

# RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2023-2024



Adopté par le conseil d'administration le 20 juin 2024.

**Ce document a été réalisé par :**

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

**Production**

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

**Révision des textes**

Sylvianne Leclerc, conseillère-cadre - BPDG  
Geneviève Saindon-L'Écuyer, agente administrative classe 1 - affaires publiques et relations avec les médias

**Conception graphique**

Pascale Guérin, technicienne en communication  
Bureau de la présidente-directrice générale (BPDG)

**Photos**

Christian Leduc et Pascale Guérin

ISBN 978-2-550-98316-3 (imprimé)

ISBN 978-2-550-98317-0 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024

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

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

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

# Table des matières

Liste des tableaux.....	5
Liste des figures .....	7
Liste des sigles et acronymes .....	8
<b>1.0 Message des autorités .....</b>	<b>13</b>
<b>2.0 Déclaration de fiabilité des données et de contrôles afférents .....</b>	<b>17</b>
<b>3.0 Présentation de l'établissement.....</b>	<b>21</b>
3.1 Mission, vision et valeurs .....	22
3.2 Organigramme .....	23
3.3 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives .....	24
3.3.1 Conseil d'administration .....	24
3.3.2 Les comités, les conseils et les instances consultatifs.....	26
<b>4.0 Distinctions .....</b>	<b>33</b>
<b>5.0 Des partenariats et des collaborations qui font la différence .....</b>	<b>37</b>
<b>6.0 Développement de services en 2023-2024.....</b>	<b>41</b>
6.1 Services pour les jeunes et leurs familles .....	42
6.2 Services diagnostics et d'intervention à la population.....	44
6.3 Amélioration de l'accès et bonification des activités liées à l'enseignement .....	45
6.4 Services en santé publique .....	47
6.5 Services pour les personnes âgées .....	48
6.6 Intégration et trajectoires de services.....	49
6.7 Amélioration de la proximité avec les milieux.....	50
6.8 Démarches de concertation .....	50
6.9 Démarche de sécurisation culturelle .....	51
<b>7.0 Résultats au regard du plan stratégique du Ministère de la Santé et des Services sociaux .....</b>	<b>55</b>
7.1 Enjeu 1 : Une organisation plus humaine au travail – Devenir un employeur de choix .....	56
7.2 Enjeu 2 : Une population en santé – Être proactif et agir de façon préventive .....	58
7.3 Enjeu 3 : Un accès aux soins et services en temps opportun - Offrir une expérience patient axée sur l'accessibilité et la qualité des services .....	59
<b>8.0 Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité .....</b>	<b>69</b>
8.1 L'Agrément .....	70
8.2 La sécurité et qualité des soins et des services - Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents.....	70
8.2.1 Bilan des activités réalisées par le comité de gestion des risques (CGR).....	73
8.2.2 Surveillance, prévention, contrôle des infections nosocomiales et recommandations .....	77
8.2.3 Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art. 118.1 de la LSSSS).....	78

# Table des matières

<b>9.0 Les mesures mises en place par l'organisation ou son comité de vigilance et de la qualité à la suite des recommandations formulées par les instances .....</b>	<b>85</b>
9.1 Recommandations des autres instances suivies en comité de vigilance .....	87
9.2 Coroner .....	89
9.3 Commissaire aux plaintes et à la qualité des services .....	90
9.4 Mesures mises en place par l'établissement ou le CVQ à la suite des recommandations formulées par les instances .....	94
9.4.1 Rapports du Protecteur du citoyen.....	94
9.4.2 Promotion du régime d'examen des plaintes .....	94
9.5 Mises sous garde dans l'établissement selon la mission .....	95
9.6 Information et consultation de la population.....	95
<b>10. Application de la politique portant sur les soins de fin de vie.....</b>	<b>99</b>
<b>11. Ressources humaines.....</b>	<b>103</b>
11.1 Attraction et recrutement de la main-d'oeuvre.....	104
11.2 Initiatives favorisant la rétention et l'établissement durable de la main-d'oeuvre .....	106
11.3 Exigences linguistiques.....	107
<b>12. Ressources financières .....</b>	<b>111</b>
12.1 Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme.....	112
12.2 L'équilibre budgétaire .....	112
12.3 Les contrats de services.....	113
12.4 État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant.....	113
<b>13. Projets d'immobilisation et actions portées par la DSTL.....</b>	<b>117</b>
<b>14. Les ressources informationnelles .....</b>	<b>123</b>
14.1 Plan directeur en transformation numérique .....	125
14.2 Le service à la clientèle .....	126
<b>15. La divulgation des actes répréhensibles .....</b>	<b>129</b>
<b>16. Les organismes communautaires .....</b>	<b>133</b>
<b>Les annexes.....</b>	<b>143</b>

# Liste des tableaux

Tableau 1 :	Stages réalisés en GMF-U
Tableau 2 :	Indicateurs, engagements de l'établissement et cibles souhaitées pour l'année 2026-2027 en lien avec l'orientation devenir un employeur de choix
Tableau 3 :	Indicateurs, engagements de l'établissement et cibles souhaitées pour l'année 2026-2027 en lien avec l'orientation être proactif et agir de façon préventive
Tableau 4 :	Indicateurs, engagements de l'établissement et cibles souhaitées pour l'année 2026-2027 en lien avec l'orientation offrir une expérience patient axée sur l'accessibilité et la qualité des services
Tableau 5 :	Indicateurs considérés en lien avec l'offre de soins et de services en santé mentale dans les délais prescrits
Tableau 6 :	Prise de rendez-vous dans un délai de 36 heures dans les territoires de MRC de l'AbitibiTémiscamingue
Tableau 7 :	Portrait des personnes inscrites auprès d'un médecin de famille où d'un médecin de famille en GMF
Tableau 8 :	Nature des trois principaux incident (A et B) pour 2023-2024
Tableau 9 :	Nature des trois principaux accidents (C à I) pour 2023-2024
Tableau 10 :	Bilan de l'utilisation des mesures de contrôle volet santé mentale et dépendance
Tableau 11 :	Tableau des mesures de contrôle volet déficience intellectuelle
Tableau 12 :	Tableau des mesures de contrôle volet trouble du spectre de l'autisme
Tableau 13 :	Bilan de l'utilisation des mesures de contrôle en CHSLD
Tableau 14 :	Mesures mises en place pour faire suite aux recommandations
Tableau 15 :	Mesures d'amélioration à portée individuelle
Tableau 16 :	Mesures d'amélioration à portée systémique
Tableau 17 :	Exemples de mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
Tableau 18 :	Portrait des mises sous garde selon la mission
Tableau 19 :	Application de la politique portant sur les soins de fin de vie

# Liste des tableaux

Tableau 20 : Répartition de l'effectif en 2021 par catégorie de personnel

---

Tableau 21 : Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

---

Tableau 22 : Nombre de poste où la connaissance de l'anglais a été demandée

---

Tableau 23 : Dépenses par programmes-services

---

Tableau 24 : Contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus

---

Tableau 25 : Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

---

Tableau 26 : Faits saillants de la DSTL

---

Tableau 27 : Projets majeurs déployés par la DSTL

---

Tableau 28 : Attribution des fonds au PSOC

---

# Liste des figures

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

---

Figure 2 : Gestion des incidents 2023-2024

---

Figure 3 : Gestion des demandes de services 2022-2023

---

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

---

# Liste des sigles et acronymes

APSS	Accès priorisé aux services spécialisés
BPDG	Bureau de la présidence-direction générale
BPO	Bureau de projets organisationnel
CA	Conseil d'administration
CALACS	Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CAR	Conférence administrative régionale
CDPDJ	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
CEPI	Candidat à l'exercice de la profession d'infirmière
CESS	Centre d'expertise en santé de Sherbrooke
CGR	Comité de gestion des risques
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPE	Centres de la petite enfance
CRDS	Centre de répartition des demandes de services
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CTI	Centre de traitement informatique
CUCI	Comité des usagers du centre intégré
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
CVQ	Comité de vigilance et de la qualité
DARSSS	Direction des assurances du réseau de la santé et des services sociaux
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DPJeu	Direction du programme jeunesse
DPDI-TSA-DP	Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
DPSAPA	Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées
DPSMD	Direction des programmes santé mentale et dépendance
DQÉPÉ	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique
DRI	Direction des ressources informationnelles
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI	Direction des soins infirmiers

# Liste des sigles et acronymes

DSIE	Demande de services inter établissements
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
EIDHC	Étudiants en soins infirmiers diplômés hors Canada
ELI	Externat longitudinal intégré
ENA	Environnement numérique d'apprentissage
EQDEM	Enquête québécoise sur le développement des enfants de la maternelle
ETC	Équivalent temps complet
FIQ	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
GAP	Guichet d'accès première ligne
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U)
IIM	Incidents liés aux instruments médicaux
IP SPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
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
MASM	Mécanisme d'accès en santé mentale
MDA MA	Maison des aînés et maison alternative
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
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PAB-ASSS	Préposé aux bénéficiaires-auxiliaire aux services de santé et sociaux
PAII	Plan d'action interministériel en itinérance
PACQ	Plan d'amélioration continue de la qualité
PCCTI	Programme de consolidation des centres de traitement informatique

# Liste des sigles et acronymes

PDG	Présidente-directrice générale
PMT	Plan de modernisation technologique
PNI	Premières Nations et Inuit
POR	Pratiques organisationnelles requises
PPH	Programme pour personnes handicapées
PRISMA	Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie
PRISMA-7	Outils de repérage issu de PRISMA
PQDCCR	Programme québécois de dépistage du cancer colorectal
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQDSN	Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RAAC	Récupération améliorée après la chirurgie
RAG	Rapport annuel de gestion
RARDM	Rapport d'analyse des incidents et des accidents liés au retraitement des dispositifs médicaux
RDM	Retraitement des dispositifs médicaux
RI	Ressource intermédiaire
RIM	Réactions indésirables graves à un médicament
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
RPCU	Regroupement provincial du comité des usagers
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RTS	Réseau territorial de services
SAD	Soutien à domicile
SAIRC	Système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles
SARROS	Soutien aux régions pour le recrutement d'omnipraticiens et de spécialistes
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SCT	Secrétariat du Conseil du trésor
SILP	Système d'information de laboratoire provincial
SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
SI-PQDSN	SI-Programme québécois de dépistage de surdité natal
SPQSI	Support à la pratique et qualité des soins infirmiers
SPPQSI	Soutien à la pratique professionnelle et à la qualité des soins infirmiers

# Liste des sigles et acronymes

SQI	Société québécoise des infrastructures
TNCM	Trouble neurocognitif majeur
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle
UQAT	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue





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 le rapport annuel de gestion (RAG) 2023-2024. Le rapport illustre les éléments marquants du travail et des efforts déployés au cours de la dernière année par les 6 717 employés et gestionnaires ainsi que 461 médecins et dentistes 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 2023-2024 met en évidence les défis auxquels l'organisation a été confrontée, 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 offrir 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



Myriam Grenier  
Technicienne en médecine nucléaire



02

Déclaration de fiabilité des  
données et de contrôles afférents



## 2. Déclaration de fiabilité des données et de contrôles afférents

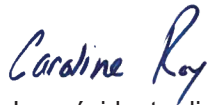
Les renseignements contenus dans le présent Rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité.

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 2023-2024 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.

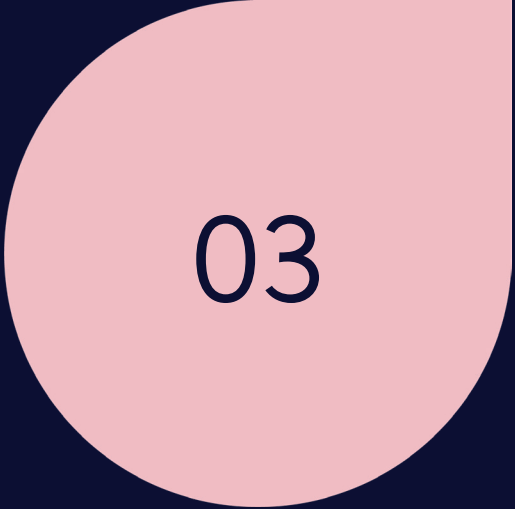
Je déclare donc qu'à ma connaissance, les données contenues dans ce RAG ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2024.



La présidente-directrice générale,  
Caroline Roy



Samuel Roy  
Éducateur spécialisé



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.

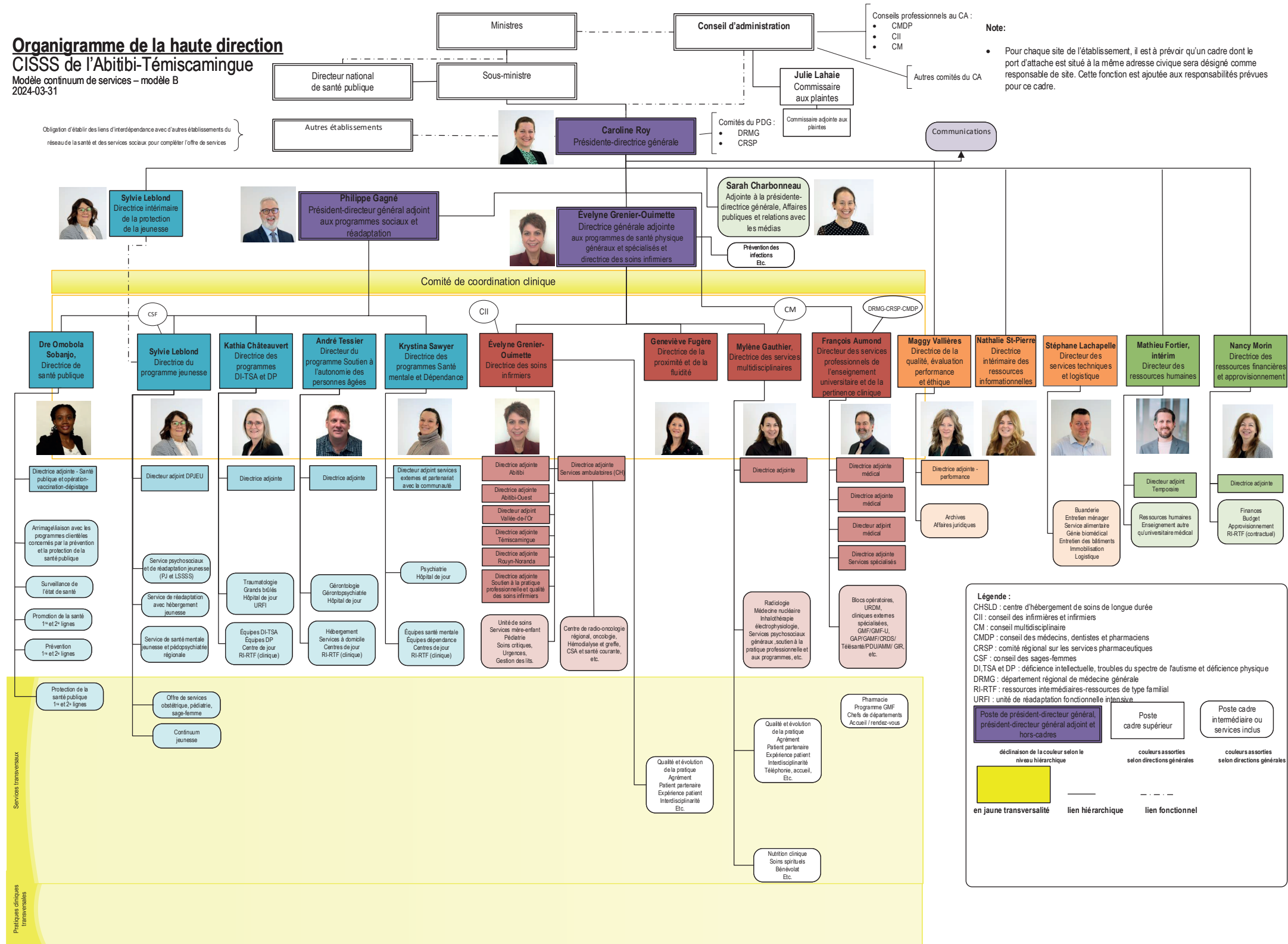
**Vision :** Unir nos forces vers l'excellence pour le bien-être des gens d'ici.

