premiers projets d'autogestion des horaires ont démontré des résultats probants au cours de l'année 2022-2023. Les indicateurs des départements en autogestion des horaires sont clairs, cette pratique de gestion augmente la présence et le bien-être au travail. Au service des urgences et des soins intensifs de l'Hôpital de Rouyn-Noranda, un portrait de l'évolution des indicateurs liés aux ressources humaines avant et après l'introduction de l'autogestion des horaires a été réalisé :

- 9 à 0 ressource d'agence de main-d'œuvre indépendante;
- 25 % à 5 % de temps supplémentaire;
- 9 % à 1,8 % pour le taux de roulement;
- Augmentation de 10 employés dans le département et aucun poste vacant;
- 64 à 0 heure de temps supplémentaire obligatoire (TSO);
- 200 à 1 300 heures de formation par année.

De plus, le déploiement au sein de l'organisation s'est accéléré. En 2022-2023, les unités offrant des soins 24 heures/24 et 7 jours par semaine (24/7) des hôpitaux de La Sarre, Amos et Val-d'Or ainsi que le Centre de service et CHSLD de Senneterre déploient l'autogestion des horaires avec leurs équipes. À l'automne 2023, ce sera l'Hôpital en santé mentale de Malartic ainsi que les unités 24/7 des Centres multiservices de santé et de services sociaux de Ville-Marie et de Témiscaming-Kipawa qui entameront les travaux pour déployer l'autogestion des horaires. À l'hiver 2024, les CHSLD de la région seront visés par le déploiement et en 2025, tous les services à haut niveau de remplacement auront des horaires en autogestion dans l'établissement.

Mission de recrutement international

À l'automne 2022, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a participé au Mois du Québec en France avec une délégation témiscabitiébienne composée de représentants du Centre local de développement (CLD) de Rouyn-Noranda, du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, des centres de formation professionnelle (CFP) Harricana et de Val-d'Or et du Carrefour jeunesse Emploi (CJE) d'Abitibi-Ouest. Lors de cette activité, 14 villes françaises ont été visitées. L'équipe de recrutement international est présentement en suivi avec 50 candidats (principalement infirmiers et préposés aux bénéficiaires) dont l'arrivée est prévue dans la prochaine année.

En parallèle, 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 arrivées à l'automne 2022 alors que les autres arriveront au printemps 2023.

Rappelons que la grande majorité de ces candidats doit compléter une attestation d'études collégiales en soins infirmiers d'une durée variant entre 9 et 12 mois avant de faire leur examen de l'Ordre des infirmières du Québec qui permet de pratiquer à titre d'infirmière au sein de notre organisation.

Cette réalisation est le résultat d'un partenariat majeur entre trois ministères, soit le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI), le ministère de l'Enseignement supérieur (MES) ainsi que le MSSS. Le tout n'aurait pas pu être possible sans la très grande collaboration des partenaires du milieu dans chacun des territoires de MRC.

3.4.4 Offre de services à la population et organisation des services

Le développement de divers projets a été poursuivi ou initié au cours de la dernière année. Voici, à titre d'exemple, quelques réalisations.

Assurer une fluidité optimale des trajectoires de soins et de services pour les usagers

Le contexte actuel au sein du réseau de la santé et des services sociaux nécessite une vigilance accrue et un besoin important et soutenu de collaboration et de concertation entre les différents services de l'établissement et entre les différents réseaux locaux

de services (RLS). Il est primordial d'avoir une cohérence dans l'ensemble des actions au niveau de l'offre de services pour chaque usager.

Courant à cet objectif, le poste de directeur régional du cheminement des usagers a été créé en vue d'assurer le leadership quant au cheminement des usagers et de la fluidité optimale dans les diverses trajectoires de soins et services du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Ainsi, avec l'ensemble des directions et des représentants des équipes médicales concernées, ce nouveau directeur voit à l'optimisation des trajectoires de soins et de services de la clientèle, de l'expérience patient et de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. En collaboration avec l'ensemble des directions, il a la responsabilité de mettre en place des stratégies et des mécanismes pour assurer la fluidité et l'efficacité dans le cheminement des usagers, particulièrement concernant le parcours des usagers qui font des séjours en courte durée hospitalière ou de réadaptation.

Le Guichet d'accès première ligne (GAP)

Juin 2022, le Guichet d'accès à la première ligne (GAP) a été inauguré en région. Il s'agit d'une porte d'entrée qui offre une démarche simplifiée aux personnes qui sont sur la liste d'attente pour un médecin de famille, ainsi qu'à celles prises en charge par un groupe de médecins de famille et qui souhaitent obtenir un rendez-vous médical ou un service de santé par le bon professionnel de la santé, dans le délai requis pour le besoin de la personne.

Un service numérique complémentaire est en déploiement actuellement afin d'offrir le bon service de santé, par la bonne personne, au bon moment.

Le déploiement du GAP est graduel. Depuis son lancement, plusieurs citoyens ont contacté le service afin d'être orientés vers les ressources pouvant répondre le plus rapidement à leurs besoins en santé, par exemple une consultation médicale, une visite chez le pharmacien, un programme de soutien ou encore pour obtenir des renseignements de santé utiles.

Le Centre de radio-oncologie régional

Le Centre de radio-oncologie régional a débuté son offre de services en novembre 2022 et constitue un projet majeur : il s'agit du seul centre permettant d'offrir des services de radiothérapie à l'extérieur des grands centres urbains. Le Centre constitue aussi un projet extrêmement innovant tant au plan technologique qu'en ce qui concerne la planification de l'offre de services. Cette nouvelle offre de services contribue à accroître l'accès aux soins et par conséquent à atténuer les écarts constatés avec les autres régions du Québec.

Ce projet a vu le jour grâce à la collaboration, l'engagement et la persévérance des équipes médicales et techniques, des gestionnaires, des membres du conseil d'administration de l'établissement, de même que de la part d'acteurs politiques régionaux et nationaux et de plusieurs parties prenantes du milieu.

Les services de sage-femme en Abitibi-Témiscamingue

Les futures familles d'Abitibi-Témiscamingue pourront bientôt bénéficier d'un service de sages-femmes dans la MRC de La Vallée-de-l'Or dès janvier 2024. En effet, la première phase de déploiement des services prend place dans la MRC de La Vallée-de-l'Or et sera par la suite offerte graduellement dans chacune des villes / MRC. L'appel d'offres pour identifier les locaux où seront aménagés les services de sages-femmes sera effectué prochainement.

Une entente avec le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a été convenue auprès de trois sages-femmes, dont une responsable sages-femmes. Celles-ci débiteront leur implication dès que l'espace où elles seront installées pour offrir les services à Val-d'Or sera accessible. Trois étudiantes sont en cours de formation pour la profession de sage-femme et ont manifesté le souhait de revenir en région à la fin de leur parcours scolaire.

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

La mise en place de l'équipe dédiée à Aire ouverte a été déployée de façon progressive. Pour le moment, Aire ouvert dessert les villes, les villages et les communautés autochtones du territoire de la MRC de La Vallée-de-l'Or. Le local est situé à Val-d'Or, mais des sites satellites sont implantés à Senneterre et à Malartic, en collaboration avec le Carrefour jeunesse emploi. Actuellement, pour les communautés autochtones, les présences sont planifiées selon les besoins de ces partenaires.

Ce projet dédié à la jeunesse met en œuvre plusieurs initiatives pour impliquer les jeunes et leurs proches, notamment par le comité de jeunes Aire ouverte (CAO) et un comité de proches permettant à près d'une vingtaine de jeunes et de parents de participer activement. Les jeunes et leurs proches sont régulièrement consultés via un groupe privé Facebook, pour recueillir leurs opinions sur les besoins d'orientation et d'implication dans des activités promotionnelles. Ils ont également un rôle actif dans la prise de décisions, accompagnant les équipes lors de l'achat d'outils d'intervention choisis conjointement.

Outre les membres du CAO, de nombreux autres jeunes sont consultés sur divers sujets afin de répondre à leurs besoins lors d'activités variées. De plus, certains d'entre eux s'impliquent également, selon leurs intérêts et disponibilités, dans divers comités de travail, tels que le comité d'aménagement de l'espace avec la Direction des services techniques et logistique (DSTL), le comité de déploiement sur Facebook ou encore le comité directeur.

Différentes initiatives et collaborations, notamment l'étroite collaboration avec des infirmières du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et des cliniques médicales existantes, permettent à Aire ouverte d'offrir un soutien complet et personnalisé aux jeunes de la région, favorisant leur bien-être et leur épanouissement dans un environnement inclusif.

3.4.5 La démarche de sécurisation culturelle

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue poursuit la démarche de sécurisation culturelle dont l'objectif principal est de s'assurer que l'offre de services est culturellement sécurisante et permet de répondre aux besoins des usagers des Premières Nations et des Inuit qui utilisent les services offerts. La volonté de l'organisation, en cohérence avec la volonté du 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 de l'Abitibi-Témiscamingue auprès des usagers autochtones et Inuit.

Afin d'assurer le déploiement des travaux de sécurisation culturelle, une équipe dédiée aux différents projets est mise sur pied. En effet, un poste de conseiller cadre en sécurisation est effectif depuis janvier 2023 afin de coordonner les travaux en collaboration avec deux professionnels qui agissent à la liaison autochtone pour les projets déployés en milieu urbain et en collaboration avec les communautés autochtones. En complément, voici des projets déployés ou poursuivis au cours de la dernière année :

Clinique de santé autochtone de Val-d'Or

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue est partenaire de Mino Pimatisi8in, une initiative qui est le fruit d'une importante co-construction avec le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. La clinique de santé autochtone, développée dans le cadre de cette démarche, vise à accroître l'accessibilité des services de santé et de services sociaux de première ligne pour les Autochtones qui vivent en milieu urbain.

Formations

Afin de déconstruire les mythes et les préjugés et outiller pour œuvrer adéquatement auprès des usagers autochtones, 66 % des employés de l'organisation ont complété la formation Sensibilisation aux réalités autochtones, en date du 31 mars 2023. Soulignons que depuis octobre 2022, cette formation est intégrée au programme d'accueil de tous les nouveaux employés.

De plus, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue participe au processus de révision de la formation Piwaseha, en collaboration avec l'équipe de la formation continue de l'UQAT, des représentants des Centres de santé des communautés autochtones.

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 anishnabe 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. L'installation finale des œuvres au sein des installations a été réalisée au cours de l'automne 2022.

Petapan

Co-porté par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et les partenaires du comité stratégique en itinérance de Val-d'Or, Petapan, qui signifie lueur du jour en langue algonquine et crie, est un motorisé permettant aux intervenants d'aller à la rencontre de personnes en situation d'itinérance. Au cours de l'été 2022, 25 sorties au centre-ville de Val-d'Or ont permis de rencontrer des usagers afin d'offrir des services directement dans les milieux fréquentés. Le projet Petapan s'est également déplacé dans la communauté de Pikogan ainsi que dans la communauté de Lac-Simon afin de participer à des activités culturelles favorisant la rencontre de partenaires œuvrant directement dans des milieux autochtones.

Navigateurs de services

Dans l'objectif de favoriser l'accès aux soins et services de santé et de services sociaux à la population issues des Premières Nations et Inuit et/ou d'expression anglaise, deux ressources d'accompagnement Navigateur de services, dont les ports d'attache sont situés au Centre d'entraide et d'amitié autochtone de Senneterre ainsi qu'à l'Hôpital de Ville-Marie, sont présentes au sein des installations. Le mandat de ces ressources consiste à soutenir et accompagner les personnes autochtones et/ou d'expression anglaise dans leur parcours de soins afin de favoriser la compréhension mutuelle des informations échangées entre le personnel de soins et l'utilisateur.

3.4.6 COVID-19

Les activités liées à la crise sanitaire se sont poursuivies avec une moindre intensité. L'adoption de l'approche de gestion du risque pour les cas de COVID-19 et des milieux en éclosion a permis de reprendre des activités régulières pour l'organisation et pour les partenaires. Les messages et recommandations de santé publique étaient davantage sur la façon de maintenir des mesures de protection tout en reprenant nos activités. Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue est fier d'avoir su adapter les messages et d'avoir maintenu la collaboration avec l'ensemble des partenaires et la population.

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.

3.4.7 Des partenariats qui font la différence

L'année a été marquée par des collaborations hors du commun avec divers partenaires. Ainsi, la mobilisation citoyenne s'étant concrétisée en La Grande séduction Abitibi-Ouest a poursuivi ses actions qui contribuent à l'attraction et à l'établissement durable

de personnel de la santé et des services sociaux. Par ailleurs, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue collabore avec les partenaires de ce secteur de la région pour faciliter l'accès à la formation et pour contribuer à la rétention du personnel en place.

Du côté des MRC d'Abitibi, de La Vallée-de-l'Or, du Témiscamingue et de Rouyn-Noranda, de nombreux partenaires se sont engagés activement afin de favoriser l'accueil et l'intégration des infirmiers(ères) issues de l'international et leurs familles en définissant et en mettant en œuvre une multitude de stratégies, d'actions et de communications. En ce sens, nous tenons à souligner la contribution exceptionnelle des Carrefours Jeunesse-Emploi et de la Mosaïque interculturelle, des maisons d'enseignement de la région, du MIFI, des représentants des MRC, des villes et autres organismes des territoires.

04

Résultats au regard
du Plan stratégique
du MSSS



4. 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.