#### **Valeurs :**

- **Humanisme :** Désigne tout mouvement de pensée qui place l'être humain au centre de tout en ayant pour objectifs 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 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



**Mme Sonia Touzin-Gendron**  
Membre désigné  
Conseil des infirmières et  
infirmiers (CII)



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



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



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



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



**Mme Nathalie Quenneville**  
Membre désigné  
Conseil multidisciplinaire (CM)



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



**Mme Katia Quinchon**  
Membre nommé  
Milieu de l'enseignement



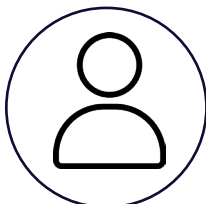
**Mme Caroline Roy**  
Présidente-directrice générale  
Secrétaire du conseil d'administration



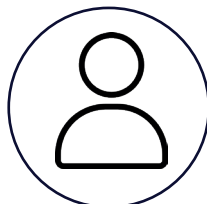
**Mme Catherine Sirois**  
Membre indépendant  
Expertise dans les organismes communautaires



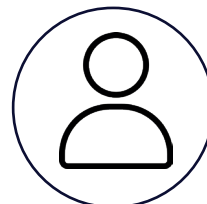
**Dr Stéphane Terrault**  
Membre désigné  
Département régional de médecine générale (DRMG)



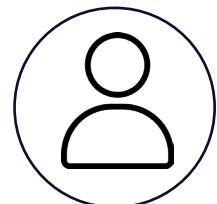
**Vacant**  
Membre indépendant  
Expertise en réadaptation



**Vacant**  
Membre observateur désigné par les fondations



**Vacant**  
Membre indépendant  
Compétence en gouvernance ou éthique



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

### 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 Nancy Girouard
- M. Sébastien Grégoire-Lévesque\*
- Mme Évelyne Grenier-Ouimette
- Mme Marie-Christine Jobin-Chayer
- M. Léandre Lafontaine
- Mme Carole Landry
- Mme Josée Larivière\*
- Mme Annie-Claude Lavigne
- Mme Siham Ouennane, Centre universitaire de santé Mc Gill (CUSM)
- Mme Carmen Pavan, CUSM\*
- Dre Clara Popa
- Mme Marie-Josée Rancourt
- 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, administrateur
- Mme Caroline Roy, PDG
- Mme Catherine Sirois, présidente du comité
- Mme Maggy Vallières, personne-ressource

#### Comité ressources humaines

- Mme Sylvie Latulippe, personne-ressource
- M Daniel Marcotte, administrateur
- Mme Nathalie Quenneville, administratrice
- Mme Kathia Quinchon, présidente du comité

- Mme Caroline Roy, PDG
- Mme Catherine Sirois, administratrice

#### Comité de vérification

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

#### Comité de gouvernance et d'éthique

- M. Louis Bourget, administrateur
- M. Daniel Marcotte, président du comité
- M. David McLaren, administrateur
- M. Sylvain Plouffe, administrateur
- Mme Caroline Roy, PDG

#### Comité des immobilisations

- M. Louis Bourget, président du comité
- M. Stéphane Lachapelle, directeur DSTL
- M. Francis Luneau, personne-ressource
- M. Daniel Marcotte, administrateur
- Mme Caroline Roy, PDG

#### Comité de révision

- Dre Diane Allen
- Dre Julie Desroches
- Dre Nathalie East
- Dre Hélène Hottlet\*
- Dre Stéphanie Jacques
- Dre Claudie Lavergne
- M. Sylvain Plouffe, président substitut
- Mme Catherine Sirois, présidente du comité

#### Comité des usagers

- Mme Rachel Beauchamps
- M. Denis Beauvais
- Mme Carole Bédard, présidente du comité

- M. Alain Couture, personne-ressource
- Mme Andrée Croteau
- Mme Cathy De Carufel\*
- Mme Lise Dicaire
- Mme Monic Ferron, administratrice
- Mme Carmen Fournier\*
- M. René Forgues, trésorier
- Mme Ginette Germain
- M. Léandre Lafontaine
- Mme Anita Larochelle\*
- Mme Hélène Riendeau, secrétaire
- M. Daniel Robitaille
- Mme Sharleen Sullivan, vice-présidente

#### Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers

- Mme Sonia Beauregard
- Mme Frédérique Boutin
- Mme Marie-Claude Brochu
- Mme Sonia Touzin-Gendron
- Mme Évelyne Grenier-Ouimette
- Mme Catherine Hamelin-Owens
- Mme Alys Ipperciel\*
- Mme Caroline Langevin
- Mme Sylvie Larochelle
- Mme Karine Morissette
- Mme Nancy Poirier
- Mme Marie-Josée Rancourt, présidente par intérim
- M. Samuel Roch
- Mme Caroline Roy, PDG
- Mme Josée St-Cyr
- Mme Bianca Vallière-Bellerose
- Mme Louise Vigneault

#### Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

- Mme Suzie Alain
- Dr François Aumond, directeur des services professionnels, de l'enseignement universitaire et de la pertinence clinique
- Dr Guillaume Chevalier Soudeyns, deuxième vice-président
- Dr François Dubois
- Dr Joseph Eid
- Dr Aiman Ghali Ghattas
- Dr Mohamed Mehdi Khider
- Dr Alain Moukheiber, président

- Dr Jean Simon Roch Matte
- Mme Caroline Roy, présidente-directrice générale
- Dre Catherine St-Jean, première vice-présidente
- Dre Kimi Valet

### Comité exécutif du conseil multidisciplinaire

- Mme Marie-Claude Bélisle, administratrice (jusqu'en novembre 2024)
- Mme Sara-Ève Charrette-Duchesneau
- Mme Anne-Marie Duval
- Mme Christine Francoeur, administratrice (jusqu'en décembre 2024)
- Mme Joliane Gauthier
- Mme Mylène Gauthier
- Mme Nathalie Godbout (trésorière)
- Mme Marie-Christine Jobin-Chayer
- M Patrick Lamoureux, vice-président
- Mme Anne-Marie Landry
- Mme Carole Landry, présidente par intérim jusqu'en novembre 2023 et administratrice (jusqu'en décembre 2023)
- Madame Josée Larivière, administratrice (jusqu'en janvier 2024)
- Mme Véronique Lessard
- Mme Caroline Roy, PDG
- Mme Samantha Thériault, présidente (reprises des fonctions en novembre 2023)
- Mme Mélanie Thérien
- Mme Marie-Pier Tremblay (secrétaire)

### Comité régional sur les services pharmaceutiques

- Dr François Aumond
- Mme Fany Dumont
- M. Marc-André Gagnon
- M. Stéphane Gingras
- Mme Anne Leduc-Séguin
- Mme Valérie Lefebvre
- M. Francis Nguyen
- 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
- Dr Jean-Yves Boutet, chef du DRMG
- Dre Nancy Brisson
- Dre Katerine Charbonneau Perry
- Dre Stéphanie Lacroix
- Dre Laurence Lapointe
- Dre Andréanne Lefort
- Mme Caroline Roy, PDG
- Dre Catherine St-Jean
- Dr Stéphane Terrault
- Dre Kimi Valet
- Dr Jean-François Verville





Jasmine Béland  
Technologue en imagerie médicale



04

Distinctions

## 4. Distinctions

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a été honoré à plusieurs reprises au cours de l'année 2023-2024. Parmi les distinctions reçues, citons notamment le prix Hippocrate pour le projet Petapan, la nomination au Prix d'excellence de l'administration publique du Québec, la participation à la 10<sup>e</sup> édition de la Conférence nationale pour mettre fin à l'itinérance à Halifax, la mention spéciale pour le comité des usagers de Rouyn-Noranda, ainsi que la réception du prix Performance et qualité de la donnée lors du Gala des prix de technologie en information en Santé et Services sociaux. De plus, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a également participé au congrès annuel du Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU).

### Prix Hippocrate décerné au projet Petapan

Lors de la 13<sup>e</sup> édition du gala du Prix Hippocrate, la Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD) du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a eu l'honneur de se voir décerner le Prix amélioration de l'expérience des usagers pour le projet Petapan, qui est décerné à une équipe qui améliore les soins aux usagers et qui contribue à offrir une meilleure expérience de soins et de services.

### Nomination au Prix d'excellence de l'administration publique du Québec

Les Prix d'excellence de l'administration publique récompensent les projets marquants et novateurs de la fonction publique québécoise, municipale ou fédérale, du secteur de la santé et des services sociaux ou des réseaux de l'éducation et de l'enseignement supérieur. Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue était finaliste dans la catégorie Réalisation - volet gestion des ressources humaines avec le projet L'employé au cœur de l'horaire. Ce projet d'autogestion des horaires a débuté à l'urgence et aux soins intensifs de l'Hôpital de Rouyn-Noranda et est maintenant déployé pour le personnel affilié à la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) à l'Hôpital de Val-d'Or, au Centre local de services communautaires (CLSC) de Senneterre, à l'Hôpital en santé mentale de Malartic, ainsi que dans plusieurs départements de l'Hôpital de La Sarre.

### 10<sup>e</sup> édition de la Conférence nationale pour mettre fin à l'itinérance à Halifax

Une délégation de trois personnes du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue agissaient comme conférenciers et participants à l'édition annuelle de la Conférence nationale pour mettre fin à l'itinérance qui avait lieu à Halifax. Ces représentants ont présenté la réalité des régions éloignées quant à la question de l'itinérance et des modalités de concertation mise en place dans la MRC de la Vallée-de-l'Or.

### Mention spéciale pour le comité des usagers de Rouyn-Noranda

Lors du congrès du Regroupement provincial RPCU, le comité des usagers de Rouyn-Noranda a reçu un prix d'excellence dans la catégorie Mention spéciale pour leur Projet sensibilisation. Cette mention honorifique a été obtenue pour leur projet d'information auprès des étudiants en santé et en services sociaux. Ce moyen de sensibilisation a été élaboré à la suite du constat que les nouveaux

---

employés du réseau de la santé et des services sociaux semblaient peu connaître l'existence et les rôles des comités d'usagers. Les membres du comité ont sollicité les établissements d'enseignement dont le Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue en soins infirmiers et en travail social pour leur proposer des conférences sur le sujet.

### Réception du prix Performance et qualité de la donnée lors du Gala des prix de technologie en information en santé et services sociaux

Ce prix a été remis grâce au projet Octopus - Niveau de soins alternatifs (NSA), qui est une solution technologique de l'entreprise DAZZM, qui a débuté en juin 2022. Ce projet a permis l'amélioration des moyens de communication pour l'équipe interdisciplinaire permettant une meilleure prise en charge des usagers et a contribué à la diminution des délais d'orientation et de planification de congé. Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue remercie l'ensemble des collaborateurs pour le déploiement de ce projet régional de grande envergure.

### Participation au congrès annuel du Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU)

Lors du congrès annuel du RPCU qui avait pour thème Parlons décentralisation au bénéfice des usagers la directrice de la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQÉPÉ) et la présidente du comité des usagers du centre intégré (CUCI) ont animé un atelier en collaboration avec le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. Cet atelier portait sur les bonnes pratiques de collaboration entre le CUCI et la DQÉPÉ.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue est extrêmement fier des nombreuses distinctions obtenues au cours de l'année 2023-2024. Ces reconnaissances témoignent de la persévérance et de la qualité du travail accompli par l'ensemble de l'organisation. Elles renforcent également l'engagement envers l'excellence et encouragent à poursuivre les efforts pour offrir des services de santé et de services sociaux de la plus haute qualité à la population de la région.



Andréanne Labbé-Lafrenière  
Technicienne en diététique



05

Des partenariats et  
des collaborations qui  
font la différence

## 5. Des partenariats et des collaborations qui font la différence

L'année écoulée a été bien plus qu'une simple succession d'événements pour le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Elle a été marquée par des collaborations extraordinaires avec les partenaires. La Grande séduction Abitibi-Ouest, fruit d'une mobilisation citoyenne remarquable, continue d'inspirer par ses actions qui non seulement attirent, mais aussi soutiennent de manière durable le précieux personnel de la santé et des services sociaux. De même, la collaboration étroite avec les partenaires locaux dans ce domaine renforce la détermination à faciliter l'accès à la formation et à soutenir les travailleurs, faisant de cette année une période d'engagement et d'émotions partagées pour le bien-être de tous.

Du côté des MRC d'Abitibi, de la Vallée-de-l'Or, du Témiscamingue et de la Ville de Rouyn-Noranda, une véritable mobilisation s'est opérée pour accueillir et intégrer les employés recrutés à l'international et leurs familles. Cette mobilisation s'est notamment traduite par la mise en place de nombreuses stratégies, actions et communications. Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue souhaite particulièrement saluer l'engagement exceptionnel des Carrefours Jeunesse-Emploi et de la Mosaïque interculturelle, ainsi que des institutions éducatives de la région. Le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI), ainsi que les représentants des MRC, des villes et d'autres organismes locaux ont également joué un rôle crucial dans cette démarche collective.

Par ailleurs, les fondations partenaires du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue sont des alliées indispensables et dévouées, dont le soutien financier est crucial pour la réalisation de nombreux projets d'importance. Leur contribution directe se traduit par une amélioration tangible de la qualité des soins offerts à la population. Depuis leur création, ces fondations ont investi près de 25 millions de dollars dans le financement de nouveaux équipements, l'amélioration des services et le soutien à divers projets, démontrant ainsi leur engagement envers la santé et le bien-être des citoyens de la région.

Dans un autre ordre d'idées, en juin 2023, la région a été confrontée à une période d'alerte en lien avec plusieurs feux de forêt au sein de la région et au nord du Québec qui a mis à l'épreuve sa solidarité et sa capacité à faire face à l'adversité. Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue tient à saluer la solidarité et la collaboration exemplaires de toutes les parties prenantes qui se sont mobilisées pour protéger les communautés et répondre aux besoins urgents de la population. L'organisation exprime sa profonde gratitude envers les partenaires gouvernementaux responsables de la sécurité civile, de la sécurité publique, de l'emploi et de la solidarité sociale, du transport, de l'agriculture, de l'éducation, des affaires autochtones, des municipalités, des communautés autochtones de l'Abitibi-Témiscamingue, ainsi que les responsables des centres de la petite enfance (CPE) et de la garde des milieux scolaires. Leur soutien inestimable et leur collaboration sans faille ont été cruciaux pour garantir la cohésion et l'efficacité des actions entreprises.

En plus, pour garantir des soins de qualité et favoriser une meilleure compréhension du fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a maintenu la collaboration avec les divers comités des usagers et des résidents de l'ensemble du territoire. Cette démarche s'est appuyée sur des actions de communication destinées à la population.

Dans le cadre de la mission du CUCI, qui vise à promouvoir les droits et les obligations des usagers, une campagne annuelle a été organisée. Celle-ci s'est déroulée à travers la diffusion d'articles sur les réseaux sociaux et dans l'infolettre de l'organisation.

De surcroît, il est essentiel de souligner l'engagement actif du milieu communautaire, qui participe de manière soutenue aux divers comités de travail, jouant ainsi un rôle primordial dans le bien-être et mieux-être de la population et dans le développement social de la région. Les 120 organismes communautaires reconnus et financés opèrent dans le domaine de la santé et des services sociaux, couvrant plusieurs secteurs d'activités classés dans les catégories de typologie suivantes : aide et entraide, milieu de vie et soutien communautaire, sensibilisation, promotion et défense des droits, hébergement temporaire, ainsi que regroupement régional.

De nombreuses autres collaborations sont entretenues avec les centres de santé des communautés autochtones, les maisons d'enseignement, les partenaires de la conférence administrative régionale (CAR) et plusieurs autres partenaires. Ces collaborations contribuent à faciliter le partage d'informations, le réseautage et l'échange de bonnes pratiques et ce au bénéfice de la population de l'Abitibi-Témiscamingue.



Bianca Pineault  
Service alimentaire

A large, light pink rounded shape, resembling a semi-circle or a rounded rectangle, positioned in the upper right quadrant of the page. It contains the number '06' in a dark, sans-serif font.

06

Développement de  
services en 2023-2024

## 6. Développement de services en 2023-2024

La section suivante expose des initiatives déployées au cours de l'année qui ont contribué à offrir des soins accessibles, sécuritaires et de qualité aux Témiscabitiens.

### 6.1 Services pour les jeunes et leurs familles

#### 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). L'objectif de la DPJeu est de développer un service de première ligne qui est fort et connu de la population et des partenaires. La vision est de favoriser la concertation des services entourant l'enfant et sa famille afin d'éviter la nécessité de recourir aux services de la protection de la jeunesse (DPJ). Cette année, ce sont 5 245 usagers qui ont été inscrits dans les services de première ligne jeunesse comparativement à 3 417 pour 2020-2021, comme quoi les efforts des dernières années pour développer une première ligne forte en jeunes en difficulté portent fruit.

Les équipes de la DPJ et du programme jeunesse ont collaboré pour améliorer le continuum de services, facilitant ainsi la prise en charge des jeunes et de leurs parents. Pour ce faire, une spécialiste en activité clinique a été recrutée pour soutenir les intervenants du RTS dans la rétention ou l'orientation des signalements vers les services appropriés. De plus, un nouveau projet appelé Triage a été mis en place pour traiter les signalements d'abus sexuels, physiques et de négligence grave. Cette équipe, composée de membres de la DPJ, de collaborateurs judiciaires et de policiers, examine chaque matin les dossiers signalés et coordonne les interventions dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Environ 800 dossiers seront traités annuellement par l'équipe du Triage.

#### Services de réadaptation avec hébergement pour les jeunes en difficulté

Les centres de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Rouyn-Noranda et de Val-d'Or disposent ensemble de 95 places pour héberger des jeunes confrontés à des problèmes relationnels, comportementaux, d'adaptation sociale ou de maltraitance, ainsi que des adolescents ayant commis des délits. La réadaptation vise à aider les jeunes dont le développement est entravé par des difficultés d'interaction avec leur milieu, à renouer avec ce milieu pour tirer parti des ressources nécessaires à leur épanouissement, à utiliser pleinement leurs capacités et à réaliser leur projet de vie avec autonomie. Il est essentiel de souligner l'ouverture de deux sites de débordement à Val-d'Or et à Rouyn-Noranda, offrant chacun cinq places, afin de répondre à la demande croissante de placements.

## Appartements supervisés pour les jeunes

Dans son rapport d'enquête, la Commission Laurent recommande la mise en place d'un programme de soutien post-placement jusqu'à l'âge de 25 ans, avec des volets axés sur le logement, la scolarisation et la qualification professionnelle, le revenu, le soutien social et communautaire, ainsi que l'accès aux services de santé et aux services sociaux. Pour concrétiser cette initiative, un projet d'appartements supervisés locatifs dans un même immeuble est en cours à Val-d'Or et devrait être concrétisé à l'hiver 2025. À la fin du projet, six jeunes pourront intégrer ces appartements et bénéficieront du soutien d'une équipe de professionnels dont les bureaux seront installés dans le même immeuble.

## Services de santé mentale jeunesse

L'équipe de santé mentale jeunesse du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue est composée de deux chefs de service, de dix psychologues répartis dans la région, de quinze intervenants psychosociaux et une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale. Une docteure en pédopsychiatrie s'est jointe à l'équipe à l'automne 2023 et son arrivée a permis d'augmenter de façon importante le nombre d'enfants vus en pédopsychiatrie et qui permet de répondre davantage aux besoins des jeunes en lien avec l'augmentation de la complexité des besoins chez les jeunes aux prises avec des problématiques en santé mentale.

## Dépistage de la surdité chez les nouveau-nés

Le Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés (PQDSN) se déploie actuellement dans les unités mères-enfants de la région. Le dépistage précoce de la surdité chez les nouveau-nés débutera en avril 2024 dans trois secteurs, soit Rouyn-Noranda, La Sarre et Ville-Marie, alors que la planification de la formation des dépisteurs sera prochainement réalisée à Amos et Val-d'Or. Les objectifs du programme sont de détecter précocement la surdité présente à la naissance, de commencer les interventions thérapeutiques et la réadaptation nécessaires avant l'âge de six mois. 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 d'un 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 trois mois l'évaluation de l'audition des enfants qui ne réussissent pas les examens du protocole de dépistage;
- Commencer avant l'âge de six mois les interventions nécessaires lorsqu'une surdité correspondant au déficit cible est confirmée.

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

La mise en place de l'équipe dédiée à Aire ouverte est finalisée. Aire ouverte dessert les usagers issus des villes, et villages de la MRC de la Vallée-de-l'Or ainsi que des communautés autochtones de Lac-Simon et Kitcisakik. Aire ouverte propose une gamme de services adaptés aux jeunes âgés de 12 à 25 ans, comprenant des services en santé mentale et physique, ainsi que des conseils sur les études, le travail, le logement, et l'aide financière et juridique.

### Les services de sage-femme en Abitibi-Témiscamingue

À l'automne 2024, les familles d'Abitibi-Témiscamingue auront accès à des sages-femmes dans la MRC de la Vallée-de-l'Or. Le service débutera dans cette MRC avant de s'étendre progressivement à d'autres localités. L'équipe sera composée de quatre sages-femmes, incluant une responsable des services. Deux d'entre elles sont déjà en poste depuis quelques mois, tandis que les deux autres commenceront leur travail au cours de l'été 2024.

## 6.2 Services diagnostics et d'intervention à la population

### Centre de radio-oncologie régional

Depuis l'ouverture graduelle du service de radio-oncologie en novembre 2022, 441 patients ont été traités. Durant l'année 2023-2024, 364 patients distincts ont reçu un total de 3 817 traitements, reflétant la répartition démographique régionale. Plus précisément, 29 % sont originaires de la ville de Rouyn-Noranda, 27 % du territoire de MRC de la Vallée-de-l'Or, 16 % de la MRC d'Abitibi, 14 % d'Abitibi-Ouest, et 10 % du Témiscamingue. De plus, 13 usagers, soit 4 % des personnes traitées, provenaient des régions du Nord-du-Québec et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Initialement axés sur des soins palliatifs entre novembre 2022 et avril 2023, les services ont été élargis pour inclure des traitements curatifs. Actuellement, 55 % des traitements sont de nature curative et 45 % sont palliatifs. Avec l'équipe actuelle, il est possible d'administrer environ 20 traitements par jour. Pour l'année 2024-2025, une augmentation de cette capacité est prévue grâce à l'ajout de nouveaux membres à l'équipe. Présentement l'équipe est composée de deux médecins, trois radio-oncologues, six technologues, d'une infirmière, d'un préposé aux bénéficiaires et de deux agentes administratives.

### Lits d'hébergement de crise psychosociale court terme

Les services sociaux généraux ont poursuivi les démarches avec des partenaires de la communauté visant l'ouverture de lits d'hébergement de crise psychosociale court terme. Pour le moment, trois lits d'hébergement locaux de crise sont disponibles et l'ouverture de neuf lits régionaux supplémentaires est prévue pour mai 2024.

## Imagerie médicale

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 la reconnaissance vocale pour la transcription des rapports d'examen. Ainsi, l'accès global au service d'imagerie pour les examens électifs s'est maintenu à moins de trois mois pour 75 % des examens réalisés. Et le temps d'attente pour un examen d'imagerie en résonance magnétique (IRM) est de moins de trois mois pour 88 % des examens réalisés, comparativement à 84 % l'an dernier.

## Services aux personnes d'expression anglaise

Afin d'améliorer l'accès aux services de santé et de services sociaux pour les personnes d'expression anglaise qui bénéficient de services du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, différentes actions visant à assurer une meilleure liaison entre la population d'expression anglaise et l'organisation ont été déployées en cours d'année. Celles-ci concernent l'adaptation d'outils tels que la traduction du site Web, la traduction de la documentation populationnelle, la transmission d'informations traduites aux partenaires des centres de santé des communautés autochtones anglophones et le recours à l'interprétariat en simultané lors des rencontres réalisées avec ces partenaires.

### 6.3 Amélioration de l'accès et bonification des activités liées à l'enseignement

Aux activités régulières de l'équipe de la Direction des services professionnels, de l'enseignement universitaire et de la pertinence clinique (DSPEUPC), des mandats liés aux activités suivantes se sont ajoutés cette année :

- Instauration continue de projets de télésanté en soutien aux différentes missions cliniques;
- Amélioration de la desserte ambulancière et amélioration des délais d'interventions préhospitalières pour les 17 000 affectations d'ambulances effectuées;
- Mise en place de la paramédecine de régulation pour les appels non urgents au centre de coordination santé (911);
- Mise en place de l'accès via Internet au Guichet d'accès à la première ligne et augmentation du nombre de demandes reçues (près de 19 000);
- Augmentation de la prise en charge collective de patients orphelins par les médecins de famille (voir tableau 6);
- Amélioration de l'offre de rendez-vous dans les cliniques médicales en moins de 36 heures (voir tableau 7);
- Mise en place du comité de gouverne du mécanisme central de l'accès aux services;
- Mise en place du guichet d'investigation rapide pour le siège tumoral poumon;
- Mise en place de projet de dépistage du cancer du poumon pour les usagers à risque;
- Mise en place du dépistage du cancer colorectal sans référence médicale;
- Épuration des listes d'attente en endoscopie digestive et au centre de répartition des demandes de services pour les consultations en spécialités médicales;

- Augmentation de la productivité en endoscopie digestive avec 6 000 coloscopies réalisées, soit 20 % de plus que la production en 2019-2020;
- Rattrapage chirurgical et diminution des délais en liste d'attente pour les chirurgies oncologiques et non oncologiques, avec près de 8 500 chirurgies non oncologiques et près de 350 chirurgies oncologiques réalisées;
- Déploiement complet du programme de Récupération améliorée après la chirurgie en orthopédie (RAAC) avec diminution des durées de séjour pour les prothèses de hanche et de genou, augmentation de productivité et production de prothèses unicompartmentales du genou, de prothèses totales du genou et de prothèses totales de la hanche en chirurgie d'un jour;
- Consolidation de l'offre de services médicaux spécialisés avec l'arrivée de psychiatres et de radiologues;
- Développement de l'Externat longitudinal intégré (ELI) à Val-d'Or et consolidation de l'ELI à Amos;
- Majoration et consolidation des stages d'été Soutien aux régions pour le recrutement d'omnipraticiens et de spécialistes (SARROS) pour un total de 45 stages offerts aux étudiants en médecine au niveau préclinique.

En plus des 45 étudiants en médecine de niveau préclinique qui sont venus faire un stage d'observation d'une durée d'un mois dans les cinq installations principales avec exposition variée aux différentes disciplines offertes, quatre étudiants en médecine de niveau clinique ont effectué tous les stages obligatoires de leur première année complète de stage dans le programme d'ELI à Amos (programme de médecine de l'Université de Montréal) et deux ont effectué cette première année d'Externat à Val-d'Or (programme de médecine de l'Université McGill). De plus, plusieurs étudiants en médecine, étudiants et résidents en pharmacie et médecins résidents en médecine de famille et dans les différentes spécialités ont effectué des stages optionnels dans chacune des MRC. Enfin, les quatre groupes de médecine de famille universitaire dont Aurores-Boréales et Les Eskers d'Amos affiliés à l'Université de Montréal, Rouyn-Noranda affilié à l'Université de Sherbrooke et La Vallée-de-l'Or affilié à l'Université McGill, ont continué d'offrir des programmes complets de formation postdoctorale en médecine de famille et ont offert des stages de médecine familiale en région à des externes des différentes universités et résidents en médecine familiale provenant de GMF-U urbains de même qu'à des étudiants du programme infirmier praticien spécialisé en première ligne selon le tableau 1.

**Tableau 1 : Stages réalisés en GMF-U**

Stages réalisés en GMF-U – 2023-2024					
	Résidents permanents	Résidents Stage médecine familiale en région	Externes	IPS-PL	
GMF-U de Rouyn-Noranda	10	4	18	1	
GMF-U Les Eskers d'Amos	9	10	21	0	
GMF-U des Aurores-Boréales	7	7	25	0	

Stages réalisés en GMF-U – 2023-2024					
	Résidents permanents	Résidents Stage médecine familiale en région	Externes	IPS-PL	
GMF-U de la Vallée-de-l'Or	11	19	23	0	
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>40</b>	<b>87</b>	<b>1</b>	<b>165</b>

#### 6.4 Services en santé publique

L'année 2023-2024 s'est démarquée par une modification à la structure de gouvernance de la Direction de santé publique, permettant l'intégration d'activités des points de service locaux. Ces nouveaux sites ont pour but de consolider les services de vaccination et de dépistage et de développer de nouveaux services comme l'accès plus rapide et facile au dépistage du cancer colorectal.

##### Santé environnementale

Pour faire face à une saison de feux de forêt sans précédent, l'organisation, fort de l'expertise de l'équipe de santé environnementale, a dû déployer rapidement plusieurs mesures pour protéger la population des effets sanitaires des incendies. Une vigie quotidienne des indicateurs de qualité de l'air a été implantée avec diffusion de recommandations adaptées aux conditions météorologiques. Pour faciliter cette surveillance, plusieurs moniteurs de qualité de l'air ont été installés rapidement dans diverses municipalités permettant de disposer de données pertinentes à l'évolution de la situation. De plus, plusieurs outils d'information ont été développés et mis à la disposition des citoyens et des organismes pour les aider à prendre des décisions concernant les événements et les activités planifiées.