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 ou d'un médecin de famille en GMF

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Résultat au 31 mars 2023	Cible du plan stratégique du MSSS
Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	80,4 %	79,3 %	85,0 %
Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	94 332 personnes	94 547 personnes	5 721 921 (cible provinciale) Cible régionale de l'EGI = 102 313

Note :

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue déploie tous les efforts nécessaires pour augmenter le nombre d'effectifs médicaux, dont celui lié à la médecine de famille. À cet effet, dans la dernière année, 10 nouveaux médecins de famille ont commencé leur pratique en médecine de famille alors que sept ont quitté la région ou pris une retraite. Afin d'améliorer la présence médicale dans la région, l'intensification des démarches de recrutement international s'est poursuivie et par le fait même, la région a confirmé deux 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 2022	Résultat au 31 mars 2023	Cible du plan stratégique du MSSS
Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	175 minutes	192 minutes	129 minutes
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière	12,3 heures	12,7 heures	10,9 heures

Note :

La mise en œuvre du Guichet d'accès première ligne (GAP) pour la clientèle orpheline et la réorientation des usagers ayant un niveau de priorisation P4-P5 lors de consultations à l'urgence sont des stratégies qui contribuent à diriger la population vers d'autres milieux que les salles d'urgence pour fin de consultation selon leur état de santé. Plusieurs communications ont également été effectuées afin d'informer la population des milieux de consultations alternatifs à la salle d'urgence.

Malgré ces interventions, une augmentation de la volumétrie de la clientèle ambulatoire est observée dans la majorité des salles d'urgence de la région. Une tendance à la hausse est constatée en lien avec le délai de prise en charge médical pour la clientèle ambulatoire dans la majorité des urgences, ce qui se traduit à un délai moyen de prise en charge de 192 minutes, ce qui constitue une augmentation de 17 minutes de plus comparativement à l'année dernière. De ce fait, des efforts additionnels seront consentis de diminuer ce temps d'attente. Au niveau de la durée moyenne de séjour sur civière, on remarque également une durée moyenne de séjour sur civière plus importante cette année comparativement à l'année dernière (12,7 heures vs 12,3 heures).

La fermeture de certains lits de soins aigus, de soins de réadaptation et l'augmentation du nombre d'usagers de niveau soins alternatifs (NSA) qui occupent un lit de soins aigus contribuent à diminuer l'accès aux lits d'hospitalisation en temps opportun et contribuent à augmenter la durée moyenne de séjour (DMS) sur civière. La création récente du poste de directeur régional du cheminement des usagers vise à soutenir les équipes dans l'atteinte de résultats notamment au niveau de l'accessibilité aux lits d'hospitalisation en temps opportun, réduisant ainsi la DMS sur civière.

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 2022	Résultat au 31 mars 2023	Cible du plan stratégique du MSSS
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	503	551	11 798 (cible provinciale) EGI = 452

Note :

Les équipes de santé mentale externes manquent d'effectifs en raison d'une rareté de main-d'œuvre. En parallèle, il y a une hausse du volume de la demande de services qui a été constatée en 2021 et qui s'est poursuivie au cours de la dernière année.

Plusieurs actions se poursuivent afin de diminuer le nombre de personnes en attente de services. Ces dernières concernent les éléments suivants :

- Recruter en continu afin de combler, selon les besoins, les effectifs et les postes vacants dans les équipes;
- Attribuer en surcroît les heures travaillées non utilisées afin de consolider les équipes;
- Intégrer d'autres titres d'emploi, par exemple des techniciens en travail social, des agents de relations humaines, avec permis de psychothérapie, des éducateurs, etc.;
- Intégrer des intervenants en intervention brève dans les guichets d'accès;
- Réaliser des interventions individuelles et de groupe en téléconsultation;
- Harmoniser et procéder à des suivis rigoureux de la saisie des statistiques;
- Harmoniser les modalités de gestion des rendez-vous dans l'ensemble de la région;
- Offrir du soutien clinique aux intervenants;
- Veiller au suivi de la durée de prise en charge des usagers;
- Consolider les collaborations avec les organismes communautaires et autres partenaires;
- 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;
- Implanter le mécanisme d'accès en santé mentale (MASM) qui modifiera à terme les guichets d'accès en santé mentale actuels dans l'objectif d'englober les meilleures pratiques cliniques. Le MASM comprend l'ensemble du processus clinique (trajectoire de l'utilisateur) et sera déployé au cours de l'année 2023-2024;
- 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 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 2022	Résultat au 31 mars 2023	Cible du plan stratégique du MSSS
Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	1 350	1 589	71 378 (cible provinciale) EGI = 1840

Note :

Différents enjeux ont affecté la capacité des équipes en dépendance à offrir les services :

- 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.

Par ailleurs, avec la création de nouveaux services dans la dernière année et l'élaboration d'ententes avec des partenaires communautaires, plusieurs interventions décrites ici-bas ont été réalisées, mais ne sont pas comptabilisées dans les systèmes d'information actuels. Des démarches sont en cours avec le MSSS pour régulariser la situation pour les prochaines années. Pour l'année 2022-2023, cela représente 426 usagers supplémentaires qui ont effectivement reçus des services et qui sont en surplus de ceux indiqués dans les données considérées par l'entente de gestion et d'imputabilité.

En complément, il est à noter que plusieurs actions sont en cours afin de favoriser l'atteinte de l'engagement. Ces dernières visent les objectifs 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 de collaboration avec les partenaires internes et externes;
- Compléter la révision et l'harmonisation des standards de pratique en dépendance;
- Élaborer un plan de formation pour les nouveaux intervenants;
- Poursuivre le projet Petapan à l'été 2023;
- Ajouter d'une infirmière pour dispenser des traitements par agonistes opioïdes dans l'équipe dépendance externe au CLSC de Rouyn-Noranda;
- Continuer à offrir les services au Centre de prévention des surdoses;
- Élaborer des ententes de services avec des organismes communautaires pour faciliter le repérage de la clientèle, principalement les ressources d'hébergement d'urgence sur le territoire;
- Implanter le mécanisme d'accès en santé mentale (MASM) qui modifiera à terme les guichets d'accès en santé mentale actuels dans l'objectif d'englober les meilleures pratiques cliniques. Le MASM comprend l'ensemble du processus clinique (trajectoire de l'utilisateur) et sera déployé au cours de l'année 2023-2024. Cela s'applique également à la dépendance;

- Implanter des équipes mixtes d'intervention policières et d'intervenants communautaires (ÉMIPIC) à Rouyn-Noranda en septembre 2022. En 2023-2024, il y aura création de trois autres ÉMIPIC, soit à Amos, à La Sarre et à Ville-Marie.

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 2022	Résultat au 31 mars 2023	Cible du plan stratégique du MSSS
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	83,8 %	74,2 %	85,0 %
Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 6 mois	785 personnes	205 personnes	42 000 (Cible provinciale) Cible régionale de l'EGI= <650
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours	71,6 %	61,8 %	90,0 %

Note :

À nouveau cette année le contexte de la pandémie de COVID-19, la pénurie d'effectifs infirmiers et la non-disponibilité ponctuelle de lits requis suivant une intervention chirurgicale nécessitant une hospitalisation ont engendré certains délais supplémentaires relativement aux chirurgies. Des actions intensives ont été réalisées par les équipes professionnelles et médicales afin d'améliorer la situation, dont 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. En date du 31 mars, la cible est atteinte quant au nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois. Également, 14 personnes étaient en attente d'une chirurgie depuis plus d'un an, en comparaison à 49 personnes à la même date l'an passé.

La reprise graduelle et plus régulière des activités chirurgicales, combinée à une mise à jour des besoins des usagers inscrits sur la liste d'attente continueront à contribuer à une diminution des listes d'attente. De plus, un plan d'action sera mis en place afin de moduler de façon agile 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 et même améliorée par rapport à l'an dernier. L'épuration des listes d'attente est en cours et se poursuivra au cours de la prochaine année, également pour les demandes de consultation à un médecin spécialiste en région.

Des actions permettant de recruter des médecins spécialistes se poursuivent. À cet effet, soulignons l'arrivée de 12 médecins spécialistes et de sept parrainages confirmés en médecine spécialisée.

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 2022	Résultat au 31 mars 2023	Cible du plan stratégique du MSSS
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	413	389	16 536 (cible provinciale) Cible régionale de l'EGI= 553

Note :

À la suite du financement reçu dans le cadre du projet de ressource intermédiaire (RI) dédiée à la clientèle qui présente une déficience et des troubles graves du comportement (TGC), le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue explore des opportunités pour développer des places en hébergement en tenant compte des besoins définis dans chaque territoire de MRC.

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 2022	Résultat au 31 mars 2023	Cible du plan stratégique du MSSS
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)	6 136	5 866	365 697 (Cible provinciale) Cible régionale de l'EGI= 6 536

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Résultat au 31 mars 2023	Cible du plan stratégique du MSSS
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile (longue durée, courte durée et soins palliatifs)	527 196	554 410	24 millions d'heures (Cible provinciale) Cible régionale de l'EGI= 533 312

Note :

Une légère diminution est observée pour le nombre de personnes qui reçoivent des soins à domicile (SAD) de longue durée en raison notamment de la révision des services offerts en fonction de la pertinence clinique. De plus, une augmentation de la lourdeur des profils est confirmée par une hausse du nombre d'heures de service par usager et par le retrait de prise en charge des petits profils. Depuis janvier 2021, Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue déploie un plan de contingence qui assure une priorisation des services, se traduisant pour le SAD par une réorganisation importante des services et une diminution de l'offre de certains services.

En lien avec les heures de service les résultats illustrent que la cible du MSSS a été atteinte et même dépassée. 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. Aussi, la mise en place des mesures compensatoires pour favoriser la prise en charge de certaines activités de la vie quotidienne (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 et sont réalisés de façon continue 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 2022	Résultat au 31 mars 2023	Cible du plan stratégique du MSSS
Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt	316	606	4 634 (cible provinciale) Cible régionale de l'EGI= > 130
Nombre de jeunes dont la famille a bénéficié du remboursement de lunettes ou de lentilles à la suite d'une prescription	N/D	N/D	145 000 (cible provinciale)
Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	19,7 jours	19,7 jours	12,0 jours

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Résultat au 31 mars 2023	Cible du plan stratégique du MSSS
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	85,9 %	84,3 %	90,0 %

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

La pénurie de main-d'œuvre fait en sorte qu'il est difficile de procéder à l'embauche de nouveau personnel. À cet effet, précisons que 23 évaluateurs sont en poste alors que 39 seraient requis, ce qui explique l'écart entre les délais moyens d'attente d'évaluation à la Protection de la jeunesse attendus et ceux constatés au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Précisons que les évaluations réalisées en Protection de la jeunesse doivent être effectuées par des intervenants membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec alors que ce type de professionnel est en très grande pénurie.

De plus, en Abitibi-Témiscamingue, comme remarqué dans l'ensemble de la province du Québec, depuis la pandémie, la détresse psychologique des jeunes et des familles s'est accentuée de façon importante. Cette détresse se traduit notamment par une augmentation des situations de violence familiale et d'idéation suicidaire récurrentes chez les jeunes. Ces situations familiales critiques requièrent une intervention jugée prioritaire et intensive, ce qui a un impact sur la capacité de prise en charge des autres situations qui sont jugées moins urgentes.

Enfin, malgré le délai de prise en charge, l'ensemble des demandes prioritaires (codes 1 et 2) sont prises en charge, comme attendu, 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 se maintient toujours à un taux similaire depuis l'instauration de cet indicateur. On remarque que les résultats sont à la baisse quoique toujours supérieurs à ceux de la province (84,3 % vs 74,2 %). Il est à noter que la couverture vaccinale des enfants ayant eu 15 mois durant la dernière année se situe à 91,0 % pour le vaccin RRO-VAR.

Les principaux facteurs influençant les résultats sont les suivants :

- Le manque de ressources infirmières en lien avec l'importante pénurie de main-d'œuvre;
- La réorganisation des services des points de services en milieu rural (automne 2021) avec l'offre de services dans les secteurs centres;

- La diminution de l'adhésion et la réticence liée à la vaccination de base (augmentation de la désinformation vaccinale dans les médias sociaux depuis la pandémie);
- Le report des rendez-vous plus fréquents à un an, qui coïncide avec le retour au travail des parents et le début de la fréquentation d'un milieu de garde (infections plus fréquentes);
- L'isolement en raison d'un diagnostic positif ou contact avec une personne positive à la COVID-19.

Pour l'indicateur en lien avec Agir tôt

Au cours de la dernière année, les efforts pour faire face aux enjeux liés au délai de traitement des dépistages réalisés via la plateforme Agir tôt ainsi que les délais pour obtenir un premier service en langage ont été poursuivis.

Pour ce faire, des rencontres auprès des partenaires se sont tenues pour exposer l'offre de services en intervention précoce et pour présenter la plateforme de dépistage. Ces interventions ont porté fruit et ont contribué à augmenter le nombre de dépistages. Ainsi, 450 enfants ont bénéficié d'un dépistage à partir de la plateforme Agir tôt. À cela s'ajoute 156 enfants qui ont eu un dépistage réalisé d'une manière différente, mais qui ont été traités et orientés par nos responsables cliniques. Fait à noter, il a été possible de maintenir un délai moyen d'orientation vers un premier service à 31 jours alors que la cible provinciale est à 60 jours. Ces résultats sont soutenus par l'ajout d'une ressource à temps complet à la plateforme de dépistage et à l'harmonisation de certains des processus. À titre d'exemple, les intervenantes sont impliquées davantage au dépistage en offrant un accompagnement plus systématique des familles, ce qui contribue à la diminution des délais de traitement.

Quant à l'organisation des services, des postes ont été ajoutés pour répondre aux besoins de la population, mais la pénurie de main-d'œuvre complexifie le recrutement de ressources et ce, particulièrement dans la MRC de La Vallée-de-l'Or. Nonobstant cette réalité, l'équipe régionale a continué le travail pour améliorer l'accès aux services en identifiant des modalités d'intervention différentes, en modifiant la trajectoire pour répondre aux besoins des enfants et en bonifiant différents outils, dont la gestion des priorités. Le rôle des éducateurs est revu dans l'objectif de les impliquer davantage au début de la trajectoire de services et de compléter la lecture des besoins des enfants afin d'établir les priorités concernant les services en orthophonie.

Enfin, au cours de la prochaine année, le travail de collaboration s'accroîtra avec la Direction de santé publique en lien avec l'utilisation de l'outil *ABCdaire 18 mois +*. Par ailleurs, les actions visant à améliorer la trajectoire de services seront maintenues et l'organisation s'inscrira dans les travaux de la Gamme de services DI-TSA-DP pour améliorer la fluidité et pour identifier des stratégies pour éliminer les doubles niveaux d'attente.

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 MDA MA et en maisons de répit

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Résultat au 31 mars 2023	Cible du plan stratégique du MSSS
Nombre de places développées en Maison des aînés et alternative et milieux de vie alternatifs	0	0	-
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 à Val-d'Or et Rouyn-Noranda, selon une ouverture progressive, au cours de la prochaine année.

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, dont une en Abitibi-Témiscamingue. Néanmoins, ce type de projet ne permet pas de financer une infrastructure, ce qui constitue un enjeu important. De plus, la pénurie de main-d'œuvre et le fait d'identifier un promoteur sont aussi deux autres enjeux majeurs. Cette initiative demeure tout de même dans les pistes d'action envisagées à moyen terme.

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 2022	Résultat au 31 mars 2023	Cible du plan stratégique du MSSS
Nombre de services provinciaux déployés en télésanté	6	8	6
Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne	11	24	770 (cible provinciale) Cible régionale de l'EGI = 24

Note :

Le comité de télésanté composé de représentants de plusieurs directions a été actif au cours de la dernière année alors que des actions ont été entreprises en vue de déployer des projets tels que la téléconsultation avec les médecins spécialistes et des professionnels de la santé, ainsi qu'en lien avec le développement de projets tels qu'Aire Ouverte. Pour ce faire, un budget provenant de l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM) est utilisé pour l'ajout de ressources humaines (ex.: pilote clinique et pilote technologique). L'équipe de la télésanté compte maintenant deux ressources à temps complet afin de soutenir les équipes dans les projets de télésanté. Pour terminer, des équipements médicaux sont en cours d'acquisition pour faciliter la poursuite de la mise en place de projets en télésanté. À la suite de la visite d'Agrément, des outils ont été mis en place pour faciliter la priorisation des projets au sein de l'établissement.

Concernant le nombre de cliniques médicales branchées à l'orchestrateur HUB, la cible de 100 % est atteinte au 31 mars 2023.

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 2022	Résultat au 31 mars 2023	Cible du plan stratégique du MSSS
Ratio de présence au travail	89,4 %	89,4 %	88,7 %
Taux de recours à la main-d'œuvre issue d'agences privées	9,9 %	13,4 %	7,4 %

Note :

En lien avec le ratio de présence au travail des employés de l'organisation, les résultats se maintiennent. L'ensemble des mesures mises en place par le MSSS, soit la bonification de la rémunération par l'entremise de divers incitatifs, taux double, mesure de 400 \$ par quarts de travail additionnel, etc. ont grandement soutenu le maintien du ratio de présence au travail. De plus, le déploiement de l'autogestion des horaires contribue de manière significative à l'augmentation de la disponibilité et de la présence au travail.

Dans un autre ordre d'idées, la présence des agents de proximité et de prévention dans chacun des territoires de MRC a permis de créer un climat de confiance et d'augmenter le bien-être au travail.

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 pandémie de la COVID-19

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

Les mesures sanitaires à appliquer pour éviter la transmission communautaire ont évolué et se sont allégées au cours de la dernière année. L'apport de la santé publique était d'appuyer les milieux communautaires dans l'application des directives ministérielles, en particulier dans l'approche de gestion du risque.

De plus, la collaboration entre l'équipe de santé publique, les équipes de prévention et de contrôle des infections, les autres directions et partenaires concernés a permis d'assurer la détection et le contrôle rapides des éclosions en milieu de soins et en milieu d'hébergement.

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 12 : Couverture vaccinale contre la COVID-19

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Résultat au 31 mars 2023	Cible du plan stratégique du MSSS
Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes âgées de 12 ans et plus et pour chaque groupe d'âge	87,7 %	66,0 %	80,0 %

Note :

Il est à noter que la définition de vaccination de base a été modifiée pour inclure la primovaccination suivie d'une première dose de rappel pour les personnes âgées de 18 ans ou plus, ce qu'explique la baisse de la couverture vaccinale globale en mars 2023.

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 du Nord-du-Québec en vue d'offrir la vaccination à la population de Beaucanton, Villebois et Val-Paradis.

05

Activités relatives à la
gestion des risques
et de la qualité



5. Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

5.1 L'Agrément

Le processus d'évaluation, débuté en 2018, s'est poursuivi avec la séquence 3. Ainsi, en octobre 2022, 15 sites de l'établissement ont été visités par Agrément Canada. L'objet de l'évaluation portait sur les programmes suivants:

- Santé physique;
- Services généraux;
- Télésanté.

Au terme de cette visite, Agrément Canada a émis une note de 89,7 %. Compte tenu de l'épisode pandémique qui a requis deux reports de visite, ces résultats témoignent du maintien d'une excellente qualité des soins et services offerts aux usagers. Dans l'objectif de maintenir la certification, des suivis sont en cours afin de répondre aux exigences.

Le processus d'agrément se poursuivra en avril 2023 avec l'évaluation des programmes SAPA et DI-TSA-DP.

Le sondage sur l'expérience vécue, auquel 1 022 personnes ont répondu, a aussi été réalisé en mai et juin 2022. Les résultats de cette investigation ont été présentés à diverses instances et les directions-programmes utiliseront ces résultats pour bonifier leur plan d'amélioration de la qualité.

Dans l'intervalle, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue maintient son statut d'organisme agréé jusqu'en décembre 2023 et assure le suivi des critères comme demandé par Agrément Canada.

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 2022-2023 est particulière pour la 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 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 et ce, pour une bonne partie de l'année tout en réactivant les dossiers en lien avec les opérations courantes.

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

- Donner suite à l'harmonisation de politiques et des 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.
- Réaliser plusieurs présentations, séances de sensibilisation et de formation concernant la gestion des risques en général (analyse sommaire des formulaires, saisie des formulaires de déclaration d'incident accident, formation sur l'outil de présentation des données et son utilisation (Power BI), déclaration des incidents et accidents, divulgation des événements indésirables sont réalisées). Dans le cadre de cette démarche 417 personnes ont été formées, ce qui a 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;
 - » Poursuivre la formation en regard des précisions quant aux 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, 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 présentations 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. De plus, 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.

Fait à noter, 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 logistiques (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 aux directions 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.

Pour compléter, voici les principales démarches entreprises par les sous-comités de gestion des risques :

- 16 rencontres de sous-comités ont été tenues pour assurer le suivi des activités en gestion des risques et les recommandations qui en découlent et six rencontres du comité de gestion des risques;
- Le tableau de bord de gestion a été 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 ont permis d'identifier des solutions et mesures correctives en vue de prévenir la récurrence des événements indésirables. Chaque intervenant et gestionnaire a reçu 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 déclarées permettent 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 est fait au comité de vigilance et de la qualité. Le rapport annuel du comité de gestion des risques a été présenté au comité de vigilance et de la qualité en novembre 2022. De plus, à chaque conseil d'administration, le tableau de bord comportant une section « qualité » expose, entre autres, le portrait de la gestion des risques et de la prévention des infections.

Globalement, les tableaux 13 et 14 présentent 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 13 : Nature des trois principaux incidents (A et B) pour 2022-2023**

Principaux types d'incidents (3)	Nombre A-B	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage des incidents par rapport à l'ensemble des événements (A à I) incluant les données vides	
Médication	414	43,7 %	4,4 %	
Chute	33	3,5 %	0,5 %	
Autres	501	52,9 %	5,3 %	
Total des incidents	948	100,0 %	Total de l'ensemble des événements (incidents et accidents)	9 015 événements (excluant les données vides)
				9 414 événements (incluant les données vides)

Note :

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 14 : Nature des trois principaux accidents (C à I) pour 2022-2023**

Principaux types d'incidents (3)	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des accidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements (À à I) incluant les données vides	
Médication	2 571	31,9 %	27,3 %	
Chute	3 341	41,4 %	35,5 %	
Autres[1]	2 155	26,7%	22,9 %	
Total des accidents	8 067	100,0 %	Total de l'ensemble des événements (incidents et accidents) :	9 015 événements (excluant les données vides)
				9 414 événements (incluant les données vides)

Note :

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.

** Données non exhaustives extraites en date du 2023-04-28. L'établissement a jusqu'au 15 juin 2023 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.

Dans les accidents et incidents, les données considérées « vides » sont constituées des déclarations soumises, mais en attente d'analyse sommaire par le gestionnaire. Ces données doivent donc être compilées dans le total des événements déclarés.

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 :

- Assurer 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 et qui regroupe les événements de gravité F et plus, ainsi que les événements sentinelles. Ce tableau déployé depuis 2019, permet entre autres de :

- » Veiller au suivi des recommandations ainsi que des actions mises en place;
- » Faciliter le suivi des événements sentinelles et de cerner les délais et les suivis à portée régionale;
- » Présenter les divers indicateurs de façon visuelle par des graphiques et des tableaux de données;
- » Néanmoins il est constaté que certains suivis requièrent des délais pour procéder à la mise en place des recommandations notamment en raison de la pandémie. Dans un autre ordre d'idées, 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.
- Rendre accessible l'outil de suivi en Power BI. Pour ce faire, un énorme travail a été conjointement réalisé par la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQÉPÉ) et la Direction des ressources informationnelles (DRI) afin de permettre le partage des données en temps réel. L'outil est présenté lors des rencontres du comité de gestion des risques (CGR), et a pour but d'identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales afin d'en prévenir l'apparition. Il permet aussi de s'assurer que des mesures de soutien soient apportées à l'utilisateur et à ses proches, de mettre en place un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents. À noter que toutes les directions y ont accès, ce qui facilite l'analyse des résultats de même que la mise en place des suivis requis.
- Assurer 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. Cette année, le comité dénote une diminution importante des déclarations, et ce, pour toutes les directions. Des analyses sont en cours pour comprendre cette situation.
- Présenter les données récapitulatives sur les déclarations en respect de la Loi de 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). Cette année, 21 événements ont été déclarés à Santé Canada. De ce nombre, 71 % de sources de la pharmacie et 29 % étaient de sources médicales. En outre, le comité a reçu à deux reprises des présentations de la DRI, pour des présentations notamment en lien avec la gestion des risques pour les actifs informationnels et également afin de dresser le bilan et les suivis réalisés dans le cadre de la panne informatique majeure à la fin 2021. De plus, un état de situation du projet concernant le système de téléphonie, qui vise à diminuer les risques liés à la désuétude du système, a été présenté. À ce sujet, une migration vers la téléphonie IP est envisagée au cours de l'année 2023-2024.
- Obtenir des renseignements concernant les formations et des sessions sur la sensibilisation relative à la gestion des risques.

En plus, le comité a été tenu informé des travaux suivants par les directions concernées :

- La décentralisation de la saisie en cours avec la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA);
- Le suivi sur le rapport annuel concernant les taux de déclaration par jour présence pour les chutes et les événements liés à la médication;
- Les travaux du comité du circuit du médicament, même si ce dernier a été peu actif au cours de l'année;
- L'état de situation concernant le programme d'entretien préventif des équipements;
- L'aménagement sécuritaire des unités de psychiatrie interne pour les usagers, alors que les travaux ont débuté en mars 2023 pour le secteur Amos. 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);
- Des objectifs ainsi que des suivis des sous-comités en gestion des risques pour l'année 2022-2023. 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. En tout, 16 rencontres ont été tenues (deux rencontres par direction parmi la DI-TSA-DP, DPSMD, DPJEU, DPSAPA, DSI, DSM, DSPu et DSTL). 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. La composition des comités a été revue pour avoir une participation optimale des directions;
- L'harmonisation des codes d'urgence cliniques (code blanc, code mauve). Le comité de coordination clinique doit statuer de la priorisation des codes cliniques à harmoniser;
- La diminution importante du nombre d'événements. Des actions sont entreprises pour avoir une meilleure idée de la problématique et d'y apporter les correctifs. Les directions doivent mettre en place des initiatives quant aux mesures à mettre en place pour rattraper le retard de saisie et développer la culture de déclaration. Des vérifications 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;
- La mise à niveau des génératrices des établissements du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Une procédure est en cours de rédaction par la DSTL pour réduire les risques et mettre en place des mesures de prévention de la récurrence;
- Des travaux liés aux événements entourant l'utilisation des mesures de contrôle. La procédure sera déposée au comité des mesures de contrôle et au comité de coordination clinique. Le dossier est travaillé transversalement par la DSI-DQÉPÉ et la DSM notamment par la révision des documents structurants;
- Des événements graves, 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;
- Les travaux concernant la gestion de la sécurité incendie. Le dossier progresse bien et des exercices de soir et de nuit seront ajoutés pour l'année 2023-2024.

Recommandations et suivis demandés par le comité

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

- Le département de pharmacie a demandé l'avis du comité sur la Politique sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé, révisée en 2022. Tous les membres ont entériné les changements et modifications proposés;
- Le projet de modernisation de la ventilation des laboratoires de la région. Considérant le fait que le coût du projet de modernisation de la ventilation des laboratoires de la région s'élève à 5 millions de dollars, il a été résolu unanimement de faire la recommandation au comité de direction (CODIR) de l'établissement.

RECOMMANDATION CGR 230126-03

CONSIDÉRANT le fait que le coût du projet de modernisation de la ventilation des laboratoires de la région s'élève à 5 millions de dollars;

CONSIDÉRANT que le budget doit être puisé à même les fonds de l'établissement;

CONSIDÉRANT que ce projet est essentiel au bon fonctionnement des laboratoires du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue ainsi que pour garantir la sécurité des employés (la CNESST étant également dans le dossier).

Il est donc résolu unanimement de faire la recommandation au comité de direction (CODIR) de l'établissement de déposer un point à une prochaine rencontre pour déterminer la priorisation du projet et de l'enveloppe budgétaire pour la réalisation de ce projet.

Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales

Pour l'année 2022-2023, une présentation par la DSI au comité de gestion des risques concernant les infections nosocomiales et les éclosions. Le comité CGR a constaté le peu d'éclosions au sein des divers établissements 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. Bien que les audits de lavage des mains démontrent que l'établissement doit travailler en amélioration du taux de conformité à cette pratique organisationnelle requise (POR), le travail réalisé par les équipes DSI est toujours en cours dans les équipes cliniques.