##### Santé au travail

Dans le cadre de la modernisation du régime de santé et de sécurité du travail, les équipes de santé au travail ont été engagées par la prescription d'interventions de promotion de la santé des travailleurs ainsi que l'élaboration d'outils pertinents pour aborder et analyser les risques du travail pour la santé.

##### Développement des jeunes enfants

La 3<sup>e</sup> Enquête québécoise sur le développement des enfants de la maternelle (EQDEM) a été diffusée aux partenaires issus du secteur scolaire, du RSSS et du milieu communautaire. Cette enquête permet de brosser le portrait du développement des enfants de la maternelle du Québec et de la région sur les plans de la santé physique et du bien-être, de la maturité affective, des compétences sociales, du développement cognitif et langagier notamment sur les habiletés de communication et connaissances générales. L'équipe poursuit son offre de soutien aux partenaires pour la mise en place des actions favorisant le développement global des jeunes enfants.

## Vieillesse en santé

Afin de favoriser le maintien de la santé de la population, des actions préventives se sont intensifiées dans chaque MRC. Des ressources dédiées au vieillissement en santé sont actives afin de soutenir le déploiement de mesures comme le programme Viactive; groupes d'aînés participants à des activités physiques en milieu communautaire. Le maintien des capacités physiques est un facteur de protection fortement démontré. Le nombre de groupes est passé de 20 à plus de 50 depuis deux ans.

### 6.5 Services pour les personnes âgées

#### Solution informatique pour les CHSLD, les maisons des aînés et alternatives et les services en soutien à domicile

La suite logicielle SyMO est en cours d'implantation en région. Sous forme de projet, jusqu'à présent implanté dans les CHSLD de La Sarre et d'Amos, cette solution technologique est un outil de planification informatisé qui permet d'obtenir une vue d'ensemble des profils des usagers, de leurs besoins et du continuum de soins en temps réel. SyMO simplifie la communication entre les professionnels et contribue à planifier les interventions à réaliser auprès des usagers. Ainsi, son utilisation se traduit par une augmentation du temps d'intervention avec les usagers et leurs proches.

#### La pratique de repérage, PRISMA-7

Dans le contexte du vieillissement de la population, l'application de l'outil de repérage issu du Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie (PIRSMA-7) permet non seulement d'agir précocement auprès des personnes vulnérables, mais constitue aussi une source d'informations précieuse pour répondre aux besoins diversifiés et évolutifs des personnes âgées du territoire de l'Abitibi-Témiscamingue. L'objectif ultime visé est la mise en place d'un filet de protection communautaire préventif entourant les personnes âgées de 75 ans et plus fragiles, en développant et en partageant des outils adaptés. Ainsi, des retombées positives sur l'épanouissement, le bien-être et l'autonomie des adultes âgés sont observées. Toute clientèle de 75 ans et plus qui est dans l'angle mort du processus formel de l'outil de repérage structuré par la centrale de relance prévention régionale en fonction des lignes directrices reconnues par le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS) correspond aux critères de la clientèle visée. Également, plusieurs partenaires formels et partenaires informels contribuent au déploiement du projet.

#### Démarche Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services - Antipsychotiques (OPUS-AP)

La démarche OPUS-AP a pour objectif de réduire, voire de cesser l'utilisation inappropriée des antipsychotiques chez les personnes vivant avec un trouble neurocognitif majeur (TNCM) et présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Cette démarche vise à améliorer la qualité et l'expérience de soins pour les résidents vivant

avec un TNCM, leurs proches et les prestataires de soins, par l'application d'approches de base et d'interventions non pharmacologiques.

La démarche est déployée dans tous les centres d'hébergement longue durée (CHSLD) de la région. Selon les dernières données disponibles, sur les 217 résidents pour qui l'utilisation d'antipsychotiques était potentiellement inappropriée, 83 étaient jugés admissibles à la déprescription par l'équipe traitante. Le taux de déprescriptions tentées pour ces résidents admissibles est de 39 %. Il est à noter que les résidents jugés non admissibles bénéficient tout de même des différents processus cliniques pour accompagner la déprescription :

- L'application de l'approche de base qui préconise des soins et des services qui répondent aux caractéristiques et aux besoins des personnes telles que l'utilisation de l'histoire de vie, l'application des principes de communication de base, l'adaptation de l'environnement ou l'écoute active adaptée;
- L'intégration d'interventions non pharmacologiques comme la musicothérapie, la zoothérapie, l'aromathérapie ou l'utilisation de poupées. La connaissance de l'histoire des résidents s'avère essentielle pour mieux les connaître, mieux comprendre leurs comportements et trouver les approches qui leur sont les plus adaptées.

En plus d'intégrer les meilleures pratiques dans les milieux d'hébergement, la démarche contribue à l'amélioration de la qualité et l'expérience des soins pour les personnes atteintes de SCPD, leurs proches et le personnel, et au mieux-être des personnes hébergées en améliorant leur qualité de vie et leur état général.

## 6.6 Intégration et trajectoires de services

### Réorganisation du service d'hébergement Ressources intermédiaire- Ressource de type familial (RI-RTF)

En septembre 2023, l'établissement a réorganisé son service d'hébergement sous la responsabilité de deux directions distinctes : la DPJeu pour les ressources familiales des jeunes et la Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DPDI-TSA-DP) pour les ressources pour adultes. Cette mise à jour visait à rapprocher les intervenants des responsables des ressources et des équipes cliniques, favorisant ainsi un meilleur suivi des usagers et une réponse plus adaptée à leurs besoins.

### Arrimage des services de la DPDI-TSA-DP

Une trajectoire de services intégrés pour les personnes présentant des déficiences physiques, intellectuelles ou troubles du spectre de l'autisme, qui oriente les usagers selon leurs besoins et leurs problématiques vers le bon niveau de services est en développement et sera déployée au cours des prochains mois. L'établissement d'une vision commune et le développement des compétences par le déploiement d'une communauté de pratique et un support accru aux intervenants terrain sont des composantes essentielles qui rendent ce projet viable.

Concernant les services à l'enfance, la mise en place rapide de services répondant aux besoins des enfants des familles est une priorité. L'objectif ultime est de diminuer les délais d'attente pour permettre un retour à l'équilibre des familles. Aussi, la direction travaille à mettre en place l'intervenant pivot pour favoriser le travail de proximité avec les familles qui auront potentiellement affaire avec différents programmes et services de l'organisation.

Dans le cadre de l'implantation de la Gamme de services en DPDI-TSA-DP, la direction a mené des travaux dans trois chantiers, soit celui de l'intégration des services de soutien à domicile du programme personnes handicapées (SAD PPH), l'arrimage avec la DPSMD ainsi que la réorganisation des services à l'enfance.

En ce qui concerne l'intégration du SAD PPH, l'emphase a d'abord été mise sur la diminution des doublons par le développement des compétences en matière de services à domicile des intervenants des centres de réadaptation et sur le développement d'outils structurants pour la mise en place des services de soutien aux familles. Autrement, les travaux se poursuivent en arrimage avec la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA) en lien avec la clarification des profils d'utilisateurs ainsi que sur la séquence de déploiement des services à partir de l'accès jusqu'à la prise en charge par un intervenant pivot.

## **6.7 Amélioration de la proximité avec les milieux**

L'organisation a procédé à la nomination de cinq responsables de la coordination, de la proximité et de la fluidité pour chacune des différentes MRC de l'Abitibi-Témiscamingue. Ces personnes ont pour mandat d'agir comme acteur de liaison, de fluidité, de communication, de mobilisation et de concertation. Leur mission est d'assurer une écoute constante et une relation en continu avec le milieu, permettant ainsi de moduler et d'adapter les services en harmonie avec les besoins et la réalité locale. Ces responsables auront donc une lecture globale quant à l'offre et l'organisation des services en ce qui a trait aux besoins du point de vue du milieu. Cela permettra d'alimenter les directions relativement aux opportunités d'améliorer l'offre et l'organisation des services et de favoriser une meilleure coordination locale des soins de santé et de services sociaux.

## **6.8 Démarches de concertation**

### **Situation d'itinérance en Abitibi-Témiscamingue**

En septembre 2023, le gouvernement du Québec dévoilait les résultats du dénombrement des personnes en situation d'itinérance visibles au Québec qui a eu lieu dans la nuit du 11 octobre 2022. Le moment de l'année n'aura pas permis de faire ressortir les données à la hauteur de ce qui est observé tout au long de l'année. Toutefois, l'exercice a permis d'identifier 157 personnes en situation d'itinérance pour la région, mais surtout des éléments particuliers sur lesquels il est important de s'attarder au cours des prochaines années, notamment les personnes ayant un emploi à temps complet, mais étant tout de même en situation d'itinérance, les personnes sans aucun revenu ou encore les personnes qui ont

transigé par les centres de réadaptation et de protection de l'enfance au cours de leur parcours et qui se retrouvent en situation d'itinérance.

Par ailleurs, au cours de la dernière année, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, en collaboration avec l'ensemble des partenaires concernés par la question de l'itinérance, a mis sur pied un comité de gouvernance en itinérance à Val-d'Or qui est soutenu par un comité stratégique et un comité clinique. Cette structure vise à entendre et adresser l'ensemble des préoccupations, tant des personnes vulnérables que des partenaires et de se concerter pour réduire l'impact de l'itinérance dans ce territoire. De plus, des comités cliniques en itinérance ont également vu le jour en Abitibi-Ouest, en Abitibi et à Rouyn-Noranda.

Des sommes ont également été rendues disponibles pour les ressources d'hébergement d'urgence via le programme Vers un chez soi. Pour la région, une somme de 117 590 \$ a été reçue et distribuée en parts égales aux cinq ressources d'hébergement d'urgence du territoire.

Trois des cinq ressources d'hébergement d'urgence ont également reçu du financement additionnel via le Plan d'action interministériel en itinérance (PAII). Une somme de 300 000 \$ récurrente jusqu'au 31 mars 2028 a été versée à la Maison du soleil levant pour l'année financière 2023 – 2024. Pour sa part, la Piaule de Val-d'Or a reçu une somme de 113 425 \$. L'Accueil d'Amos a pour sa part reçu un montant de 100 000 \$ pour la même période.

Pour conclure, soulignons qu'au cours de la dernière année, les postes de la Sûreté du Québec d'Amos, de La Sarre et de Ville-Marie ont accueilli des travailleurs sociaux qui travaillent en collaboration avec l'ensemble des patrouilleurs. Le programme d'accompagnement justice a également été déployé pour le secteur du Témiscamingue et de Rouyn-Noranda.

## **6.9 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. 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 agit dans l'accompagnement des directions, dans la mise en relation des partenaires et développe des outils afin de favoriser l'appropriation de la démarche de sécurisation culturelle. À cet effet, une infolettre mensuelle est diffusée à l'ensemble de l'organisation et des capsules qui témoignent de la vision ont été développées. En complément, voici des projets déployés ou poursuivis au cours de la dernière année :

L'année 2024 a permis de poursuivre la démarche dialogue réunissant les directions des centres de santé des communautés autochtones et les partenaires autochtones en milieu urbain. Un comité de travail regroupant les directions et les équipes des centres de santé des communautés autochtones de la région a planifié cinq rencontres dans l'objectif d'adresser les enjeux et de partager des informations sur les services respectifs. Ces échanges permettent de convenir et d'implanter des solutions collectives, novatrices et pérennes, et ce, en respect des personnes et leurs besoins.

Des rencontres mensuelles sont aussi planifiées en collaboration avec le Centre d'entraide et d'amitié autochtone de Senneterre (CEAAS) et permettent le déploiement des services de ressources d'accompagnement (navigatrice de service, chauffeur proche-aidant). Cet espace d'échanges s'est bonifié par l'ajout d'un projet pilote en cours de développement en collaboration avec la gestionnaire milieu de vie de la direction DPSAPA.

De plus, dans l'objectif de répondre de façon culturellement pertinente aux besoins des personnes hébergées issues des Premières Nations et Inuit (PNI), des échanges permettant de mettre en lumière la vision, les besoins et les attentes des aînés, proches ou tout autre représentant en matière d'hébergement sont réalisés. À cet effet, deux cercles de partage auprès d'aînés sont réalisés en collaboration avec le CEAAS et la coordonnatrice de la Maison 8atapi de Pikogan. Les propos recueillis seront communiqués par le biais de différents outils visant à favoriser les bonnes pratiques dans l'offre de soins et services destinés aux PNI.

En complément, 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 (CAAVD). 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.

Dans l'optique d'apporter du soutien et l'expertise à la pratique professionnelle en soins infirmiers, un poste de conseillère clinique attitrée aux dossiers autochtones a été développé et doté. Ainsi, faisant partie de l'équipe des conseillères cliniques de la Direction des soins infirmiers, cette ressource conseille et travaille en collaboration avec le CAAVD. Elle travaille principalement à soutenir le développement d'une offre de services en soins infirmiers qui correspond aux meilleures pratiques et standards de qualité dans ce milieu qui se veut culturellement sécurisant. De plus, elle détient un rôle d'expert/mentor en lien avec les cultures autochtones auprès des conseillères cliniques en soins infirmiers de la Direction des soins infirmiers afin d'influencer l'acquisition de pratiques pertinentes sur le plan culturel à l'intérieur des installations du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Soulignons aussi qu'en collaboration avec l'organisme culturel anishnabe Minwashin et Tourisme Abitibi-Témiscamingue par le biais de sa démarche Culturat, le projet Odeimen vise à intégrer les arts et la culture anishnabe dans huit installations du CISSS de l'Abitibi-

Témiscamingue. Le [bilan du projet](#) a pu être partagé en septembre 2023.

De surcroît, 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 algonquienne et crie, est un motorisé permettant aux intervenants d'aller à la rencontre de personnes en situation d'itinérance. Au cours de la saison 2023, 40 sorties ont été effectuées, 32 intervenants du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et de six organismes communautaires ont été impliqués dans le projet ainsi que 5 usagers bénévoles.

Pour terminer, dans l'objectif de favoriser l'accès aux soins et services de santé et de services sociaux à la population issue 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'au Centre multiservices de santé et de services sociaux de Ville-Marie, sont présents au sein des installations.



Maxime Bolduc  
Préposé à l'entretien ménager



07

Résultats au regard du  
plan stratégique du MSSS

## 7. 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 cibles ministérielles sont exposées, comme prévu dans l'entente de gestion et d'imputabilité établie par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Le tableau 2 présente les résultats des engagements annuels. Les commentaires sur chacun des indicateurs suivent les différentes sections comme présentées par la planification stratégique ministérielle.

### Légende :

Atteinte de l'engagement annuel <b>atteint à 100 %</b>		Atteinte de l'engagement annuel <b>inférieur à 100 %</b>	
--	---	--	---

- Si le résultat est non disponible, la valeur (ND) est inscrite;
- Si l'indicateur ne constitue pas un engagement pour l'établissement, l'inscription non applicable (NA) est précisée.