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

La DSM, la DSI et la 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 six 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;
- Mobiliser l'ensemble de l'organisation en lien avec les mesures de contrôle;
- Favoriser le maintien et le développement des compétences des intervenants en matière de mesures de contrôle et de mesures alternatives.

Plus précisément, les objectifs poursuivis en 2022-2023 par le comité de gouvernance sont les suivants :

- Adopter et diffuser des documents nouvellement créés ou révisés afin d'assurer l'encadrement des pratiques (réviser la politique, et les procédures, élaborer un dépliant d'information et rédiger une procédure pour l'encadrement des 2/3 des portes);
- Se doter d'un registre d'indicateurs afin de suivre le taux de contention harmonisé, et ce dans tous les secteurs;
- Promouvoir la formation "Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle" disponible sur la plateforme ENA auprès des intervenants et s'assurer que les formations sont suivies;
- Planifier des rencontres d'information accessible aux intervenants.

Pour l'année 2022-2023, en l'absence d'une méthode de compilation et d'indicateurs standardisée, seul un taux d'utilisation des mesures de contention a pu être comptabilisé. Les indicateurs mesurés sont présentés dans les tableaux 15, 16, 17 et 18. Le comité de gouvernance s'est donné comme objectif, pour l'année 2023-2024, de se doter d'un formulaire de compilation standardisé. Une compilation standardisée nous permettra d'établir des cibles d'amélioration.

Tableau 15 : Bilan de l'utilisation des mesures de contrôle (DPSMD)

MRC	Nombre de personnes	Isolement	Mesure de contention
Vallée-de-l'Or	25	46	3
Rouyn-Noranda	42	63	23
Abitibi-Ouest	9	10	6
Abitibi	15	17	9
Abitibi-Témiscamingue	91	136	41

Tableau 16 : Tableau des mesures de contrôle déficience intellectuelle (DI)

MRC/unité	Nombre de personnes	Mesure de contention
Abitibi	95	17
Abitibi-Ouest	112	4
Rouyn-Noranda	133	2
Vallée-de-l'Or	105	10
Témiscamingue	60	0
RAC (Abitibi-Ouest)	12	7

MRC/unité	Nombre de personnes	Mesure de contention
Unité Barrette (Abitibi)	10	10
Unité Gagnon (Abitibi)	11	9
Unité UMCEP (Abitibi)	9	8

Tableau 17 : Tableau des mesures de contrôle trouble du spectre de l'autisme (TSA)

MRC/unité	Personne inscrite/admise	Mesure de contention
Abitibi	50	1
Abitibi-Ouest	74	1
Rouyn-Noranda	146	2
Unité Robinson (Rouyn-Noranda)	8	6

Tableau 18 : Bilan de l'utilisation des mesures de contrôle en CHSLD

Centre d'hébergement	Taux (%) 2021-2022	Taux (%) 2022-2023	Commentaire
CHSLD d'Amos	2,1 %	1,1 %	Il s'agit d'une progression par rapport à l'année précédente. La réussite dépend de toute l'équipe multidisciplinaire qui mise autour d'un résident et cela fait toute la différence. L'utilisation des mesures alternatives ainsi que l'implication des proches aidants font aussi la différence.
CHSLD de Macamic	6,0 %	4,2 %	L'amélioration de la situation se poursuit avec une diminution de 1,8 % par rapport à 2021-2022. La chef fait toujours 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 ont fait la différence.
CHSLD de La Sarre	4,0 %	0,0 %	Aucune contention est requise, des démarches seront réalisées en vue de restreindre l'errance intrusive.
CHSLD de Malartic	16,0 %	0,0 %	Il s'agit d'une importante amélioration (16,0 % à 0,0 %) depuis la mise en place d'un comité sur les mesures de contention.
CHSLD de Senneterre	10,0 %	10,0 %	Il y a une mesure de contention (Total de 10 résidents). Un comité sur les mesures de contention est en place. La mesure de contention en cours est évaluée périodiquement.

Centre d'hébergement	Taux (%) 2021-2022	Taux (%) 2022-2023	Commentaire
CHSLD de Ville-Marie	1,5 %	1,5 %	Il y a seulement une mesure de contention en cours (total de 68 résidents). Un ergothérapeute formé pour l'application/retrait des contentions qui effectue beaucoup de sensibilisation auprès des familles et des employés a été embauché. Des activités de la sensibilisation et de l'enseignement au comité des résidents ont été effectuées.
CHSLD de Témiscamingue	0,0 %	0,0 %	La présence d'aides de service a grandement aidé à maintenir ce taux.
CHSLD de Rouyn-Noranda	19,0 %	PIE 12 20,0 % Les Collines 10,5 %	Un plan spécifique sera mis en place pour permettre une diminution des mesures de contrôles. Il vise à : <ul style="list-style-type: none"> • Réviser et structurer les différentes formations pour répondre aux besoins du personnel soignant de tous les titres d'emploi concernés sur l'utilisation des mesures alternatives; • Définir un plan de transition pour le retrait des 2/3 de portes.
CHSLD de Val-d'Or	8,0 %	3,0 %	Le taux est passé de 8,0 % à 3,0 % par rapport à 2022. Le support apporté par les membres du comité sur les mesures de contention aux différents professionnels du CHSLD se poursuit.

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 (DPDI-TSA-DP)

Les mesures de contrôle on fait l'objet d'un suivi rigoureux en cours d'année. Dans le processus d'évaluation du besoin, les mesures alternatives sont d'abord envisagées pour l'ensemble des situations. Advenant la mise en place d'une mesure de contrôle, une procédure est alors élaborée pour préciser les modalités d'application de celle-ci et transmise à l'équipe en place. Une procédure de surveillance est aussi rédigée et appliquée de façon rigoureuse. Les mesures de contrôle sont révisées au besoin et, minimalement, lors de la révision trimestrielle du plan d'intervention qui est réalisée tous les 3 mois.

L'objectif pour la prochaine année est d'améliorer la méthode et des outils de suivi, et ce, dans l'ensemble des activités liées à l'utilisation des mesures de contrôle. De ce fait, il est prévu d'analyser si l'utilisation de mesures alternatives est adéquate et si les mesures de contrôle sont bien balisées et bien utilisées. Afin d'être plus efficaces et plus précis, il est souhaité d'inclure des technologies pour réduire les doublons « papier » et pour améliorer l'utilisation des données. Ces démarches contribueront à mieux cibler les étapes du processus afin de mieux accompagner les équipes dans 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 enfants, aux jeunes et à leurs familles. Les services sont offerts selon deux cadres légaux, soit la Loi sur les services de santé et services sociaux (LSSSS), et la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ). Il est question de services de première ligne en amont d'un signalement à la Protection de la jeunesse lorsqu'une référence est effectuée à la LSSSS. Cette année, c'est 5 345 usagers qui ont été inscrits dans les services de première ligne jeunesse comparativement à 4 693 l'an passé et 3 417 en 2020-2021. L'augmentation marquée du nombre d'usagers indique que l'objectif de développer une première ligne forte est en voie de réussite.

Les équipes de la DPJ et du Programme jeunesse ont travaillé à mettre en place différentes trajectoires pour établir 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 puisse être fermé afin que le jeune et ses parents soient orientés vers des services appropriés sur une base volontaire.

Fait à noter, il n'y a aucune liste d'attente en ce qui concerne les services à l'application des mesures en protection de la jeunesse. En effet, dès que l'évaluation de la DPJ conduit à la compromission de la sécurité et du développement de l'enfant, un intervenant à l'application des mesures est assigné au dossier pour assurer les suivis de façon prioritaire.

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 2022-2023, ce sont 276 jeunes qui ont été hébergés comparativement à 266 en 2021-2022. Considérant qu'un placement peut se transformer en cours d'hébergement, pour l'année 2021-2022, ce sont 499 placements qui ont été traités comparativement à 437 pour l'année 2021-2022.

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 2022-2023, ce sont 682 mesures de contention et 77 mesures d'isolement que nous avons appliqué comparativement à 2021-2022, où 937 mesures de contention et 159 mesures d'isolement ont été utilisées. Ces données sont présentées de façon plus détaillée annuellement au comité de vigilance du conseil d'administration. Lorsque requis, 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 détenir les habiletés dans l'application de la contention physique ainsi que dans l'intervention de pacification auprès des jeunes. De plus, le cadre de référence et la formation "Intervention thérapeutique lors de conduites agressives" constituent des guides pour les intervenants. À ceci s'ajoute des formations 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 2022-2023, 212 fugues ont été comptabilisées comparativement à 235 pour l'année dernière. Différentes mesures pour diminuer les fugues sont mises en place, notamment l'appréciation du risque de fugue dès l'admission du jeune en centre de réadaptation. Il est à noter que plus de $\frac{3}{4}$ des fugues ne se font pas à partir des centres de réadaptation puisqu'il s'agit de jeunes qui ne reviennent pas de l'école, de sortie ou encore d'une visite familiale. Notons qu'encore cette année, aucune évasion a eu lieu.

Services de santé mentale jeunesse

L'équipe de santé mentale jeunesse du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue est composée de 10 psychologues répartis dans la région, 15 intervenants psychosociaux et une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale. Au total, ce sont 553 jeunes qui ont obtenu des services en santé mentale jeunesse comparativement à 561 l'année dernière. Concernant les services psychologiques, ce sont 146 usagers qui ont bénéficié de l'intervention d'un psychologue comparativement à 96 l'an dernier. L'objectif est de poursuivre les efforts afin de rejoindre davantage de jeunes qui ont besoin de services spécialisés en santé mentale. La très bonne nouvelle pour la région est l'accueil d'une nouvelle pédopsychiatre. Considérant la possibilité d'accueillir trois pédopsychiatres les efforts de recrutement se poursuivent. En complément, voici des renseignements concernant des projets en cours de développement:

Appartements supervisés pour les jeunes

Dans son rapport d'enquête, la Commission Laurent propose de mettre en place un programme de soutien post-placement jusqu'à l'âge de 25 ans et les volets ciblés sont : le logement, la scolarisation et la qualification professionnelle, le revenu, le soutien social et communautaire de même que l'accès aux services de santé et de services sociaux. En vue de concrétiser cette initiative, un projet d'appartements supervisés

locatifs dans un même immeuble est en cours à Val-d'Or. Il est estimé qu'en 2024, six jeunes pourront intégrer ces appartements et ils seront soutenus par une équipe de professionnels dont les bureaux seront installés dans le même immeuble.

Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés

L'établissement est en cours de déploiement du Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés (PQDSN) dans l'ensemble des unités obstétriques de la région en vue d'offrir les services à compter de décembre 2023. Les buts du programme sont de détecter précocement la surdité présente à la naissance, qui correspond au déficit cible, puis d'entreprendre les interventions thérapeutiques et la réadaptation nécessaires avant l'âge de 6 mois. Précisons que le Programme est offert à tous les nouveau-nés admissibles au Régime d'assurance maladie du Québec qui naissent au Québec. En complément, le programme vise à :

- Offrir la participation au programme de dépistage auditif à tous les parents de nouveau-nés admissibles nés au Québec, sur la base d'un consentement libre et éclairé;
- Appliquer avant l'âge de 1 mois le protocole de dépistage approprié;
- Diriger les nouveau-nés qui ne réussissent pas le protocole de dépistage vers un spécialiste pour une évaluation de l'audition;
- Optimiser la précision du dépistage;
- Orienter vers la surveillance en audiologie les nouveau-nés qui réussissent le protocole de dépistage, mais qui présentent un facteur de risque de surdité évolutive ou d'apparition tardive;
- Achever avant l'âge de 3 mois l'évaluation de l'audition des enfants qui ne réussissent pas les examens du protocole de dépistage;
- Commencer avant l'âge de 6 mois les interventions nécessaires lorsqu'une surdité correspondant au déficit cible est confirmée.

La Direction des soins infirmiers (DSI)

Un recensement de l'utilisation des mesures de contrôle est effectué mensuellement, mais il n'est pas uniforme et fait systématiquement par tous les services. Afin d'améliorer le processus d'analyse, les outils de mesure ont été répertoriés et l'un d'eux a été retenu par le comité de gouvernance des mesures de contrôle de l'organisation où siègent deux représentants de la direction des soins infirmiers. Cet outil permet d'obtenir un portrait en temps réel de l'utilisation des mesures de contrôle, d'en faire une analyse et ainsi ajuster les interventions. Au cours de la prochaine année, il est souhaité de le déployer dans l'ensemble des services de la Direction des soins infirmiers.

La formation "Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle" a été ciblée pour l'ensemble du personnel et près de 200 employés de la direction l'ont suivi. De plus, différents travaux sont en cours pour le déploiement de formations sur l'installation des mesures de contrôle et une conseillère clinique en soins infirmiers participe aux travaux provinciaux qui sont faits en ce sens.

Finalement, en ce qui concerne le volet soutien à la pratique et qualité des soins infirmiers, une révision des outils sur les mesures de contrôle est en cours. Il est souhaité de finaliser la révision complète des procédures, des dépliants et des formulaires concernant les mesures de contrôle et d'assurer leur diffusion à l'ensemble des équipes. Le comité de gouvernance des mesures de contrôle a révisé le plan d'action régional et celui-ci touche l'ensemble des directions.

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. Pour la prochaine année, la DPSMD travaillera avec les directions partenaires à implanter une nouvelle méthode d'intervention pour les contentions, soit Oméga, plutôt que la technique de contrôle par points de pression. Oméga est reconnu en province comme dans les bonnes pratiques. Actuellement la majorité des équipes sont formées. L'étape finale consiste à appliquer cette méthode d'intervention et de l'ajuster aux usagers du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

La Direction des services multidisciplinaires (DSM)

L'équipe du soutien aux pratiques professionnelles et aux programmes a poursuivi ses activités en assurant la coordination de différents comités tels que le comité de coordination en prévention du suicide et le comité de gouvernance des mesures de contrôle. Des travaux importants ont été réalisés en vue de l'entrée en vigueur de la loi 18 (loi sur le curateur). Un total de 122 travailleurs sociaux a reçu la formation complète ou la mise à jour en lien avec l'application de la nouvelle loi.

En surplus, les services sociaux généraux ont travaillé à l'ouverture de lits d'hébergement de crise psychosociale court terme. Des ententes ont été signées avec quatre organismes communautaires de la région et une cinquième entente est en cours de rédaction. Pour le moment, trois lits d'hébergement de crise sont disponibles et l'ouverture de sept lits supplémentaires est prévue pour l'année 2023-2024.

Pour conclure, le service d'imagerie médicale a amorcé plusieurs chantiers en vue de réduire ses délais d'accès. Des travaux sont notamment en cours, en lien avec la régionalisation des listes d'attente et la mise en place de reconnaissance vocale pour la transcription des rapports d'examen. Ainsi, l'accès global au service d'imagerie pour les examens électifs de moins de trois mois s'est amélioré de 5 % passant de 70 % à 75 % et l'accès à la résonance quant à lui est passé de 52 % à 84 %.

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

Comme défini 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). Pour l'année 2022-2023, 19 déclarations ont été faites, dont 71 % par les pharmaciens, 21 % par les médecins et 8 % par l'entremise d'autres sources.

Aux activités régulières de l'équipe de la DSPEUPC, des mandats liés aux activités suivantes se sont ajoutés cette année :

- Mise en place du Guichet d'Accès première ligne (GAP);
- Instauration de projets de télésanté avec l'arrivée de deux professionnels financés par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM);
- Déploiement du programme de Récupération améliorée après la chirurgie en orthopédie (RAAC);
- Ajout d'un poste d'encadrement pour la mise en place de la paramédecine de régulation;
- Développement de l'externat longitudinal intégré pour le secteur d'Amos et préparation de la mise en place pour ÉLI à Val-d'Or;
- Amorçage des travaux pour la mise en place du guichet d'investigation rapide en oncologie pour le siège tumoral poumon;
- Implantation de la liste de garde informatisée en temps réel pour tous les médecins dentistes et pharmaciens;
- Reprise des stages d'observation en médecine et pharmacie pour les étudiants du secondaire;
- Prise en charge des stages en pharmacie;
- Rattrapage chirurgical et diminution des délais en liste d'attente pour les chirurgies oncologiques et non oncologiques;
- Création du comité de gouverne du Centre de répartition des demandes de services (CRDS);
- Ajout d'une coordination des services médicaux de première ligne;
- Application des recommandations de l'INESSS concernant la pertinence des examens de laboratoire en pathologie;
- Migration et implantation du dossier médical électronique dans chacun des sites de prise en charge médicale du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue;
- Expérimentation d'un projet pilote de transport médical sur civière;
- Majoration et consolidation des stages SARROS;
- Début du mandat d'exploration du rôle et de l'implantation des techniciens en pharmacie dans le réseau de la santé;
- Présentation des données d'accès au comité des usagers et comité de vigilance et de la qualité périodique.

La Direction de santé publique (DSPu)

La dernière année s'est caractérisée par la reprise des activités courantes de la direction avec une moindre intensité des efforts liés à la gestion de la pandémie. L'adoption de l'approche de gestion du risque pour les cas de COVID-19 et des milieux en éclosion a permis de reprendre les activités régulières, de développer des projets et d'implanter de nouvelles activités.

Les services de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (SIDEPS) ont eu l'objectif d'offrir de la vaccination contre le MPOX (variole simienne) dans les secteurs de la région. Les infirmières scolaires et d'autres ressources ont quant à elles été mobilisées pour le rattrapage de vaccination au primaire et au secondaire.

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, et le développement de nouvelles actions ayant pour objectif de répondre aux besoins grandissants de la population et accompagner des partenaires pour réduire les inégalités sociales de santé se sont poursuivis. De surcroît, les activités suivantes ont été maintenues :

- L'avis de grossesse provincial informatisé;
- La promotion de la santé mentale positive et soutien à la prévention des problématiques psychosociales auprès des jeunes âgés de 5 à 25 ans;
- La révision de l'offre de service en milieu scolaire et l'intégration de nouveaux professionnels;
- La prévention de dépendances auprès des jeunes dans les écoles de la région en collaboration avec les partenaires scolaires et communautaires;
- Le déploiement du nouveau cadre de référence des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et l'implantation de soutien clinique formalisé;
- La bonification de l'offre de services d'éducation prénatale en ligne. Un processus d'amélioration continue a été instauré et la satisfaction des usagers a été mesurée permettant de procéder aux ajustements requis;
- La mise en œuvre du programme d'entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants (EMMIE);
- Le déploiement de la Stratégie nationale de prévention des surdoses de substances psychoactives;
- La participation au déploiement d'activités en prévention du vapotage chez les jeunes dans les écoles secondaires.

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

- Produire un avis de santé publique sur les émissions de la Fonderie Horne et sur le plan déposé dans le cadre du renouvellement de son autorisation ministérielle;
- Adresser des demandes de soutien scientifique en lien avec le dossier de la qualité de l'air à Rouyn-Noranda (INSPQ, Santé Canada);
- Tenir des rencontres publiques visant à informer la population du quartier Notre-Dame sur différents enjeux de santé en lien avec la qualité de l'air à Rouyn-Noranda;
- Assurer une vigie dans le dossier de la contamination de l'eau potable à Val-d'Or par des composés perfluorés (PFAS);
- Participer à la consultation publique de l'Agence d'évaluation d'impact du Canada (AEIC) sur le projet minier Marban à Dubuisson;

- Répondre aux besoins de formations de partenaires communautaires (chaleur accablante, contrôle des punaises de lit et des blattes);
- Contribuer financièrement au projet d'échantillonnage bactérien (E. coli) visant à déterminer les sources de contamination (humain ou animal) au lac Fortune à Rouyn-Noranda;
- Siéger sur différents comités de travail thématiques de la Table de concertation nationale en santé environnementale (aménagement, logement, eau potable, Covid dans les eaux usées);
- Participer à la révision des Orientations gouvernementales en aménagement du territoire (OGAT);
- Participer à la diffusion publique des résultats de l'étude du suivi des effets individuels et sociaux des changements liés aux activités minières à Malartic couvrant la période 2013-2020.

Il est à noter qu'au cours de l'année 2022-2023, l'équipe de conseillers en santé environnementale a doublé, passant de deux à quatre ressources professionnelles. Avec le soutien d'un médecin-conseil, l'équipe 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, les travaux se poursuivent concernant la réorganisation des services et de l'organisation du travail en contexte de pénurie d'infirmières. La démarche, toujours en cours, permettra d'assurer une utilisation efficiente des ressources humaines à long terme tout en atteignant 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. En ce sens le comité assure les suivis 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 veillé à la mise en place des recommandations faites dans le cadre du régime des plaintes de l'établissement et réalisé une vigie dans d'autres dossiers touchant la qualité et la sécurité des soins et services à l'usager.

En plus, 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 recommandations formulées par le comité des usagers du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue qui stipule que :

- Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue maintient les mécanismes de communication en continu avec les représentants des comités des usagers et de résidents afin de recevoir et connaître les préoccupations des usagers et assurer la transmission d'information au sujet des services alimentaires;
- La DQÉPÉ et le CUCI identifient, avec la collaboration la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ), des moyens qui permettront aux comités des usagers et de résidents de répondre à leur mandat de promotion des droits et de la qualité des services avec un soutien adapté pour la réalisation de leur projet;
- 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;
- Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue s'assure que tous les comités milieu de vie des CHSLD soient actifs au plus tard le 31 mars 2023;
- Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue contribue, avec le CUCI à informer le personnel du rôle et du mandat des comités des usagers et de résidents en regard de la promotion des droits des usagers et de la promotion de la qualité des services;
- 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;
- 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;
- Le CISSS prend les mesures nécessaires afin que soit respectée la grille de tarification des stationnements prescrite par le MSSS au plus tard le 31 mars 2023.

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 2022-2023, 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 2022-2023, l'équipe a reçu 316 dossiers de plaintes, a ouvert 94 dossiers d'intervention et a terminé le traitement de 655 motifs d'insatisfaction. 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 comme 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. En

cours d'année, l'équipe a complété le traitement de 304 plaintes et 75 interventions. Du côté des plaintes médicales, ce sont 82 plaintes qui furent reçues dont 81 ont été traitées. En 2022-2023, l'équipe a également réalisé 440 assistances et a été consultée dans 60 dossiers.

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.

Pour l'année 2022-2023, 114 mesures individuelles et 213 mesures systémiques ont été recommandées dans les dossiers de plaintes, alors que dans les dossiers d'intervention, ce sont 31 mesures à portée individuelle et 25 à portée systémique qui furent mises en place. C'est donc un total de 383 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 19 et 20, alors que le tableau 21 expose des exemples des améliorations apportées.

Tableau 19: Mesures d'amélioration à portée individuelle

	Mesures	Total
Mesures à portée individuelle	Adaptation des soins et services	
	Ajustement des activités professionnelles	8
	Amélioration des communications	2
	Cessation des services	1
	Changement d'intervenant	2
	Élaboration/révision/application	9
	Encadrement de l'intervenant	33
	Évaluation ou réévaluation des besoins	8
	Formation du personnel	3
	Relocalisation / transfert d'un usager	11
	Autre	1
	Adaptation du milieu et de l'environnement	
	Ajustement technique et matériel	2
	Amélioration des mesures de sécurité et protection	3
	Ajustement financier	8
	Conciliation/intercession/médiation/ liaison/précision/explication	4
	Information/sensibilisation d'un intervenant	30

	Mesures	Total
	Obtention de services	9
	Respect des droits	9
	Respect du choix	1
	Autre	1
	TOTAL	145

Tableau 20 : Mesures d'amélioration à portée systémique

	Mesures	Total
Mesures à portée systémique	Adaptation des soins et services	
	Ajustement des activités professionnelles	37
	Ajout de service ou de ressource humaine	4
	Amélioration des communications	12
	Collaboration avec le réseau	7
	Élaboration/révision/application	17
	Encadrement des intervenants	11
	Évaluation des besoins	1
	Information et sensibilisation des intervenants	32
	Réduction du délai	9
	Autre	8
	Adaptation du milieu et de l'environnement	
	Ajustement technique et matériel	18
	Amélioration des conditions de vie	7
	Amélioration des mesures de sécurité et protection	9
	Autre	2
	Adoption/révision/application des règles et procédures	35
	Ajustement financier	4
	Communication/promotion	9
	Formation/supervision	10
	Respect des droits	5
	Autre	1
	TOTAL	238

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

Motif d'insatisfaction	Catégorie de mesure appliquées	Mesure mise en place
<p>Accessibilité : Un usager conteste son exclusion d'un organisme communautaire.</p>	<p>Adoption/révision/ application des règles et procédures</p>	<p>Il fut recommandé à l'organisme de se doter d'un code de vie présentant les droits et les responsabilités des usagers recevant leurs services ainsi que d'établir un processus formel d'encadrement des comportements inadéquats des usagers précisant la gradation des sanctions et permettant à l'usager de donner sa version des faits.</p>
<p>Aspect financier : L'usager conteste le montant reçu pour ses déplacements pour recevoir des soins hors région en lien avec la Politique de déplacement des usagers.</p>	<p>Ajustement financier</p>	<p>L'établissement a remboursé les montants supplémentaires auxquels l'usager avait droit en raison de la nécessité d'avoir la présence de son accompagnateur.</p>
<p>Droit particulier : Une usagère considère ne pas avoir eu toute l'information nécessaire en lien avec un service de groupe, et ce, avant de consentir à ce service.</p>	<p>Respect des droits</p>	<p>La direction a produit un feuillet explicatif sur l'ensemble des services offerts à la clientèle. Un processus de discussion et d'aide à la décision est en place pour supporter l'usager et pour documenter le tout.</p>
<p>Maltraitance : Un signalement a été fait concernant de la maltraitance physique de la part d'une employée.</p>	<p>Encadrement de l'intervenant/soins et services dispensés</p>	<p>Une enquête administrative a été déclenchée dans le milieu et plusieurs mesures d'amélioration ont été mises en place par le partenaire en collaboration avec les directions concernées dans l'établissement.</p>
<p>Soins et services dispensés : Des préoccupations sont ressorties lors d'une analyse en lien avec une situation de possible abus sexuel concernant l'utilisation des trousse médco-légales.</p>	<p>Formation/supervision</p>	<p>Plusieurs mesures furent mises en place pour améliorer les compétences et les connaissances liées à l'utilisation des trousse médco-légales par le personnel clinique.</p>

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 2022-2023, ce sont 45 motifs de maltraitance qui ont été signalés au bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services au cours du présent exercice et qui ont été ouverts en plainte ou en intervention. L'équipe a terminé l'analyse de 30 des 45 motifs reçus. Sur les 30 motifs de maltraitance analysés, 22 ont eu un traitement complété avec des mesures identifiées pour mettre fin à la situation de maltraitance. En plus de ces dossiers, l'équipe a également ouvert 48 dossiers d'assistance, dont 40 portaient sur les situations d'agressions entre usagers devant être signalées au commissaire aux plaintes et à la qualité des services conformément aux lignes directrices en gestion des risques. Finalement, 13 demandes de consultations adressées à l'équipe portaient sur des questions liées à la maltraitance.

Recommandations découlant des plaintes médicales

En 2022-2023, l'établissement a reçu 82 plaintes médicales. À chaque rencontre, le comité de vigilance et de la qualité reçoit les recommandations mises en place dans les dossiers de plaintes médicales. Il n'y a eu aucune recommandation systémique faite par les médecins examinateurs en 2022-2023. Les plaintes reçues étant d'ordre individuel plutôt que systémique, les recommandations faites dans les dossiers sont à portée individuelle et ont été transmises aux médecins visés.