### 7.1 Enjeu 1 : Une organisation plus humaine au travail – Devenir un employeur de choix

Il est à noter qu'au sein des indicateurs suivants, l'indicateur 3 est grisé puisque le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue n'est pas concerné par celui-ci.

**Tableau 2 : Indicateurs, engagements de l'établissement et cibles souhaitées pour l'année 2026-2027 en lien avec l'orientation devenir un employeur de choix**

Indicateur	Engagement 2023-2024	Résultats au 31 mars 2024	Engagement 2026-2027
1. Taux de rétention 0-12 mois des nouvelles embauches dans le réseau (3.03)	69,3 %	72,6 %	73,4 %
2. Pourcentage d'employés du réseau de la santé et des services sociaux qui recommandent leur établissement comme employeur (3.02)	+1 % par rapport à la cible de départ	Établissement de la cible de départ	+ 4,5 % par rapport à la cible de départ
3. Taux de satisfaction de l'expérience-employé -MSSS	85,0 %	ND	NA
4. Nombre d'heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendantes (3.06.01)	1 194 899	ND	1 260 124
5. Pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones (3.01.02)	100 %	100 %	100 %

## Précisions concernant les indicateurs :

### **Indicateur 1 - Taux de rétention 0-12 mois des nouvelles embauches dans le réseau**

Depuis les trois dernières années, une grande amélioration du taux de rétention 0-12 mois a été observée, puisqu'il est passé de 53,0 % en 2022 à 72,6 % en 2024. Cette amélioration est attribuable à la mise en place de plusieurs initiatives, dont le déploiement de l'autogestion des horaires, les aménagements de temps de travail horaire 9/10, des horaires 4/32 et de la conversion de certaines primes en congé pour certaines catégories de personnel et la gestion de proximité en se dotant d'agents de proximité dans chacun des territoires de MRC.

### **Indicateur 2 - Pourcentage d'employés du réseau de la santé et des services sociaux qui recommandent leur établissement comme employeur**

Il s'agit d'un nouvel indicateur pour lequel la cible de départ sera définie suivant un sondage complété par les employés de tous les employés du réseau public en santé et services sociaux.

### **Indicateur 4 - Nombre d'heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendante**

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue est confronté à une importante pénurie de main-d'œuvre. Cette situation fait en sorte qu'il est requis de faire appel aux services du personnel en provenance des agences privées afin de maintenir l'offre de service à la population.

Au cours de l'hiver 2024, une stratégie d'attraction auprès du personnel issu d'agences privées a été déployée afin de faire valoir les avantages d'être un employé au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et de favoriser leur transition vers l'organisation, et ce afin d'atteindre l'objectif de diminuer le recours à la main-d'œuvre issue d'agences privées. Jusqu'à maintenant, six ressources ont été embauchées. À ce sujet, il importe de prendre en considération que 96 % du personnel en provenance des agences provient de l'extérieur de la région, ce qui complexifie les démarches de recrutement.

### **Indicateur 5 - Pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones**

En date du 31 mars 2024, l'ensemble du personnel de l'organisation a complété la formation pourtant sur les réalités autochtones, qui a pour objectifs de déconstruire les mythes et les préjugés et d'outiller le personnel à œuvrer de façon sécuritaire et pertinente auprès des usagers autochtones.

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'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) et de représentants de Centres de santé des communautés autochtones. Au terme de ce processus, le projet intitulé Équité et sécurité culturelle en matière de soins de santé sur le territoire algonquin 2.0 est mis sur pied. Des

séances de formations sur les compétences culturelles seront offertes au courant de l'année 2024 au personnel du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue ainsi qu'au personnel des centres de santé communautaire des Premières Nations. Les formations visent à augmenter la capacité de créer des services de santé culturellement sûrs et inclusifs où il y aura davantage de dialogue et de rapprochement entre différentes organisations de la région. En plus de la formation, il y aura un volet de suivi et d'encadrement pour les équipes du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue où ils recevront des conseils pour appliquer ce qu'ils ont appris afin d'utiliser les connaissances pour créer des services de santé sûrs et inclusifs ainsi que la réalisation de capsules de sensibilisation concernant divers thèmes.

## 7.2 Enjeu 2 : Une population en santé - Être proactif et agir de façon préventive

La section suivante expose les données en lien avec l'enjeu une population en santé. Il est à noter que les indicateurs 6, 7, 8 et 10 sont grisés puisque la mesure de ces indicateurs est actuellement en définition par les instances ministérielles.

**Tableau 3 : Indicateurs, engagements de l'établissement et cibles souhaitées pour l'année 2026-2027 en lien avec l'orientation être proactif et agir de façon préventive**

Indicateur	Engagement 2023-2024	Résultats au 31 mars 2024	Engagement 2026-2027
6. Pourcentage d'atteinte des cibles du plan d'action de développement durable 2023-2028	NA	ND	NA
7. Proportion des fumeurs quotidiens et occasionnels	NA	ND	NA
8. Pourcentage des jeunes du secondaire atteignant les recommandations en matière d'activité physique durant les loisirs et les transports	NA	ND	NA
9. Proportion des élèves de 3 <sup>e</sup> année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète (1.01.04)	80,0 %	ND	86,0 %
10. Taux de mortalité normalisé selon l'âge attribuable au cancer	NA	ND	NA
11. Taux de couverture au dépistage du cancer colorectal par test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSI)	38,0 %	37,4 %	NA
12. Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (1.09.33.01)	65,0 %	77,0 %	80,0 %

### Précisions concernant les indicateurs :

#### **Indicateur 9 - Proportion des élèves de 3<sup>e</sup> année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète**

Les activités de vaccination en milieux scolaires se sont poursuivies et ont permis d'atteindre la cible définie par le MSSS. En effet, 80 % des élèves du 3<sup>e</sup> secondaire ont été adéquatement vaccinés. Toutefois, puisque les données ne sont compilées qu'à la fin de l'année scolaire, la donnée précise est actuellement non disponible. Rappelons qu'au-delà de la protection individuelle apportée par la vaccination de ces jeunes, le taux élevé de couverture vaccinale permet de renforcer l'immunité collective contre ces maladies évitables.

#### **Indicateur 11 - Taux de couverture au dépistage du cancer colorectal par test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles**

L'accessibilité au test immunochimique a été améliorée en région grâce à la mise en place des points de service locaux permettant aux usagers de prendre rendez-vous avec une infirmière via la plateforme Clic-Santé. Au cours de la dernière année 12 788 tests ont été effectués.

De plus, dans la page descriptive des indicateurs, un taux de couverture au dépistage du cancer colorectal par test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles est ciblé, soit un rétablissement des taux de prépondérance. En Abitibi-Témiscamingue, une couverture de 37,4 % a été atteinte, ce qui correspond à 95 % de nombre de tests effectués de 2019-2020.

#### **Indicateur 12 - Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours**

Les équipes chirurgicales procèdent à des interventions dans les cinq blocs opératoires de la région. Les opérations réalisées concernent notamment le système digestif, les seins, les poumons, l'appareil urinaire, etc. Tous les efforts sont déployés afin que chaque usager atteint d'un cancer opérable puisse obtenir sa chirurgie dans un délai de 28 jours suivant la requête d'un chirurgien. Plusieurs facteurs peuvent influencer l'atteinte de la cible, notamment l'état clinique de l'usager et l'accès à des examens diagnostiques requis avant l'intervention. Cependant, la planification d'une chirurgie est systématiquement effectuée lorsque l'ensemble des résultats des investigations est disponible.

### **7.3 Enjeu 3 : Un accès aux soins et services en temps opportun - Offrir une expérience patient axée sur l'accessibilité et la qualité des services**

Cette section dresse l'état des engagements et les résultats 2023-2024 ainsi que les engagements 2026-2027 des indicateurs 13 à 25. Il est à noter que l'indicateur 19 est grisé puisque le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue n'est pas considéré par cette mesure.

**Tableau 4 : Indicateurs, engagements de l'établissement et cibles souhaitées pour l'année 2026-2027 en lien avec l'orientation offrir une expérience patient axée sur l'accessibilité et la qualité des services**

Indicateur	Engagement 2023-2024	Résultats au 31 mars 2024	Engagement 2026-2027
13. Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plate-forme agir tôt (1.06.20)	163	435	216
14. Pourcentage des premières interventions à l'évaluation en Protection de la jeunesse réalisées à l'intérieur de 14 jours (1.06.06)	72,0 %	63,7 %	81,0 %
15. Proportion des usagers ayant reçu des soins et des services en santé mentale dans les délais prescrits (1.08.17)	52,0 %	40,3 %	67,0 %
16. Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile (1.03.05.06)	6 242	5 995	6 612
17. Nombre de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile (1.03.25)	221	175	161
18. Nombre d'heures de services de soutien à domicile longue durée, courte durée et soins palliatifs rendues à domicile (1.03.05.05)	572 398	568 552	718 523
19. Pourcentage de personnes ayant consulté un professionnel de la santé à l'intérieur de 36 heures dans les cliniques médicales (1.09.54)	20,0 %	31,3 %	30,0 %
20. Pourcentage d'usagers ayant eu un accès à un service en CLSC dans les délais établis selon la priorisation (7.04.06)	58,0 %	56,7 %	61,0 %
21. Pourcentage de personnes attirées à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne (1.09.58)	83,0%	79,0 %	90,0 %
22. Délais moyen de prise en charge à l'urgence pour toute clientèle (1.09.16.01)	152 minutes	171	95 minutes
23. Durée moyenne de séjour à l'urgence sur civière (1.09.01)	12,0 heures	12,2 heures	11,0 heures
24. Pourcentage des demandes de consultations en médecine spécialisées dont les délais d'attente prévus sont dépassés (1.09.56)	50,0 %	42,1 %	15,0 %
25. Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an (1.09.32.00)	0	190	13 au 30 juin 2024

## Précisions concernant les indicateurs :

### **Indicateur 13 - Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plate-forme Agir tôt**

L'année 2023-2024 a permis de poursuivre les efforts de promotion et de valorisation des services destinés aux enfants notamment l'accès au dépistage des retards de développement et aux services vers lesquels les enfants sont orientés par la suite. Pour ce faire, plusieurs présentations et rencontres ont été effectuées dans le cadre de tables regroupant des partenaires provenant des cinq MRC de la région, ainsi que directement chez divers partenaires des réseaux locaux de services (diverses directions du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, partenaires de l'éducation, du ministère de la Famille, partenaires communautaires). En tout, c'est plus de 45 présentations qui ont été offertes à 70 partenaires (CPE, groupes d'enseignants de maternelles 4 ans, organismes communautaires, groupes de parents, centres de services scolaires, directions du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, groupes de professionnels, pédiatres, médecins, etc.).

Ainsi, le nombre de références vers les services en intervention précoce a fait un bond de 192 demandes comparativement à l'année dernière et les collaborations avec les différents partenaires se sont améliorées. Pour l'année 2023-2024, ce sont 435 enfants qui ont bénéficié d'un dépistage à partir de la plateforme Agir tôt. À ce nombre s'ajoutent 363 enfants qui ont reçu le service de dépistage par l'équipe de responsables cliniques, mais sans l'usage de la plateforme Agir tôt. Il s'agit alors, d'analyses de résultats provenant d'outils de dépistage reconnus ou de rapports d'évaluation complétés par des professionnels, techniciens qualifiés, pratique privée ou autres organisations. C'est donc un total de 798 enfants qui ont bénéficié d'un dépistage des indices de retard de développement par l'offre de service en intervention précoce.

Pour la dernière année, le délai de traitement des résultats de la plateforme correspondait à une moyenne de 84 jours, comparativement aux 60 jours attendus par la cible provinciale. Cette hausse s'explique en partie par l'augmentation du nombre de demandes, mais également par le manque d'une ressource affectée à l'analyse des résultats pendant une longue période. L'accroissement de la complexité des dossiers qui demandent un investissement plus grand par les responsables cliniques et les intervenants terrain semble être un facteur important ayant influencé les délais de traitement. Bien que le service d'accompagnement aux parents pour la complétion des questionnaires de la plateforme soit maintenu, le délai d'analyse a augmenté en raison de l'incapacité à traiter rapidement les dossiers.

En ce qui concerne les services à la trajectoire langagière, l'accès à ceux-ci a été amélioré par l'ajout de différentes modalités qui permettent une offre de service rapide (moins de 60 jours). Le programme Mots d'enfants a été implanté en avril 2023 de même que des services de groupe qui ont été développés progressivement jusqu'en septembre 2023.

Enfin, le service en intervention précoce offre dorénavant des services en fonction des besoins de l'enfant et de sa famille. Une diminution de la durée d'attente pour les services professionnels plus spécifiques et du besoin de consultation auprès de ces professionnels est observée. Concrètement, l'équipe régionale du service en intervention précoce parvient à répondre aux besoins d'environ 20 à 25 % des enfants vers un premier service offert par une éducatrice, ce qui diminue les listes d'attente en orthophonie malgré l'augmentation des références vers ce service.

#### **Indicateur 14 - Pourcentage des premières interventions à l'évaluation en Protection de la jeunesse réalisées à l'intérieur de 14 jours**

La cible n'a pas été atteinte, mais l'équipe travaille avec détermination pour y parvenir. Le délai moyen pour une première intervention au service d'évaluation des signalements est de 14,3 jours, alors que la cible est de 14 jours. De plus, à la fin de l'exercice financier 2023-2024, il y avait seulement 28 signalements en attente d'évaluation, ce qui est en deçà de la capacité théorique de 30. La gestion de la liste d'attente à la DPJ bénéficie de l'implication active de tout le personnel en jeunesse, ainsi que de la contribution d'autres employés de différents programmes et services du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. D'ailleurs, deux séances intensives d'évaluations de signalements ont été organisées avec la participation de plus de 50 employés afin de réduire le nombre de dossiers en attente.

#### **Indicateur 15 - Proportion des usagers ayant reçu des soins et des services en santé mentale dans les délais prescrits**

La proportion des usagers ayant reçu des soins et services en santé mentale dans les délais prescrits se compose de cinq indicateurs, tels que présentés dans le tableau suivant.

**Tableau 5 : Indicateurs considérés en lien avec l'offre de soins et de services en santé mentale dans les délais prescrits**

<b>Indicateurs</b>	<b>Taux des usagers avaient accès à un service dans les délais</b>
Usagers ayant eu accès à un service ambulatoire de santé mentale en CLSC dans un délai de 30 jours ou moins	42,0 %
Usagers ayant eu accès à un service de soutien dans la communauté en santé mentale à l'intérieur des délais prescrits.	69,5 %
Usagers ayant eu accès à un service spécialisé en santé mentale dans un délai de 30 jours ou moins.	21,5 %
Usagers ayant eu accès à une consultation psychiatrique à l'urgence dans un délai de 4 heures ou moins.	45,1 %
Usagers admis en psychiatrie dont la durée de séjour à l'urgence est de 24 heures ou moins	ND

Au cours de l'année 2023-2024, des efforts importants ont été mis sur l'amélioration de l'accès aux services de santé mentale, notamment par une vigie importante des listes d'attentes,

des charges de cas et l'implication de la conseillère cadre en santé mentale auprès des équipes des guichets d'accès en santé mentale, des spécialistes en activités cliniques et des chefs de service en santé mentale externe. Une collaboration a également été établie avec l'UQAT en vue de développer un programme de formation en psychothérapie.