5.3.2 Le coroner

Rapports du coroner

Six dossiers ont été déposés au comité en cours d'année. Aussi, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services a reçu les deux rapports annuels du comité d'examen des décès liés à la violence conjugale (novembre 2022). Ce rapport comporte 25 recommandations qui sont adressées notamment à différents ministères, organismes publics et parapublics, ordres professionnels et institutions d'enseignement supérieur. Les CISSS de la province ont été interpellés à produire un suivi de ce rapport, bien qu'aucune recommandation ne soit directement liée à un établissement en particulier.

Parmi les dossiers effectués en cours d'année, deux sont ouverts depuis 2020-2021 et n'ont pas obtenu de suivi du coroner. Six dossiers ont été déposés pour l'année 2022-2023, les suivis demandés ont été réalisés et ils sont maintenant fermés. Au total, trois recommandations ont été adressées à l'établissement, celles-ci portent sur des références à faire au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

afin d'effectuer des révisions de dossiers et d'actes professionnels. Toutes les actions ont été réalisées en lien avec les suivis demandés.

Après analyse de ces suivis, le comité de vigilance et de la qualité n'a pas émis de recommandation particulière et aucune intervention supplémentaire n'a été nécessaire.

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 comité de vigilance et de la qualité (CVQ) à la suite des 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 2022-2023, 11 dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen pour étude. Il s'agit d'une diminution du nombre de dossiers soumis en deuxième instance, comparativement à l'an dernier où 19 dossiers avaient été transmis au Protecteur. Le Protecteur a également initié une intervention concernant une situation particulière dans une résidence privée pour aînée de la région en 2022-2023. Ce dossier fut conclu avec une recommandation au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

En cours d'année, l'établissement a reçu les conclusions du Protecteur dans 13 dossiers incluant le dossier ouvert de sa propre initiative. Tel qu'exposé au tableau 21, des recommandations ont été faites par le Protecteur dans quatre dossiers. Cela signifie que dans la grande majorité des dossiers soumis, le Protecteur du citoyen, après analyse, corrobore et appuie le traitement effectué par le bureau de la commissaire aux plaintes, sans y ajouter d'autre élément de recommandation.

Tableau 22 : Exemples de mesures mises en place pour donner suite aux recommandations du Protecteur du citoyen

Motif d'insatisfaction	Recommandation du Protecteur	Mesure mise en place
<p>Soins et services dispensés : Le plaignant considère que l'équipe ne lui permet pas de participer aux décisions concernant les services offerts à son fils.</p>	<p>Planifier une rencontre de révision du plan d'intervention avec l'auteur de la plainte pour établir des objectifs spécifiques le concernant.</p>	<p>Plusieurs tentatives furent faites pour fixer une rencontre, mais l'auteur ne s'est pas prévalu des possibilités offertes. Le Protecteur du citoyen a annulé le suivi constatant les démarches faites par l'établissement.</p>
<p>Accessibilité : L'utilisateur conteste le délai d'attente pour être pris en charge à l'urgence.</p>	<p>Prendre les mesures nécessaires afin que le personnel infirmier au triage à l'urgence puisse réévaluer l'état des personnes en attente de prise en charge médicale selon les délais prescrits.</p>	<p>Plusieurs mesures ont été mises en place pour assurer la réalisation des réévaluations et l'efficacité des mesures a été évaluée à l'aide d'audits.</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 des exemples d'activités de présentation réalisées en 2022-2023 :

- Rôle de l'équipe de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services lors d'activités auprès des résidents et des familles dans les CHSLD de la région;
- Régime d'examen des plaintes à la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) en collaboration avec la commissaire-conseil;
- Régime d'examen des plaintes à plusieurs équipes et gestionnaires de divers programmes (par Teams ou en présence).

Pour conclure, 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 2022-2023, 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 DQÉPÉ sera responsable de la vigie des suivis accordés aux différents dossiers en cours et à venir.

Recommandations des instances internes

Les bilans des activités (2021-2022) du 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 2021-2022 en avril 2023. 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.

Le rapport annuel du conseil des infirmières et infirmiers (CCII) a été déposé au CVQ. En raison de la pandémie et de la pénurie de personnel qui sévissaient en l'année de référence, les activités du CII ont été passablement ralenties.

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

En 2022-2023, en raison de la pandémie de COVID-19, aucune visite ministérielle de la qualité n'a été réalisée dans les divers établissements de soins de longues durées de l'Abitibi-Témiscamingue. La dernière visite a été réalisée en octobre 2021 pour le CHSLD de Rouyn-Noranda et en mars 2022, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a reçu le rapport de visite. Suivant les recommandations émises, qui seront présentées à la rencontre d'avril 2022, le comité de vigilance et de la qualité assurera la vigie sur la mise en place des diverses recommandations.

En 2023-2024, le MSSS a annoncé la reprise des visites suivant l'amélioration de la situation pandémique. Le comité de vigilance et de la qualité sera à l'affût des visites et des recommandations à venir. Les suivis requis ont été effectués concernant les autres plans d'amélioration en cours de réalisation.

Autres dossiers présentés au CVQ

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

- Pandémie, vaccination et reprise des services 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'usager;
- Le bilan en éthique et éthique de la recherche;
- Le portrait des services en proche aide;
- 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;
- 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;
- Le nouveau règlement RPA et ses enjeux;
- Le suivi des délais d'attente en IRM;
- La prise en charge des cas oncologiques en chirurgie;
- L'implantation du service en radio-oncologie;
- Le bilan de l'entente de gestion et d'imputabilité du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue;
- Le suivi du dossier ophtalmologie (délais, recrutement, etc.);
- Le suivi des dossiers du CRDS (GAMF, GAP, PQDCS, PQDCCR, APSS) et délais en chirurgie ainsi que le bilan des listes d'attente à l'implantation du CRDS;
- Le projet de récupération accélérée après la chirurgie (RAAC);
- L'état de situation du dossier maltraitance;
- Le suivi des recours collectifs de l'établissement, notamment en CHSLD et en jeunesse;
- La liste d'attente des médecins spécialistes;
- Les enjeux liés aux délais de transcription;
- La situation de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) concernant l'unité d'hébergement Québec;
- Le plan de contingence concernant les ambulances dans le secteur de Senneterre;
- L'ouverture d'un site NSA;
- Certaines situations demandant une attention particulière de la part du comité.

De plus, le comité de vigilance et de la qualité a été informé des actions mises en œuvre dans une ressource intermédiaire et de la tenue d'une enquête administrative dans une RI. Les équipes demeurent mobilisées en vue de mettre en place des mécanismes liés au contrôle qualité pour la Direction du programme SAPA. Par ailleurs, elles soulignent la collaboration développée avec les RI et s'engagent à instaurer les processus permettant de pérenniser les actions mises en place. Le comité a aussi été mis au courant des travaux entourant la maltraitance ainsi que des situations potentielles de même que des actions afin de les prévenir. Toutes les

directions concernées ont travaillé de concert à la réalisation de l'enquête ainsi qu'aux mesures correctives et de protection des usagers.

Une RI-RPA a également été suivie par la DQÉPÉ et la DPSAPA durant l'année 2021-2022 afin d'offrir un accompagnement personnalisé notamment en ce qui concerne la gestion administrative de la ressource et des divers éléments de certification.

Afin de s'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés, la DPSMD, la DSPEUPC, la DPSAPA et la DSPu ont présenté divers dossiers en matière d'amélioration continue, d'accessibilité, d'enjeux qualité et de suivi de plans 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 23 : Portrait des mises sous garde

Nombre de mise sous garde	Mission CH	Mission CHSLD	Mission CLSC	Autre mission	Total établissement
Mises sous garde préventive appliquées	309				309
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
Mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	57	(56)	(1)	()	57
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	56
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)	50*	0	()	()	50

*Suite au dépôt des demandes, l'établissement s'est désisté pour une demande et le tribunal a rejeté cinq demandes, résultat à 50 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 15 personnes différentes utilisent cette plateforme chaque mois pour adresser leurs 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 conférences de presse et points de presse virtuels** : Ces activités sont planifiées pour transmettre des renseignements concernant divers sujets d'actualité;
- **Le courriel 08_cierrat_communications@sss.gouv.qc.ca** : Les médias et la population adressent plus d'une centaine de questions par l'entremise de cette adresse. De plus, en moyenne 15 entrevues sont accordées chaque mois dans les médias régionaux et nationaux. Il est à noter qu'une diminution des questions citoyennes est observée en raison de la stabilité de la situation épidémiologique et des différentes mesures sanitaires en vigueur. 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;
- **Les demandes d'accès à l'information** : En raison de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, l'organisation a reçu 55 demandes.

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, ministère des Affaires municipales et de l'Habitation, Sûreté du Québec, Sécurité civile, milieu de l'éducation);
- Organismes communautaires.

06

Application de la
politique portant sur
les soins de fin de vie



6. Application de la politique portant sur les soins de fin de vie

Le tableau 24 décrit les mesures appliquées dans le cadre de la politique portant sur les soins de fin de vie.

Tableau 24 : 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	1178
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	86
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	123
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	123
	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>	ND

Note :

Le nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie a diminué de 4,5 % par rapport à l'année précédente. Autre constat, le nombre de demandes d'aide médicale à mourir (AMM) formulées et le nombre de sédations palliatives ont augmenté en comparaison à la dernière année.

Une formation portant sur l'AMM été offerte aux médecins et une seconde à l'ensemble des professionnels de l'établissement. Davantage de médecins offrent l'AMM, ce qui peut expliquer la hausse des demandes. Néanmoins, les données présentées dans le tableau précédent excluent les demandes non-administrées. Pour le moment, les systèmes d'information ne permettent pas de recevoir les données, mais un outil sera mis en place à cet égard en 2023-2024.

07

Ressources humaines



7. Ressources humaines

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

Tableau 25 : Répartition de l'effectif en 2021 par catégorie de personnel¹

	Nombre d'emplois au 31 mars 2022			Nombre d'ETC en 2021-2022		
	2022	2022 COVID	2022 Total	2022	2022 COVID	2022 Total
1 – Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	1 466	93	1 559	1 179	45	1 224
2 – Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	1 722	266	1 988	1 247	135	1 388
3 – Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	825	133	958	696	66	762
4 – Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	1 512	60	1 572	1 269	33	1 302
5 – Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales	30	-	30	25	-	25
6 – Personnel d'encadrement	261	2	263	255	2	257
8 – Personnel embauché temporairement par arrêté ministériel	1	9	10	1	4	4
Total	5 817	563	6 380	4 678	284	4 962

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 suivant 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 auraient été nécessaires 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 26 : 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		
	2022-03-27 au 2023-03-25		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées
1 – Personnel d'encadrement	456 188	3 877	460 065
2 – Personnel professionnel	1 457 416	15 133	1 472 550
3 – Personnel infirmier	2 168 441	138 319	2 306 760
4 – Personnel de bureau, technicien et assimilé	3 948 991	136 104	4 085 095
5 – Ouvriers, personnel d'entretien et de service	965 798	27 052	992 850
6 – Étudiants et stagiaires	9 192	374	9 566
Total 2022-2023	9 006 028	320 859	9 326 887
Total 2021-2022			9 515 918
		Cible 2022-2023	9 300 285
		Écart	(26 601)
		Écart en %	(0,3 %)

Atteinte des cibles du MSSS

Au niveau du contrôle des effectifs, conformément à la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs, l'établissement a légèrement dépassé la cible de 26 601 heures, ce qui représente un pourcentage de 0,3 %. Par contre, il est à noter que la cible 2022-2023 est diminuée de plus de 200 000 heures comparativement à la cible que l'établissement avait pour l'année 2021-2022.

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 2023

Tableau 27 : Dépenses par programmes-services

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent		Variations des dépenses	
	Dépense	%	Dépense	%	\$	%
Programme-service						
Santé publique	21 179 356	3 %	34 481 876	4 %	(13 302 520)	-63 %
Services généraux - activités cliniques et d'aide	39 260 306	5 %	35 266 328	4 %	3 993 978	10 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	171 105 340	22 %	176 246 164	22 %	(5 140 824)	-3 %
Déficience intellectuelle et TSA	38 771 769	5 %	38 554 780	5 %	216 989	1 %
Déficience physique	25 509 611	3 %	25 242 677	3 %	266 934	1 %
Jeunes en difficulté	63 952 882	8 %	64 266 196	8 %	(313 314)	0 %
Dépendances	8 544 635	1 %	7 029 226	1 %	1 515 409	18 %
Santé mentale	38 072 879	5 %	37 508 194	5 %	564 685	1 %
Santé physique	240 504 324	31 %	228 863 881	29 %	11 640 443	5 %
Administration						
Administration	48 714 341	6 %	49 405 554	6 %	(691 213)	-1 %
Soutien aux services	45 287 332	6 %	48 599 015	6 %	(3 311 683)	-7 %
Gestion des bâtiments et des équipements	46 315 445	6 %	46 309 443	6 %	6 002	0 %
Total	787 218 220	100 %	791 773 334	100 %	(4 555 114)	-39 %

* : 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 2023, l'établissement à réaliser un déficit de 43 659 148 \$ au fonds d'exploitation et un surplus de 48 515 140 \$ 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 service 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 28 : Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus

Contrat	Nombre	Valeur (\$)
Contrats de service avec une personne physique	0	0
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique	84	22 054 233
Total des contrats de service	84	22 054 233

8.4 État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

Tableau 29 : Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX) 2	Nature 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 5
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers				
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 2022-2023	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 créditeurs 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 dépense 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. Aucun impact sur les états financiers de 2022-2023.	0600 Régulé

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX) 2	Nature 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 5
En lien avec les indexations salariales et les montants forfaitaires non récurrents ayant un effet rétroactif annoncé 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 surévalués d'un montant estimatif de 5 446 804 \$	2021-2022	0500 Réserve	L'établissement a comptabilisé la dépense 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. Aucun impact sur les états financiers de 2022-2023.	0600 Régulé
Dans le cadre de l'application au 1er avril 2022 du chapitre SP 3280 « Obligations liées à la mise hors service d'immobilisation », du Manuel de la comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, l'établissement a comptabilisé, au 31 mars 2023, un passif au titre des obligations liées à la mise hors service des immobilisations pour lequel nous n'avons pas été en mesure d'obtenir des éléments probants suffisants et adéquats	2022-2023	0500 Réserve	L'établissement a comptabilisé le montant selon les gabarits du ministère de la Santé et des services sociaux.	0620 Non réglé
Rapport de l'auditeur indépendant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées				
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant				
Les informations comparatives de la section de consolidation des pages 600 n'ont pas été présentées	2012-2013	0520 Commentaires	Aucune, car présentation du AS-471 selon la demande du MSSS	0620 Non réglé
Dans le cadre du renouvellement des conventions collectives 2023-2028, le gouvernement a déposé publiquement ses offres salariales aux employés de l'état le 15 septembre 2022, mais l'Établissement n'a pas provisionné de montant à payer à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par conséquent, les salaires, avantages sociaux et charges sociales pour l'exercice terminé le 31 mars 2023 et les créditeurs au 31 mars 2023 sont sous-évalués d'un montant de 6 205 669 \$.	2022-2023	0520 Commentaires	Non comptabilisé à la demande du ministère de la Santé et des services sociaux	0620 Non réglé

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) participe à des 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. Elle a complété et mis de l'avant des projets de petites et moyennes envergures ainsi que des 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 2022-2023.

Tableau 30 : Faits saillants de la DSTL

Fait saillant	Nombre de projets / demandes	Montant (M \$)
Achat d'équipements médicaux	N/A	10,3
Maintien des actifs	56 projets	5,7
Rénovation fonctionnelle	8 projets	2,9
Achat d'équipements non médicaux	N/A	2,4
Demandes faites via logiciel Guide TI	28 440 demandes	N/A
Demandes faites via Octopus (GBM)	4 951 demandes	N/A

Tableau 31 : Projets majeurs déployés par la DSTL

Nom du projet	Valeur budgétaire du projet (M \$)
Maison des aînés et alternative de Val-d'Or	32,0
Maison des aînés et alternative de Rouyn-Noranda	29,7
Groupe de médecine familiale universitaire de Val-d'Or	10,2
Centralisation des cuisines à Rouyn-Noranda	5,2
Maison des aînés et alternative spécialisée de Macamic	En planification
Maison des aînés de Palmarolle	En planification
Agrandissement et réaménagement de l'urgence et soins intensifs de l'Hôpital d'Amos	En planification
Mise aux normes des salles blanches* de l'Hôpital d'Amos	En planification
Réaménagement du service alimentaire du CHSLD de Macamic	En planification

*La salle blanche est un environnement à contamination contrôlée qui a pour objectif de fournir un environnement de travail qui limite la présence de particules à l'intérieur de celui-ci grâce à un système particulier de filtration de l'air. Cet équipement permet aux pharmaciens et aux assistants techniques seniors en pharmacie œuvrant en milieu hospitalier de préparer diverses médications qui seront administrées entre autres par voie intraveineuse.

10

Les ressources
informationnelles



10. La ressources informationnelles

Du point de vue des technologies, l'année 2022-2023 a été marquée par la réalisation du Plan de modernisation technologique (PMT) qui vise à offrir aux citoyens un système de santé et de services sociaux plus humain et performant, transformé par le numérique. Un premier exercice PMT 2022-2025 a été réalisé et des ressources ont été dédiées pour soutenir les utilisateurs en vue de leur offrir un service répondant à leurs besoins. Afin de réaliser le PMT les projets et activités suivants ont été planifiés, débutés ou complétés.

Renforcer et moderniser les outils technologiques

- Débuter les travaux de refonte du portail web de services;
- Amorcer les travaux de mise en place de Power Automate;
- Poursuivre le déploiement de la solution Power BI et travailler une architecture de données;
- Débuter les travaux pour la mise en place de reconnaissance vocale en imagerie médicale;
- Entamer les travaux pour le rehaussement du système de dictées;
- Soutenir l'implantation d'une solution informatique pour la gestion des rendez-vous des physiothérapeutes et ergothérapeutes;
- Poursuivre l'implantation d'un Dossier médicale électronique (DMÉ) en CLSC et GMF publics;
- Soutenir la refonte de l'intranet du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue;
- Doter la DRI d'une gestion documentaire infonuagique;
- Soutenir la mise en place d'une solution pour la gestion des lits – NSA;
- Contribuer à l'implantation d'une solution informatique pour la gestion des horaires de garde;
- Finaliser l'implantation de l'environnement physique (réseau et des équipements) et l'environnement logique (pour la disponibilité des logiciels et des accès gérés par la DRI) concernant le projet Aire ouverte;
- Poursuivre le rehaussement de divers logiciels : Med-Urge, Médi-Rad, PACS, PIJ;
- Embaucher des ressources pour assurer le développement des outils technologiques.

Rehausser la capacité du réseau de télécommunication (incluant la réseautique interne)

- Débuter les travaux de consolidation de la VoIP régionale;
- Élaborer les devis techniques WIFI-réseau et les normes de références en matière de télécommunication;
- Poursuivre le déploiement du réseau WIFI usagers en établissement;
- Maintenir les actifs informationnels;
- Continuer le rehaussement de : l'infrastructure des télécommunications, les serveurs hyperconvergences, les câblages au laboratoire, l'UPS;
- Débuter la refonte des salles de serveurs;
- Poursuivre le maintien des actifs informationnels (MAI).

Rehausser la cybersécurité

- Assurer la sécurité des actifs informationnels en poursuivant la consolidation des centres de traitement informatique (CTI);
- Poursuivre les activités de sensibilisation liées à la cybersécurité;

- Assurer la sécurité de Microsoft et les correctifs de rapports;
- Ajuster et améliorer les systèmes de caméras régionaux;
- Mettre à jour du système de sauvegarde.

Procéder au virage vers l'infonuagique

- Poursuivre les travaux de migration vers l'infonuagique;
- Continuer les travaux des systèmes de pharmacie en mode web;
- Supporter les travaux de numérisation des dossiers en santé et sécurité au travail.

Arrimer les projets provinciaux prioritaires - Assurer les suivis requis visant à implanter un SIL unique provincial (Optilab)

- Soutenir l'implantation de l'orchestrateur HUB en GMF et hors GMF;
- Débuter la mise en place de la technologie nécessaire aux Maisons des aînées et alternatives de Rouyn-Noranda et de Val-d'Or.

Mettre en place les fondations nécessaires à l'implantation du Dossier de santé numérique

- Se doter d'un plan directeur en matière de transformation numérique;
- Embaucher de ressources pour assurer le virage vers la transformation numérique.

De surcroît, au cours de l'année 2022-2023, la DRI a travaillé sur 65 projets. Elle entrevoit pour l'année 2023-2024, effectuer les projets et activités inscrits à son PMT, mais également travailler sur les projets suivants :

- Déployer une solution pour les files d'attente virtuelles;
- Déployer de l'applicatif pour le système d'alertes informatisées et de repérage des clientèles SAIRC;
- Implanter l'applicatif web DSIE-REPERE;
- Mettre en place le Pré-DSN interopérabilité des imageries médicales;
- Supporter la mise en place d'un outil de gestion à la fluidité hospitalière;
- Contribuer à la mise en place d'un système de communication d'urgence;
- Déployer une solution de gestion et maintien de l'inventaire des équipements de la DRI et DSTL;
- Moderniser les outils de diffusion dans les salles d'attente aux urgences;
- Implanter GRH paie web et extranet;
- Poursuivre la migration des licences Zoom vers Teams;
- Débuter les travaux de déploiement du réseau WIFI en CHSLD et tous autres centres où sont hébergés des résidents.

Les opérations et service à la clientèle

Les opérations demeurent au cœur du quotidien de la DRI. La figure 3, illustre qu'au cours de la dernière année, 19 663 demandes de service ont été adressées et traitées et 15 073 incidents ont été traités par l'équipe TI.

Figure 2 : Gestion des incidents 2022-2023

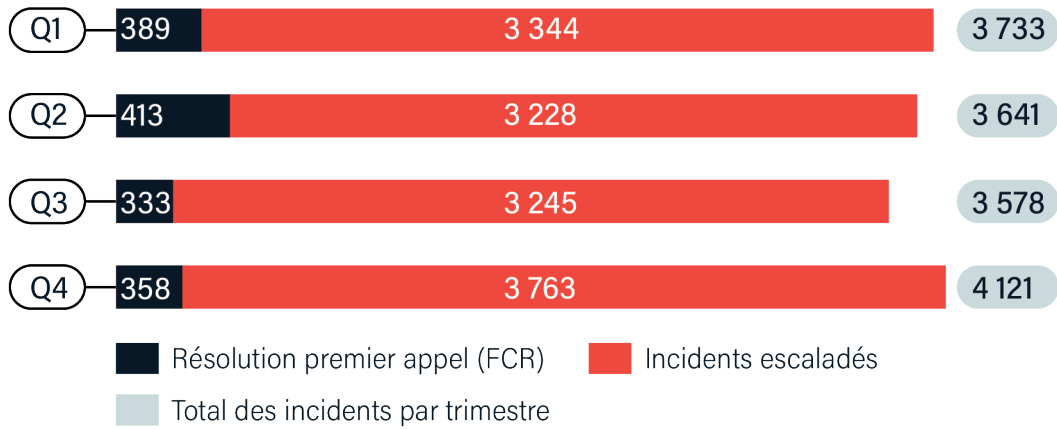
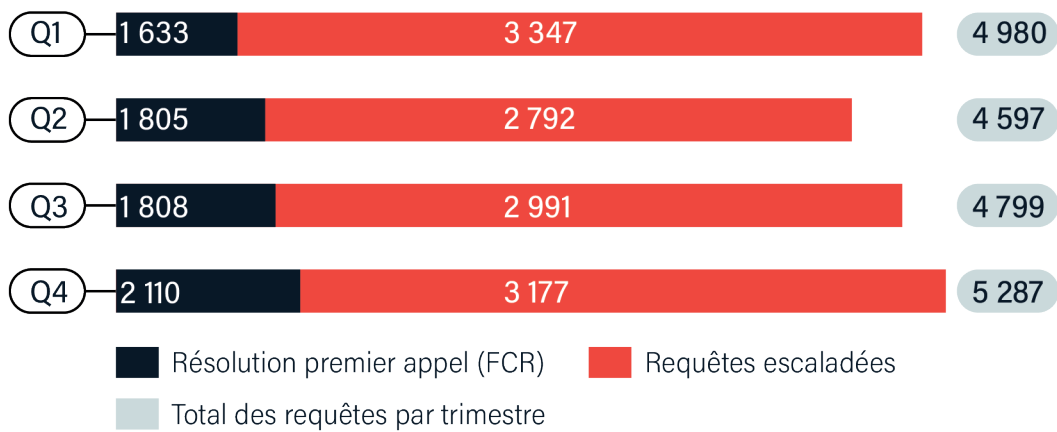
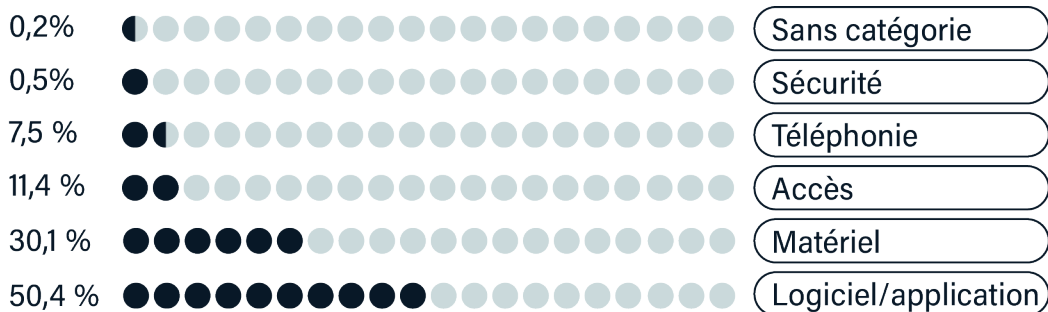


Figure 3 : Gestion des demandes de services 2022-2023



En dernier lieu, à la figure 4, il y a une répartition des incidents résolus par catégorie. Par conséquent, plus de 50 % concernent les logiciels et applications.

Figure 4 : Taux d'incidents résolus par catégorie 2022-2023



Environnement technologique

Il est à noter que l'environnement technologique du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue regroupe plus de :

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

Pour soutenir cet écosystème technologique, l'établissement compte sur une équipe regroupant près de 50 ressources spécialisées en technologies de l'information (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 2022-2023, aucun élément de divulgation n'a été acheminé à l'un ou l'autre des responsables. De plus, l'établissement a renouvelé son règlement sur le conflit d'intérêts et y a réitéré les concepts de divulgation des actes répréhensibles.