Une amélioration significative de l'accès est constatée cette année alors que de septembre 2023 à mars 2024, la liste d'attente pour des services en santé mentale adulte est passée de 430 usagers en attente à 303.

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;
- Ajouter 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'usager) et sera déployé au cours de l'année 2024-2025;
- Mettre de l'avant les soins par étapes et diversifier/consolider le panier de services (éducation psychologique, auto-soins, interventions brèves, offre de groupes);
- Réviser des charges de cas pour tous les intervenants des services externes;
- Réaliser des activités de repérage sur une base régulière.

### **Indicateur 16 - Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile**

Bien que la cible du MSSS ne sera pas atteinte (-247), le résultat est à 96 % de celle-ci et en progression de 129 usagers par rapport à l'année précédente. La pertinence clinique demeure l'un des facteurs qui régit la capacité de prise en charge. Ceci se traduit par une

augmentation de la lourdeur des profils qui nécessitent plus d'intensité en heures par usager et le retrait de prise en charge des profils plus bas, soit les personnes présentant des besoins de services moindres.

### **Indicateur 17 - Nombre de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile**

La cible est atteinte notamment en raison du suivi périodique fait de la liste des usagers en attentes d'un premier service depuis plus de 90 jours. Ceci inclut la participation DPSAPA, DPDI-TSA-DP et la Direction des services multidisciplinaires (DSM).

### **Indicateur 18 - Nombre d'heures de services de soutien à domicile longue durée, courte durée et soins palliatifs rendues à domicile**

Bien que la cible du MSSS n'est pas atteinte cette année (-3 846 heures), le résultat est à 99,3 % de cette dernière. L'écart s'explique notamment par la diminution en services achetés en raison de la fermeture temporaire depuis mars 2023 d'une résidence privée pour aînés (RPA) de catégorie trois dans le secteur de Rouyn-Noranda et à la transformation de 20 places RPA en RI à compter de janvier 2024 dans le secteur d'Amos. Certaines entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD) ont aussi dû ajuster leur offre de services à la baisse en raison de la pénurie de main-d'œuvre. Par ailleurs, des travaux visant la poursuite et la révision des trajectoires en maintien à domicile se font en mode continue puisque l'optimisation des processus est essentielle pour maintenir des services en contexte de pénurie de main-d'œuvre.

### **Indicateur 19 - Pourcentage de personnes ayant consulté un professionnel de la santé à l'intérieur de 36 heures dans les cliniques médicales**

À la suite des demandes de rendez-vous dans les cliniques médicales, 64 509 personnes ont obtenu un rendez-vous dans les 36 heures, sur un total de 131 735. Cela signifie que 31,3 % des personnes ont pu bénéficier d'une consultation dans un délai inférieur à 36 heures après avoir pris rendez-vous. Le tableau présente les données sur les rendez-vous obtenus dans un délai de 36 heures dans les territoires de MRC de la région, ainsi que le total et le pourcentage de rendez-vous dans ce délai par rapport au total des rendez-vous.

**Tableau 6 : Prise de rendez-vous dans un délai de 36 heures dans les MRC de l'Abitibi-Témiscamingue**

MRC/Ville	Nombre de rendez-vous qui ont obtenu un rendez-vous dans un délai de 0-36 heures	Nombre de rendez-vous octroyés	Pourcentage des usagers pris en charge dans un délai de 36 heures
Abitibi-Ouest	10 295	23 171	28,8 %
Abitibi	24 001	33 910	40,1 %
Rouyn-Noranda	10 371	36 441	21,0 %

MRC/Ville	Nombre de rendez-vous qui ont obtenu un rendez-vous dans un délai de 0-36 heures	Nombre de rendez-vous octroyés	Pourcentage des usagers pris en charge dans un délai de 36 heures
Vallée-de-l'Or	16 847	26 540	36,8 %
Témiscamingue	2 995	11 673	19,2 %
<b>Total</b>	<b>64 509</b>	<b>131 735</b>	<b>31,3 %</b>

### Indicateur 20 - Pourcentage de personnes ayant eu un accès à un service en CLSC dans les délais établis selon la priorisation

Plusieurs services sont concernés par cet indicateur. Un plan d'action est en cours d'élaboration et différents mécanismes d'accès sont en révision ou seront déployés sous peu afin de permettre d'atteindre la cible pour les programmes et les services dont les délais d'accès sont supérieurs à la cible définie.

### Indicateur 21 - Pourcentage de personnes attitrées à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne

Depuis 2023, plusieurs usagers inscrits au Guichet d'accès à un médecin de famille ont eu l'opportunité d'être inscrits collectivement à un Groupe de médecine (GMF) de famille. Ainsi, 79 % des usagers sont inscrits auprès d'un médecin de famille ou d'un groupe de médecins, alors que la cible est de 83 %. Plus précisément, le tableau suivant présente le nombre de patients inscrits à un médecin de famille et à un groupe de médecins, ainsi que le pourcentage de patients attribués à un médecin et à un groupe de médecins dans chaque MRC.

**Tableau 7 : Portrait des personnes inscrites auprès d'un médecin de famille ou d'un médecin de famille en GMF**

MRC/Ville	Nombre de personnes inscrites à un médecin de famille	Nombre de personnes inscrites à un groupe de médecins	Pourcentage des usagers attitrés à un médecin et à un groupe de médecins
Abitibi-Ouest	14 553	1 810	82 %
Abitibi	19 684	1 267	85 %
Rouyn-Noranda	31 959	4 151	88 %
Vallée-de-l'Or	27 963	284	66 %
Témiscamingue	12 268	468	81 %
<b>Total</b>	<b>106 427</b>	<b>7 980</b>	<b>79 %</b>

Les usagers qui ne sont pas inscrits à un médecin de famille ou à un groupe de médecins peuvent bénéficier du Guichet d'accès à la première ligne (GAP). Ce service constitue une porte d'entrée simplifiée pour les citoyens souhaitant obtenir un rendez-vous médical ou un service de santé approprié dans les délais nécessaires. Le GAP est accessible par téléphone au 811 ou en ligne.

Actuellement, un service numérique supplémentaire est en cours de déploiement pour garantir la fourniture appropriée et opportune de services de santé. Depuis son introduction, de nombreux citoyens ont sollicité ce service pour être dirigés vers les ressources pouvant répondre promptement à leurs besoins en matière de santé, que ce soit une consultation médicale, une visite chez le pharmacien, un programme de soutien ou simplement des informations de santé utiles.

### **Indicateur 22 - Délais moyens de prise en charge à l'urgence pour toute clientèle**

Malgré une diminution de la volumétrie de la clientèle ambulatoire dans la majorité des urgences de la région et une diminution du délai de prise en charge médicale comparativement à l'année précédente (171 minutes vs 192 minutes), la cible de 152 minutes fixée par le ministère n'a pas été atteinte, et ce malgré plusieurs actions qui ont été mises en place. Il est à noter que la performance des diverses salles d'urgence de la région est à géométrie variable, notamment en raison du taux de réorientation après le triage réalisée par l'infirmière qui se situe à peine à 5 % alors que la cible est de 15 %.

Des actions ont été prises afin d'optimiser les mécanismes et les lieux potentiels de réorientation, et ce autant pour le personnel des salles d'urgence que pour la population. À titre d'exemple, un dépliant expliquant le processus de réorientation et ses avantages a été diffusé. La mise en place du GAP pour les personnes qui n'ont pas de médecin de famille et le réacheminement des patients ayant un niveau de priorité moins urgente ou non urgente (P4-P5) lors de leur visite aux urgences sont des initiatives visant à orienter la population vers d'autres lieux de consultation qui répondent aux besoins. De plus, des communications ont été diffusées pour informer la population des alternatives aux urgences pour les consultations médicales.

En plus, un des enjeux majeurs augmentant la difficulté de réorientation est le manque de plages disponibles pour des rendez-vous en première ligne, soit au sein des cliniques médicales ou de professionnels de la santé. Des travaux ont été réalisés et se poursuivent afin d'accroître l'efficacité de divers processus permettant d'améliorer certaines trajectoires pour entre autres diminuer le délai de prise en charge médicale à l'urgence. Enfin, une visite d'observation a été réalisée dans la salle d'urgence accusant le plus haut délai de prise en charge et des pistes d'améliorations seront dégagées et mises en œuvre au cours de la prochaine année.

### **Indicateur 23 - Durée moyenne de séjour à l'urgence sur civière**

Bien que la volumétrie de la clientèle dans les salles d'urgence soit en légère diminution et bien que la durée moyenne de séjour soit moindre que l'année précédente (12,2 heures vs 12,7 heures), la cible ministérielle est de 12,0 heures et n'a pas été atteinte. À nouveau, la performance des six salles d'urgence de la région est variable. Divers travaux ont été réalisés afin de diminuer le délai sur civière notamment la révision des critères d'installation sur civières, ainsi que des démarches visant l'implantation d'outil de suivis pour améliorer la

fluidité des séjours et des congés. Des travaux se poursuivent afin de notamment cibler les diagnostics et raisons de consultation comportant les durées moyennes de séjour les plus importantes pour cibler des actions pour améliorer la situation.

### **Indicateurs 24 - Pourcentage des demandes de consultations en médecine spécialisées dont les délais d'attente prévus sont dépassés**

L'objectif d'engagement de 50 % a été atteint. Pourtant, des défis persistent concernant la disponibilité des services médicaux, entre autres dans les spécialités suivantes : orthopédie, immunologie, oto-rhino-laryngologie, gynécologie, ophtalmologie, médecine interne et rhumatologie. Des actions permettant de recruter des médecins spécialistes se poursuivent en continu.

Au cours de la dernière année financière, l'épuration administrative des listes d'attente pour les spécialités suivantes a été achevée : immunologie, médecine interne et orthopédie. Aussi, l'épuration clinique des listes d'attente est en cours et se poursuivra l'année prochaine pour les demandes de consultation auprès d'un médecin spécialiste. Fait à noter, depuis le 1er janvier, la grande majorité des interventions en chirurgie vasculaire a été orientée vers les centres offrant des services surspécialisés, accentuant l'utilisation du corridor de services déjà existant pour cette spécialité.

### **Indicateur 25 - Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an**

Le rattrapage en consultations spécialisées en orthopédie des dossiers hors délais pour des conditions chirurgicales conduisant à des demandes chirurgicales se poursuit. La pénurie d'effectifs infirmiers et la non-disponibilité ponctuelle de lits suivant une intervention chirurgicale nécessitant une hospitalisation a engendré des délais supplémentaires pour réaliser les chirurgies. Des actions intensives ont été effectuées par les équipes professionnelles et médicales afin d'améliorer la situation, dont l'amorce d'une démarche de révision de dossiers afin de s'assurer de l'exactitude des informations concernant chaque personne en attente d'une chirurgie et pour permettre une priorisation des chirurgies qui sont en attente depuis plus d'un an en modifiant la planification opératoire.

En fin d'année financière, 190 usagers étaient en attente depuis plus d'un an pour la spécialité orthopédie alors que la cible du MSSS est de 130 au 30 juin 2024. Des efforts ont été faits pour augmenter les priorités opératoires accordées aux chirurgiens orthopédiques. De plus, une réorganisation a été effectuée pour améliorer la trajectoire préopératoire en collaboration avec les directions impliquées dans la trajectoire orthopédique. En complément, un plan d'action a été mis en place afin de moduler en continu les priorités opératoires en fonction des différentes listes d'attente et cibles à atteindre dans le cadre du rattrapage chirurgical.



Ariel Comptois  
Nutritionniste





08

Activités relatives à la  
gestion des risques  
et de la qualité

## 8. Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

### 8.1 L'Agrément

L'année 2023-2024 a été marquée par la clôture du premier cycle d'évaluation d'Agrément Canada qui s'est déroulé de 2018 à 2023. Les deux dernières séquences à évaluer dans ce cycle ont été réalisées en avril 2023 avec la visite des programmes DPDI-TSA-DP et DPSAPA. Pour l'occasion, 26 emplacements étaient ciblés.

Au terme de ce premier cycle, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a obtenu une note globale de 90,3 % et a vu sa certification-qualité reconduite pour les cinq prochaines années sous condition de continuer de répondre aux exigences au cours des prochaines visites et d'assurer les suivis requis. À cet effet, le rapport complet d'Agrément Canada est disponible sur le site Web de l'établissement.

Les secteurs d'excellence suivants ont été soulignés par Agrément Canada :

- Présence d'une culture de gestion de la qualité et des risques;
- Partenariat avec l'utilisateur dans les soins;
- Approche humaine et respectueuse envers les usagers;
- Offre de services adaptée à la réalité culturelle des Premières Nations;
- Amélioration du cheminement de l'utilisateur dans l'ensemble des programmes.

Agrément Canada a aussi précisé les opportunités d'amélioration suivantes :

- Continuer les démarches effectuées en lien avec la pénurie de main-d'œuvre;
- Poursuivre le développement de l'approche usager partenaire;
- Finaliser l'implantation du programme d'entretien préventif;
- Améliorer l'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme;
- Accroître la conformité aux pratiques organisationnelles requises.

La première visite du second cycle d'Agrément se tiendra en septembre 2024. Toutes les directions sont affairées à la réalisation des travaux préparatoires à l'évaluation de la séquence un du cycle 2023-2027.

### 8.2 La sécurité et qualité des soins et des services - Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents

L'année 2023-2024 est particulière pour la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQÉPÉ) notamment à l'égard de la pandémie ainsi que son rétablissement. En effet, les ressources en gestion des risques et de la qualité ont contribué à assurer la sécurité des usagers en s'impliquant activement dans l'organisation pour une bonne partie de l'année tout en réactivant les dossiers en lien avec les opérations courantes. De plus,

l'équipe a été composée de 50 % des effectifs, et ce, pendant presque toute la partie de l'année due à des départs. Ces difficultés de recrutement combinées à la perte d'expertise lors des départs fragilisent l'équipe ainsi que la possibilité d'assurer un développement dans les dossiers en cours.

Dans un autre ordre d'idées, l'organisation 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 consistent à réaliser plusieurs présentations, séances de sensibilisation et de formation concernant la gestion des risques en général, la déclaration des incidents et accidents et la divulgation des événements indésirables.

Dans le cadre de cette démarche, 807 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 des accidents;
- Améliorer la sécurité des soins et des services aux usagers;
- Contribuer à ce que la sécurité soit une priorité;
- Mettre en place des mesures pour en prévenir la récurrence et assurer un soutien aux personnes;
- S'assurer que les événements et leurs conséquences sont divulgués aux usagers, aux familles ou aux représentants légaux, et ce, dans une culture de sécurité et de non-blâme;
- Poursuivre la formation en regard des précisions dans le respect des lignes directrices établies.

De plus, les principaux éléments qui caractérisent la notion de divulgation font l'objet d'une vigie au sein du comité de gestion et 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. 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.

Le fruit du travail accompli et les informations compilées permettent de formuler des recommandations systémiques concernant plusieurs directions ou groupes d'usagers, facilitant ainsi l'identification des moyens pour soutenir et accompagner les instances concernées. Annuellement, un suivi des activités du comité de gestion des risques (CGR) est fait au comité de vigilance et de la qualité. De plus, à chaque conseil d'administration, le tableau de bord comportant une section qualité expose, entre autres, le portrait de la gestion des risques et de la prévention des infections.

Globalement, les tableaux 8 et 9 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).

Outre les accidents et incidents, la gravité « vide », qui est constituée des déclarations soumises a été considérée. Les informations contenues dans la catégorie « vide » sont en cours d'analyse, donc pour le moment, il n'est pas possible de préciser l'indice de gravité qui correspond au nombre total des événements qui ont été déclarés. En date du 23 avril 2024, 817 données vides (incidents-accidents) sont incluses. La complétion de cette analyse sommaire précisera l'indice de gravité ce qui diminuera le nombre de gravités « vide » concernant des données extraites dans l'application SISSS d'ici le 15 juin 2024.

**Tableau 8 : Nature des trois principaux incidents (A et B) pour 2023-2024**

Principaux types d'incidents (3)	Nb A-B (incluant les données vides)	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	808	42 %	7 %	
Chute	304	16 %	3 %	
Autres <sup>1</sup>	352	18 %	3 %	
<b>Total des incidents</b>	<b>1 942</b>		<b>Total de l'ensemble des événements (incidents et accidents)</b>	<b>11 111 événements (incluant les données vides)</b>

<sup>1</sup> 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 9 : Nature des trois principaux accidents (C à I) pour 2023-2024<sup>2</sup>**

Principaux types d'accidents (3)	Nb d'Accidents (C-I) (incluant les données vides)	Pourcentage par rapport à l'ensemble des accidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements (C à I) incluant les données vides	
Médication	2 856	31 %	26 %	
Chute	4 124	45 %	37 %	
Autres <sup>3</sup>	1 084	12 %	10 %	
<b>Total des accidents</b>	<b>9 169 incluant les données vides</b>		<b>Total de l'ensemble des événements (incidents et accidents) →</b>	<b>11 111 événements (incluant les données vides)</b>

### 8.2.1 Bilan des activités réalisées par le comité de gestion des risques (CGR)

- **Voici les principales activités réalisées par le CGR :**

Le comité a assuré le suivi des événements de gravité plus importante et des événements de type sentinelle. Pour ce faire, un tableau de suivi des événements de gravité F et plus, ainsi que les événements sentinelles a été mis en place. Ce tableau élaboré en 2019 permet :

- » D'assurer le suivi des recommandations ainsi que des actions mises en place. Par ailleurs, au cours de l'année 2023-2024, cet outil a été présenté lors de chaque rencontre du comité afin de broser le portrait des divers éléments sentinelles, afin de veiller à assurer les suivis appropriés;
  - » Présenter les indicateurs de façon visuelle à l'aide de graphiques et de tableaux de données pour soutenir le comité dans la réalisation de certains suivis. 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.
- L'outil de suivi « Power BI » est utilisé à chaque rencontre. Un travail colossal a été conjointement réalisé par la DQÉPÉ et la Direction des ressources

<sup>2</sup> Données non exhaustives extraites en date du 23 avril 2024. L'établissement a jusqu'au 15 juin 2024 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.

<sup>3</sup> 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.

informationnelles (DRI) afin de pouvoir partager des données en temps réel. Une présentation générale est effectuée lors des rencontres et les directions y ont accès. Cet outil rend possible la comparaison avec les années antérieures et la visualisation des secteurs et familles de risques qui sont les plus touchés et où une vigie est attendue;

- Le comité a assuré une vigie en lien avec la saisie des événements, ainsi qu'en ce qui a trait aux taux de divulgation relatifs aux événements indésirables survenus faisant l'objet d'une divulgation obligatoire. Cette information est disponible dans le bilan des événements présentés à chaque comité;
- Le comité a reçu à une reprise les données récapitulatives sur les déclarations en respect de la Loi Vanessa. Cette Loi vise à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses et modifie la Loi sur les aliments et drogues. Elle exige des établissements de santé la déclaration des réactions indésirables graves à un médicament (RIM) et des incidents liés aux instruments médicaux (IIM). Pour l'année 2022-2023, 21 événements ont été déclarés à Santé Canada selon les modalités établies. Un taux de 29 % des déclarations étaient de sources médicales et 71 % de sources de la pharmacie. Le bilan de l'année 2023-2024 sera présenté par la DSPEUPC lors d'une prochaine rencontre;
- Le comité a reçu à l'hiver 2023 la directrice de la DRI qui a présenté les travaux en lien avec la désuétude des systèmes téléphoniques. Ces derniers sont suivis par le CGR et le comité de direction. L'ensemble de la région sera touché par la mise à niveau du système. Le comité fait le suivi du dossier à chacune de ses rencontres via le tableau des suivis en cours et le comité de travail responsable des travaux se rencontrera cet automne pour préciser les besoins de l'établissement et des usagers;
- Le comité a été tenu informé des formations et des sessions sur la sensibilisation relative à la gestion des risques sur tout le territoire de la région de l'Abitibi-Témiscamingue de tous les secteurs sur la gestion des risques. Un total de 42 séances de formation a eu lieu.

En plus, le comité a obtenu de l'information en lien avec les travaux suivants :

- La décentralisation de la saisie, notamment sur l'évolution du processus avec la DPSAPA. Un travail d'analyse doit être réalisé par l'équipe de la gestion des risques, car l'objectif visé par la décentralisation de la saisie n'est pas atteint. Une démarche d'analyse comparative est en cours de réalisation afin d'évaluer le processus;
- Le bilan Rapport d'analyse des incidents et des accidents liés au retraitement des dispositifs médicaux (RARDM) a été déposé en juin 2023. La déclaration des événements est en diminution. La pandémie fut un frein à la déclaration et a limité le déploiement de la formation. Cela, en plus des changements de personnel fréquent, a fait chuter les données, mais des actions correctives sont en cours;
- La Direction des soins infirmiers (DSI), volet prévention et contrôle des infections a fait deux présentations sur le lavage des mains, la prévention et le contrôle

des infections et le bilan des éclosions. Pour le dossier des audits de lavage des mains, les résultats présentés ne sont pas à la hauteur des attentes et il a été observé que les taux ont diminué autant dans les hôpitaux qu'en CHSLD. Il est souhaité que le projet d'audits contribue à rehausser les résultats;

- Les travaux du comité du circuit du médicament progressent doucement. Le comité du circuit du médicament doit reprendre plus intensivement au cours de la prochaine année. Le suivi est réalisé à toutes les rencontres via le tableau des suivis en cours;
- En lien avec le dossier de l'entretien préventif des équipements, la Direction des services techniques et logistiques (DSTL) a amorcé l'inventaire des besoins et brossé un portrait de la situation pour les volets « biomédical » et « maintenance » en vue d'élaborer un plan d'action au printemps 2024. Le dossier est suivi à chaque rencontre via le tableau des suivis en cours;
- La vigie quant à l'aménagement sécuritaire des unités de psychiatrie interne a été assurée. Les travaux sont débutés depuis mars 2023, mais cheminent lentement. Une présentation de la DSTL a été faite au comité en janvier 2024. Les travaux ont été divisés en deux catégories, soit une pour les plus petits travaux (suivis et réalisés via le Guide Ti) et les plus gros via le bureau de projets (BPO) et suivis par le comité de direction. Le plan d'action incluant les échéanciers doit être présenté au printemps 2024 au comité par la DSTL;
- Le comité a été tenu informé des objectifs ainsi que des suivis des sous-comités en gestion des risques pour l'année 2023-2024. Comme l'équipe de gestion des risques est très limitée en raison de la pénurie de main-d'œuvre, les travaux avancent plus lentement. Cependant, les analyses et les suivis des recommandations des événements ainsi que la vigie sur les événements sentinelles et la divulgation des événements indésirables ont été travaillés par les directions DPDI-TSA-DP, DPSMD, DPJeu, DPSAPA, DSI, DSM, Direction de santé publique (DSPu) et DSTL avec les professionnels en gestion des risques;
- Concernant les directions pour lesquelles les sous-comités ont été délestés en raison du contexte de pénurie de main-d'œuvre, 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 doit être revue en 2024-2025 pour avoir une participation optimale des directions;
- Le comité a suivi les travaux liés à l'harmonisation des codes d'urgence cliniques (code jaune, code mauve). Le dossier du code jaune sera travaillé par le comité de coordination clinique via un billet d'amélioration afin d'élaborer la procédure. Concernant le code mauve, les documents d'encadrement suivent le processus d'adoption via le comité de coordination clinique opérationnel et le comité de direction. Une validation doit aussi être faite via le contentieux de l'établissement. Un plan de communication sera élaboré et le comité de coordination clinique définira la priorisation des codes à harmoniser;
- Concernant les génératrices, la procédure de suivi est en place. La prochaine étape sera d'harmoniser le fonctionnement dans l'ensemble de la région. À

noter que la DSTL doit composer avec une problématique d'approvisionnement d'équipements. Les suivis seront réalisés annuellement;

- Le comité a été tenu informé des décès, notamment ceux attribuables à des chutes. Des suivis sont en cours ainsi qu'une analyse avec les directions responsables des pratiques professionnelles afin d'identifier des pistes d'action de prévention;
- Les travaux concernant la gestion de la sécurité incendie ont été présentés au comité. Le dossier est suivi à chaque rencontre. À la suite de la remise du bilan annuel des exercices d'évacuation, il est décidé par le comité que ce dossier sera suivi une fois par année;
- Le comité a eu la présentation du rapport 2011-2021 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec;
- Le comité a discuté de la situation de ventilation des laboratoires de l'ensemble des MRC à diverses reprises. Le dossier est priorisé par le comité de direction et doit être travaillé en collaboration avec le CUSM. Une présentation de la DSTL a été faite au comité en janvier 2024;
- Le comité a été informé de la visite de la Direction des assurances du réseau de la santé et des services sociaux (DARSSS) prévue en janvier 2024 pour les MRC d'Abitibi-Ouest et de la Vallée-de-l'Or. La DSTL a fait une présentation au comité en janvier 2024 à la suite de cette visite. L'organisation aura diverses recommandations impliquant des travaux onéreux (système de gicleur, salles électriques, etc.). La DARSSS demeure en support pour la réalisation des travaux.

En complément, les sous-comités de gestion des risques sont réalisés en conformité avec les orientations prises par la DQÉPÉ et qui ont également été entérinées par le CGR du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, par les directions cliniques, par la DRI et la DSTL. Les sous-comités ont entre autres les responsabilités suivantes :

- Assurer le suivi des déclarations d'incidents et accidents spécifiques à leur direction;
- Effectuer les suivis des événements sentinelles, ainsi que des recommandations de ceux-ci;
- 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 :

- Neuf 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 CGR;
- 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. 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. L'objectif est d'assurer le suivi des recommandations liées à la gestion des risques, de même que de permettre le suivi des recommandations au niveau régional lorsque requis. 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 à la suite de 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 amorcée et s'est poursuivie à une cadence très ralentie compte tenu de la pénurie de ressources humaines.

#### 8.2.2 Surveillance, prévention, contrôle des infections nosocomiales et recommandations

Pour l'année 2023-2024, la DSI a présenté au CGR le suivi concernant les infections nosocomiales et les éclosions. Le CGR a constaté le peu d'éclosions au sein des diverses installations du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. 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'organisation doit travailler en amélioration du taux de conformité à cette pratique organisationnelle requise (POR), le travail réalisé par les équipes de la DSI

est toujours en cours dans les équipes cliniques. Pour terminer, il est à noter que le CGR n'effectue aucune recommandation pour l'année 2023-2024.

### 8.2.3 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 cinq reprises afin de faire progresser le plan d'action mis en place en 2021. Voici les objectifs du plan d'action :

- 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 2023-2024 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 pour surveiller le taux de contention de manière uniforme dans tous les secteurs. Un formulaire est désormais disponible pour recueillir ces indicateurs et des projets pilotes sont en cours pour déployer cette initiative dans toutes les installations au cours de l'année à venir;
- Promouvoir la formation « Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle » disponible sur la plateforme Environnement numérique d'apprentissage (ENA) auprès des intervenants et s'assurer que les formations sont suivies;
- Planifier des rencontres d'information accessibles aux intervenants.

Pour l'année 2023-2024, en l'absence d'une méthode de compilation et d'indicateurs standardisés, différentes façons de comptabiliser les taux d'utilisation des mesures de contention ont été utilisées. Les indicateurs mesurés sont présentés dans les tableaux 10, 11, 12 et 13. L'objectif de la documentation des mesures de contrôle est de documenter leur utilisation dans le but de les réduire, tout en assurant la sécurité des usagers. De plus, leur documentation étant non uniformisée au sein de l'organisation, le comité de gouvernance s'est donc donné comme objectif, pour l'année 2023-2024, de se doter d'un formulaire de compilation standardisé, en vue d'établir des cibles d'amélioration. Le travail s'est débuté avec la mise en place d'un projet pilote au sein de la DPDI-TSA-DP. D'ici la fin de l'année prochaine, l'objectif est de consigner de manière systématique l'utilisation des mesures de contrôle au sein de l'organisation. Entre-temps, voici un bref résumé des directions

assurant une documentation de l'utilisation des mesures de contrôle ainsi que leur appréciation des processus entourant les mesures de contrôle et l'isolement.

### Direction des programmes santé mentale et dépendance

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, qui est reconnu provincialement comme étant une bonne pratique, plutôt que la technique de contrôle par points de pression. L'étape finale consiste à appliquer cette méthode d'intervention et de l'ajuster aux usagers du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Le tableau suivant dresse un bilan de l'utilisation des mesures de contrôle dans le domaine de la santé mentale et des dépendances par MRC.

**Tableau 10 : Bilan de l'utilisation des mesures de contrôle volet santé mentale et dépendance**

MRC/Ville	Nombre de personnes	Isolement	Mesure de contention
Vallée-de-l'Or	32	89	40
Rouyn-Noranda	55	39	18
Abitibi-Ouest	10	4	7
Abitibi	70	55	25
Témiscamingue	NA	NA	NA
<b>Abitibi-Témiscamingue</b>	<b>167</b>	<b>187</b>	<b>90</b>

### Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme, déficience physique

Les mesures de contrôle on fait l'objet d'un suivi rigoureux en cours d'année. Dans le processus d'évaluation des besoins, 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 réalisé tous les trois mois.

L'objectif pour la prochaine année est de déployer le nouveau registre des mesures de contrôle et d'établir une mécanique de gestion afin que les gestionnaires et les

coordonnateurs cliniques aient davantage de données pertinentes en temps réel. Cette démarche s'inscrit dans une évolution organisationnelle vers la culture de la mesure qui vise une prise de décision éclairée par des données pertinentes et objectives. Le tableau 11 présente le nombre de mesures de contrôle pour le volet de l'efficacité intellectuelle.