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 144 organismes communautaires en 2022-2023. De ce nombre, 120 organismes œuvrant principalement en santé et services sociaux sont financés en soutien à leur mission globale représentant un total de 24 791 771 \$. L'enveloppe PSOC est rehaussée d'un montant de 1 810 700 \$ par rapport à 2021-2022 à laquelle il faut ajouter l'indexation de 2,9 % en 2022-2023.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a également investi un total de 2 491 141\$ 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 32 : Attribution des fonds au PSOC

Nom des organismes	Mission globale (\$)		Activités spécifiques (\$)	
	2022-2023	2021-2022	2022-2023	2021-2022
Accès logis				
Résidences Témiscaming			13 909	13 517
Table concertation pers. âgées du Témiscaming			22 761	22 120
Total Accès logis	0	0	36 670	35 637
Agressions à caractère sexuel (CALACS)				
CALACS L'Étoile du nord	405 224	388 945		
CALACS Témiscamingue	247 870	218 77	5 000	
CALACS-ABITIBI (Centre aide/lutte agression sexuelle)	289 292	263 913		
CAPACS A-O (Centre aide/lutte agression sexuelle)	288 906	263 491	4 800	
Point d'appui	406 025	389 723		
Total Agressions à caractère sexuel (CALACS)	1 637 317	1 524 843	9 800	
Autres ressources jeunesse				
Association des grands frères et grandes sœurs de l'Abitibi-Ouest	95 013	70 929		
Association des grands frères et grandes sœurs de Rouyn-Noranda	94 988	70 902		
Espace Abitibi-Est	379 264	357 060		1 053

Nom des organismes	Mission globale (\$)		Activités spécifiques (\$)	
	2022-2023	2021-2022	2022-2023	2021-2022
L'Interlocal de jeunes MRC Rouyn-Noranda	137 033	100 033	25 000	
ÉLAN (Mobilisation Espoir Jeunesse)	133 345	93 962		
Projet Jeunesse St-Michel	102 358	79 010		
Total Autres ressources jeunesse	905 001	771 896	25 000	1 053
Autres ressources femmes				
Au sein des femmes	88 901	64 204	2 231\$	1 728
Les Marginales	93 846\$	50 918		
Total Autres ressources femmes	182 747	115 122	2 231	1 728
Centre d'action bénévole				
Centre bénévolat de Rouyn-Noranda	171 710	155 318	5 000	
Centre bénévolat de Val-d'Or	136 604	123 123		1 550
Centre bénévolat du Lac Témiscamingue	113 430	91 193		
Centre d'action bénévole L'amicale	105 198	87 639		
Total Centre d'action bénévole	526 942	457 273	5 000	1 500
Centres de femmes				
Centre de femmes l'Érige	257 231	228 972	5 000	235
Centre Entre-femmes	257 416	229 174	2 175	2 805
Comité de la condition féminine au Témiscamingue	257 359	229 112		
Femmes Ressources	138 913	100 031		
Total Centres de femmes	910 919	787 289	7 175	3 040
Concertation régionale				
CROC-AT	170 128	131 611		7 790
Corporation de développement communautaire d'Amos			23 192	22 538
Corporation de développement communautaire du Témiscamingue			23 193	22 539
Regroupement des organismes communautaires Abitibi-Ouest			23 550	22 886
Regroupement des organismes communautaires Rouyn-Noranda			23 650	22 983
Regroupement des organismes communautaires Vallée-de-l'Or			23 193	22 539
Total Concertation régionale	170 128	131 611	116 778	121 275
Dépendances et hébergement d'urgence				
Accueil d'Amos	260 282	252 947	50 000	50 000
Groupe IMAGE de l'A-T (Centre Gérard-Brisson)	149 457	133 618	2 000	2 000
Maison du compagnon de La Sarre	363 336	296 719	5 914	2 393
Maison du soleil levant de Rouyn-Noranda	293 099	284 839	5 000	2 000
Manoir du chemin pour la sobriété	147 963	109 893		1 900
Piaule de Val-d'Or	462 766	404 397	2 000	2 000
Unité Domrémy de Val-d'Or	153 878	149 541	2 000	2 000
Total Dépendances et hébergement d'urgence	1 830 781	1 631 954	66 914	62 293

Nom des organismes	Mission globale (\$)		Activités spécifiques (\$)	
	2022-2023	2021-2022	2022-2023	2021-2022
Famille Y'APP				
Centre amitié autochtone Val-d'Or			2 502	2 432
Centre entraide amitié autochtone Senneterre				
Maison famille d'Amos			2 502	2 432
Maison des familles d'Abitibi-Ouest			2 502	2 432
Maison famille de Malartic			2 502	2 432
Maison famille de Rouyn-Noranda			2 502	2 432
Maison famille de Senneterre			2 502	2 432
Maison famille Témiscaming			2 502	2 432
Maison famille de Val-d'Or			2 502	2 432
Maison famille au Vent du Lac			2 502	2 432
Total Famille	0	0	22 518	21 888
Famille- NEGS				
Maison famille d'Amos			23 728	23 059
Maison des familles d'Abitibi-Ouest			24 924	24 222
Maison famille de Malartic			6 337	6 158
Maison famille de Rouyn-Noranda			45 331	44 053
Maison famille de Senneterre			4 931	4 792
Maison famille Témiscaming			8 726	8 480
Maison famille de Val-d'Or			28 058	27 267
Maison famille au Vent du Lac				
Regroupement entraide sociale Témiscamingue			15 326	14 894
Total Famille	0	0	157 361	152 925
Famille-Périnatalité				
Maison famille d'Amos			30 355	29 500
Maison des familles d'Abitibi-Ouest			30 355	29 500
Maison famille de Malartic			30 356	29 500
Maison famille de Rouyn-Noranda			30 356	29 500
Maison famille de Senneterre			30 355	29 500
Maison famille Témiscaming			30 355	29 500
Maison famille de Val-d'Or			30 356	29 500
Maison au Vent du Lac			30 356	29 500
Total Famille	0	0	242 844	236 000
Hommes en difficultés				
Groupe IMAGE de l'A-T (Centre Gérard-Brisson)	377 397	337 427	28 733	27 923
S.A.T.A.S. (Serv. aide trait. appr. soc.)	441 346	428 907	26 250	25 510
Total Hommes en difficultés	818 743	766 334	54 983	53 433
Justice alternative				
Liaison Justice	640 208	622 165		
Total Justice alternative	640 208	622 165	0	0

Nom des organismes	Mission globale (\$)		Activités spécifiques (\$)	
	2022-2023	2021-2022	2022-2023	2021-2022
Maintien à domicile				
Association des aidants naturels de Val-d'Or	86 086	61 107		
Centre d'action bénévole L'amicale	19 854	16 341		
Centre des bénévoles Uni-Joie	22 700	21 200		
Comité "Main dans la main" de La Corne	8 500	6 000		
Comité bénévole "Papillons dorés"	7 922	7 699		
Comité bénévole "Santé et joie"	8 455	8 217		600
Comité bénévole Landrienne	4 449	4 324		
Comité bénévoles "Les Glaneurs"	4 162	4 045		
Comité des bénévoles des Côteaux	23 736	23 067		
Corp. alliance des générations	16 853	14 797		
Corp. développement communautaire Universeau	101 304	81 964		
Coup de pouce communautaire Malartic	96 152	72 182	1 364	900
Groupe actions bénévoles Abitibi-Ouest	65 856	64 000		
Groupe d'entraide aux aînés	115 258	95 144		5 000
Indépendance 65 +	70 883	52 146		
Parrainage civique de l'Abitibi-Témiscamingue	63 386	48 801		
Popote roulante d'Amos	23 190	22 536		
Popote roulante de Val-d'Or	20 697	18 972		
Regroupement proches aidants d'Abitibi-Ouest	95 081	71 004	3 828	
Regroupement proches aidants de Rouyn-Noranda	79 404	77 166		
Société Alzheimer Rouyn-Noranda/Témiscamingue	150 452	127 069		
Société Alzheimer Val-d'Or	64 986	46 242		
Table concertation personnes âgées du Témiscamingue	123 236	103 607		
Total Maintien à domicile	1 272 872	1 047 629	5 192	6 500
Maison des jeunes				
Campus Jeunesse	75 273	73 152		
Jeunesse Action Val-d'Or	188 925	154 534		
Liaison 12-18	177 975	142 600		
Maison jeunes "Le Kao" (de Barraute)	73 182	71 120		
Maison jeunes de La Sarre	178 885	143 591		
Maison jeunes du Témiscamingue	180 845	145 728		
Maison jeunes F.R.A.D.	160 889	123 981		
Refuge jeunesse Malartic	158 132	147 630		
Soupape Maison des jeunes	183 199	148 294		
Total Maison des jeunes	1 377 305	1 150 630	0	0
Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence				
Alternative pour elles	1 445 111	1 231 710	2 300	
Maison hébergement Équinoxe	1 112 103	933 545		
Maison hébergement Le Nid	792 505	1 033 870		

Nom des organismes	Mission globale (\$)		Activités spécifiques (\$)	
	2022-2023	2021-2022	2022-2023	2021-2022
Maison hébergement Mikana	1 201 888	1 019 713		
Total Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence	4 551 607	4 218 838	2 300	0
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	23 550	22 886	7 125	
Association place au soleil	147 860	109 781		
Centre bénévolat de Val-d'Or	32 447	29 270	18 027	
Centre Bernard-Hamel	122 374	101 374	12 142	
Corp. développement communautaire Universeau	14 123	11 427	3 675	
Fraternité St-Michel	72 030	70 000		
Maison St-André A-O	111 960	89 575	11 855	
Regroupement entraide sociale Témiscaming	117 123	95 257	23 975	
Total Personnes démunies - sécurité alimentaire	841 467	529 570	76 799	0
Personnes handicapées				
ACTIA	169 262	133 105		2 112
Aile brisée	172 521	135 417		
Arche Abitibi-Témiscamingue	453 145	440 374		2 099
Assoc. parents enfants handicapés Témiscaming	218 563	186 950	3 500	2 357
Assoc. pers. hand. Témiscaming	147 900	109 825		
Assoc. pers. hand. visuelles de l'Abitibi-Témiscamingue			2 530	2 459
Assoc. pour intégration sociale de Rouyn-Noranda	337 011	268 209	4 500	
Assoc. Qc enf. problèmes auditifs (AQEPA)	26 670	25 918		
Centre de jour Les Intrépides	248 021	218 936		
Centre intégration physique l'Envol	172 519	136 654		
Centre La Mésange	151 260	113 487		
Club A.C.V. de Rouyn-Noranda	13 916	13 524		
Club amitié des handicapés de l'Abitibi-Ouest	226 245	195 205		
Club des handicapés de Val-d'Or	185 955	168 429		
Corp. répit-dépannage Chrysalide	326 595	256 930		
Indépendance 65 +	27 739	22 753		
Parrainage civique de l'Abitibi-Témiscamingue	38 349	29 524		
Personnes hand. Amos région (PHAR)	171 027	135 028		1 599
Pilier (ass. traumatisés crâniens)	121 599	95 729	3 011	
Ressource pour pers. hand. A.-T. Nord du Québec	101 922	75 041	578 956	560 161
Société autisme de l'Abitibi-Témiscamingue	236 986	200 916		1 488
Vie autonome Abitibi-Témiscamingue	182 770	147 825		5 280
Total Personnes handicapées	3 729 912	3 109 779	592 497	577 555

Nom des organismes	Mission globale (\$)		Activités spécifiques (\$)	
	2022-2023	2021-2022	2022-2023	2021-2022
Santé mentale				
Accueil d'Amos	179 840	142 708	30 791	29 923
Association PANDA Abitibi-Ouest	73 179	69 275		
Besoin d'aide 24/7	334 993	325 236	37 050	
Bouée d'espoir	172 049	146 224		
Entretoise du Témiscamingue	203 335	178 422		
Groupe en toute amitié de Senneterre	142 063	114 315		
Groupe Soleil Malartic	214 327	191 215	107 073	104 055
Le Repère 649	227 036	204 739	32 124	31 219
Maison du soleil levant de Rouyn-Noranda	80 318	38 351		
Maison les 4 Saisons Témiscamingue	321 861	268 724	10 000	4 454
Pont de Rouyn-Noranda	274 334	255 073	23 747	23 078
Portail (Le)	175 245	149 625		
Prévention du suicide d'Abitibi-Ouest - Centre	160 796	134 248		5 743
Prévention du suicide d'Amos - Centre	170 291	144 353	5 000	6 343
Prévention du suicide de Malartic - Centre	77 231	75 054		5 743
Prévention du suicide de Rouyn-Noranda - Centre	193 096	168 622		04
Prévention du suicide de Senneterre - Centre	141 064	114 383	3 460	5 943
Prévention du suicide de Val-d'Or - Comité	177 285	151 796		6 843
Prévention du suicide du Témiscamingue - Comité	150 580	124 655	5 000	15 598
RAIDDA-T	224 659	209 701		
Rescousse (La)	172 082	146 262		
Résidence hébergement La Chaumière	295 711	241 098		
Résilient (le)	175 418	149 809		
TCROCASMAT			31 194	31 015
Trait Union de La Sarre	382 795	333 098	61 185	56 963
Total Santé mentale	4 769 588	4 076 986	346 624	329 962
Santé physique				
Albatros 08	14 883	19 466		
Amis de l'Envol	16 473	13 667		
Arc-en-soi La Sarre	20 965	19 263		
Association de la fibromyalgie de l'Abitibi-Témiscamingue	98 171	74 403		
Association diabète de Rouyn-Noranda				
Diabète Val-d'Or	20 249	19 206		
Ressource pour pers. hand. A.-T. Nord-du-Québec			147 838	143 672
Société sclérose en plaques Abitibi-Témiscamingue	111 889	84 723		
Total Santé physique	282 630	230 728	147 838	143 672
Santé publique				
ORDET	171 347	135 377		

Nom des organismes	Mission globale (\$)		Activités spécifiques (\$)	
	2022-2023	2021-2022	2022-2023	2021-2022
Total Santé publique	171 374	135 377	0	0
Santé publique - jeune en milieu rural				
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est			21 722	21 722
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Ouest			33 300	33 300
Interlocal jeunes de Rouyn-Noranda			34 089	34 089
Jeunesse action Val-d'Or			28 829	28 829
Maison jeunes de La Sarre				
Maison jeunes du Témiscamingue			18 970	18 970
Mobilisation espoir jeunesse			31 984	31 984
Total - jeune en milieu rural	0	0	168 894	168 894
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	0	388 032
Santé publique - Travail de rue				
Arrimage jeunesse			114 637	111 406
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est			57 522	111 803
Carrefour jeunesse emploi du Témiscamingue			106 013	103 025
Groupe IO			62 511	60 749
Mouvement Relève d'Amos				61 263
Total Travail de rue	0	0	340 683	448 246
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			63 040	25 291
Total Surdose opioïdes	0	0	63 040	140 000
VIH/Sida				
Centre ROSÉS Abitibi-Témiscamingue	172 230	132 387		
Total VIH/Sida	172 230	132 387	0	
Total général	24 791 771	21 440 411	2 491 141	3 481 879

ANNEXES



Annexe I

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 reposent 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.

Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci;
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu;
- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui 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 manœuvrer 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
2022-2023

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 