**Tableau 11 : Tableau des mesures de contrôle volet déficience intellectuelle**

MRC/Ville	Nombre de personnes	Mesure de contention
Abitibi	130	9
Abitibi-Ouest	120	4
Rouyn-Noranda	143	0
Vallée-de-l'Or	133	9
Témiscamingue	64	0
<b>Abitibi-Témiscamingue</b>	<b>590</b>	<b>57</b>

En complément, le tableau suivant présente le nombre de mesures de contrôle pour le volet du trouble du spectre de l'autisme.

**Tableau 12 : Tableau des mesures de contrôle volet trouble du spectre de l'autisme**

MRC/Ville	Personne inscrite/admise	Mesure de contention
Abitibi	49	1
Abitibi-Ouest	54	1
Rouyn-Noranda	169	8
Vallée-de-l'Or	NA	NA
Témiscamingue	NA	NA
<b>Abitibi-Témiscamingue</b>	<b>272</b>	<b>10</b>

### Direction du programme jeunesse et Direction de la protection de la jeunesse

Chaque année, la DPJeu 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 2023-2024, ce sont 402 mesures de contention et 158 mesures d'isolement qui ont été utilisées comparativement à 2022-2023, ou 682 mesures de contention et 77 mesures d'isolement. 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'ajoutent 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 2023-2024, 215 fugues ont été comptabilisées comparativement à 212 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 75 % 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 n'a eu lieu.

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

Le bilan de l'utilisation des mesures de contrôle dans les CHSLD de la région révèle quelques variations par rapport à l'année précédente. Soulignons toutefois, comme présenté au tableau 13, les baisses de taux dans les CHSLD de Macamic, de Ville-Marie, de Rouyn-Noranda et de Val-d'Or, tandis que des hausses sont observées aux CHSLD d'Amos et de Malartic.

**Tableau 13 : Bilan de l'utilisation des mesures de contrôle en CHSLD**

Centre d'hébergement	Taux (%) 2022-2023	Taux (%) 2023-2024	Commentaire
CHSLD d'Amos	1,1 %	2,2 %	Il y a peu de variation par rapport à 2022-2023 (1,1 %). L'implication de l'équipe et des proches de même que l'utilisation des mesures alternatives contribuent à l'obtention de ce taux.
CHSLD de Macamic	4,2 %	2,7 %	L'amélioration de la situation se poursuit avec une diminution de 1,5 % par rapport à 2022-2023. Un suivi mensuel de l'application des contentions est effectué. Aussi, la contribution de l'ergothérapeute, l'ouverture des équipes de soins et le support de l'équipe SCPD ont fait la différence. Enfin, l'ajout des caucus en continu permet aux équipes de mieux identifier la cause du SCPD et d'explorer les interventions alternatives.

Centre d'hébergement	Taux (%) 2022-2023	Taux (%) 2023-2024	Commentaire
CHSLD de La Sarre	0,0 %	0,0 %	Un projet pour le retrait des demi-portes est en cours à la suite de l'orientation de l'an dernier et à ce jour, il en reste seulement 5/25 à retirer.
CHSLD de Malartic	0,0 %	9,4%	Le comité sur les mesures de contention est toujours actif et les mesures alternatives sont toujours prioritaires.
CHSLD de Senneterre	10,0 %	11,0 %	La situation est stable depuis l'an dernier avec toujours une seule mesure de contention sur neuf résidents. Un comité sur les mesures de contention est maintenant en place. La mesure de contention en cours est évaluée périodiquement.
CHSLD de Ville-Marie	1,5 %	0,0 %	Il n'y a aucune mesure de contention en cours sur les 68 résidents alors que l'an dernier il y en avait eu une. Il y a maintenant un ergothérapeute formé pour l'application/retrait des contentions qui effectue beaucoup de sensibilisation auprès des familles et des employés. De la sensibilisation et de l'enseignement ont été faits au comité des résidents.
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 %	10,0 %	Les comités de contention ont été poursuivis, l'approche bien-être et d'Opus-AP ont été déployées. L'approche de base en SCPD et les caucus cliniques sont débutés. Il y a aussi le retrait des 2/3 de portes en temps réel lorsqu'aucun besoin n'est identifié.
CHSLD de Val-d'Or	3,0 %	2,0 %	Le taux est passé de 3 % à 2 % par rapport à 2023. Le support apporté par les membres du comité sur les mesures de contention aux différents professionnels du CHSLD se poursuit.

### Direction des soins infirmiers

Un recensement de l'utilisation des mesures de contrôle est effectué toutes les semaines dans les unités de soins de courte durée. La prise d'information par le

formulaire n'est pas uniforme et donne le portrait de l'utilisation des mesures de contrôle sur une journée spécifique. Ainsi, en fonction de ces données, le taux de prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle se situe à 0,7 %. Lors de l'application d'une mesure de contrôle, 87,0 % des interventions se font dans un contexte planifié et dans 86,0 % des cas, le consentement est obtenu.

Afin d'optimiser et d'harmoniser le processus de compilation des mesures de contrôle, quelques membres du comité de gouvernance de contrôle, dont, la conseillère-cadre en soins infirmiers - volet support à la pratique et qualité des soins infirmiers (SPQSI) et la directrice adjointe des soins infirmiers - volet soutien à la pratique professionnelle et à la qualité des soins infirmiers (SPPQSI) ont participé à diverses rencontres afin de réviser la procédure. Ainsi, un projet est en cours afin d'uniformiser la pratique et de permettre un meilleur suivi. Cet outil se veut un formulaire qui sera complété à chaque mise en place d'une mesure de contrôle et qui permettra de bien comprendre le contexte de son application. Les questionnaires pourront suivre en temps réel l'utilisation des mesures de contrôle dans leur service et apporter, si nécessaire, des améliorations.

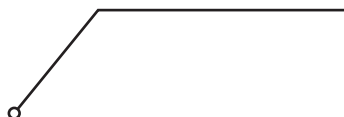
L'an dernier, 103 employés de la DSI ont pris part à la formation « Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle ». Depuis deux ans, ce sont plus de 300 employés (préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires, infirmières et gestionnaires) de la DSI qui y ont participé.

Au cours de la dernière année, l'équipe de soutien à la pratique et à la qualité des soins infirmiers a collaboré à la révision entière des documents d'encadrement concernant les mesures de contrôle. Cette révision a permis d'adopter et de déployer la politique Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôles au sein de l'organisation. La procédure et des outils en découlant ont également été révisés et adoptés. Un plan de communication est actuellement en élaboration afin de diffuser les outils et documents à l'ensemble du personnel.

Finalement, des membres de la DSI siègent au comité de gouvernance mesures de contrôle de l'organisation. La directrice adjointe au programme santé physique et responsable du continuum de services ainsi qu'une conseillère-cadre en soins infirmiers volet SPQSI ont le mandat de présenter à ce comité les enjeux et besoins de la direction. Elles rapporteront également les informations au sein de la DSI liées à leur mandat respectif.



Soda Dioum  
Infirmière auxiliaire





09

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

## 9. Les mesures mises en place par l'organisation ou son comité de vigilance et de la qualité à la suite des recommandations formulées par les instances

Le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) examine toutes les recommandations et les rapports transmis au conseil d'administration de l'organisation en vue d'assurer les suivis des activités d'amélioration de la qualité réalisées dans le cadre des recommandations des instances externes et internes et des visites appréciantives. Le comité veille également à la mise en place des recommandations faites dans le cadre du régime des plaintes de l'établissement et réalise une vigie dans d'autres dossiers touchant la qualité et la sécurité des soins et services. Le comité de vigilance et de la qualité a émis une recommandation particulière en cours d'année au conseil d'administration, notamment en :

- Adoptant les enjeux et recommandations émis pour l'année 2023-2024 par le CUCI comme il a été indiqué dans leur rapport d'activités 2022-2023 qui inclut les enjeux suivants :
  - L'offre de services alimentaires au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue
    - Le CUCI ainsi que les comités des usagers et de résidents apprécient grandement les informations qui leur sont transmises sur une base régulière par les directions concernées et recommandent que ce mécanisme d'information continue d'être exercé en 2023-2024.
  - Les activités de promotion des comités des usagers et de résidents
    - Le CUCI ainsi que les comités des usagers et de résidents apprécient le travail de collaboration et le soutien offert par l'équipe des communications et des affaires publiques et il est souhaité devenir davantage de réels partenaires afin de faciliter le travail de tous et ainsi maintenir l'autonomie et la motivation des comités dans la réalisation de leur mandat.
  - L'accès au réseau Wi-Fi en CHSLD
    - Le CUCI est soucieux de la qualité du milieu de vie des résidents des CHSLD et les usagers des Centres multiservices de santé et de services sociaux de Senneterre et Témiscaming-Kipawa. À ce titre, il est demandé au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue la possibilité de procéder à l'installation du système Wi-Fi à l'intérieur du délai d'une année (avril 2024) comme cela est déjà prévu au calendrier des travaux pour les installations de l'organisation.
  - La connaissance du mandat des comités des usagers et de résidents
    - Le CUCI ainsi que les comités des usagers et de résidents souhaitent être intégrés au mécanisme d'accueil des nouveaux employés de l'établissement afin de leur permettre de faire connaître leurs rôles et leurs mandats à l'intérieur de l'organisation.
  - Les services médicaux spécialisés
    - Le CUCI est reconnaissant envers la DSPEUPC pour des renseignements fournis aux comités des usagers et de résidents au sujet des services médicaux de première ligne et spécialisés. Il souhaite conserver ce partenariat pour l'année à venir.
  - Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (Loi 15)
    - Considérant l'annonce du projet santé remettant en question l'existence des

comités des usagers, le CUCI sollicite l'organisation lors des discussions avec le MSSS concernant cet enjeu d'appuyer leur demande de conserver les comités des usagers dans leur cadre actuel afin qu'ils puissent poursuivre le travail amorcé depuis plusieurs années, pour le bien-être des usagers du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

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

## **9.1 Recommandations des autres instances suivies en comité de vigilance**

Pour l'année 2023-2024, les instances externes suivantes ont soumis des recommandations à l'organisation. Voici les instances présentées :

- Ordres professionnels;
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ);
- Comités du conseil d'administration;
- Visites ministérielles en CHSLD et en Ri-RTF;
- Coroner.

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.

### **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 2023-2024, il n'y a pas eu de visite d'inspection professionnelle dans l'établissement.

### **Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ)**

Le CVQ est informé que l'établissement s'est donné un mode de fonctionnement particulier concernant les dossiers de la CDPDJ. En effet, la DQÉPÉ sera responsable de la vigie des suivis accordés aux différents dossiers en cours et à venir. Une présentation des suivis faits est réalisée à chaque comité de vigilance.

### **Comités du conseil d'administration**

Le bilan des activités du comité des usagers du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a été déposé. Il expose la composition et le mandat du CUCI et présente le bilan des activités réalisées, une synthèse des recommandations émises ainsi que leurs perspectives d'action pour la prochaine année. Il est aussi précisé que les actions posées par l'organisation à la suite des recommandations émises par le comité sont jugées satisfaisantes.

Le rapport annuel du comité multidisciplinaire a été présenté au comité de vigilance. Au cours de la dernière année, ce comité a travaillé à la production d'un avis sur les couvertures lestées, a participé au comité sur le suivi de la gestion du matériel d'ergothérapie, a offert un appui au projet de sages-femmes et a fait part de recommandations en lien avec l'amélioration de l'accueil des nouveaux employés. Un plan d'action a été élaboré afin de poursuivre les travaux.

### Visites ministérielles en CHSLD et en RI-RTF

En 2023-2024, à la suite des diminutions marquées des cas de COVID-19, les visites ministérielles ont repris dans les installations de soins de longue durée de l'Abitibi-Témiscamingue. Ainsi les CHSLD de Ville-Marie, de Témiscaming-Kipawa, de La Sarre, Les Sources, d'Amos et de Senneterre ont été visités entre les mois de juillet à novembre 2023. Suivant les recommandations émises dans les divers rapports de visite, l'équipe milieu de vie s'assurera de la mise en place et du suivi des recommandations émises. Le comité de vigilance recevra les suivis des équipes via le tableau de suivi des recommandations présenté lors de chaque rencontre.

### Autres dossiers présentés au comité de la vigilance et de la qualité

Le comité a été informé régulièrement de grands dossiers impliquant la qualité et la sécurité des services et a assuré une vigie de ces dossiers. Ces derniers concernent entre autres les éléments suivants :

- La pénurie de main-d'œuvre et les mesures appliquées par l'organisation;
- L'hygiène des mains (prévention et contrôle des infections);
- Les dossiers prioritaires de l'établissement;
- Les dossiers importants de la DPJ et DPJeu;
- L'accès au dossier de l'utilisateur, politique qui est terminée et en cours utilisation;
- Le bilan en éthique et éthique de la recherche;
- Les mises sous garde en installation pour l'ensemble de la région;
- La santé mammaire en Abitibi-Témiscamingue;
- La sécurité incendie dans les milieux de vie (RI-RTF-RPA);
- Les délais d'attente en polysomnographie;
- La prise en charge des cas oncologiques en chirurgie;
- L'implantation du service en radio-oncologie;
- Les centres de services ambulatoires;
- Les impacts des journées de grève de la FIQ et du Front commun;
- L'ophtalmologie (délais, recrutement, etc.);
- Suivi des dossiers d'accès tels que Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF), Guichet d'accès première ligne (GAP), Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR), Accès priorisé aux services spécialisés (APSS), Centre de répartition des demandes de services (CRDS) et délai en chirurgie générale et oncologique;
- Le projet de récupération accélérée après la chirurgie (RAAC);

- Le dossier maltraitance, la politique a été adoptée en décembre 2023;
- Le suivi des recours collectifs de l'établissement, notamment en CHSLD et en jeunesse;
- La liste d'attente des médecins spécialistes;
- L'ajout de sept nouveaux postes pour travailleur sur la qualité des milieux de vie au sein de la DQÉPÉ pour assurer les suivis des divers plans d'action, d'enquêtes administratives et du contrôle qualité dans les ressources;
- L'analyse d'une potentielle situation de maltraitance;
- Le processus de recommandation de l'agrément des maisons de soins palliatifs.

Des initiatives en lien avec l'amélioration continue, l'accessibilité, la qualité et de suivi de plans d'action en cours, afin de s'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés par les directions suivantes : DSPEUPC, DPDI-TSA-DP, DSI, DPJ, DPJeu et la DSM. Le comité a été mis au courant de l'ensemble des suivis requis quant à la vie de la qualité des soins et des services dans les différents milieux de vie.

## **9.2 Coroner**

Pour l'année 2023-2024, 15 dossiers ont été reçus par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et déposés au comité. Parmi les dossiers suivis/reçus, neuf sont concernent l'organisation, mais qui ne contiennent aucune recommandation pour le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Un dossier est adressé à un partenaire, mais des validations doivent être faites par la DSPEUPC puisque les services soumis en enquête sont étroitement liés au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Les recommandations dans un autre dossier sont adressées au MSSS et ont été transmises aux établissements de la province, mais pour le moment, ces dernières sont non-applicables pour le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Un suivi a été fait au coroner pour donner des explications liées à l'organisation.

Quatre autres dossiers ont été reçus pour l'année 2023-2024. Les suivis demandés sont en cours et les correspondances de suivi ont été transmises au coroner. Toutes les actions ont été réalisées en lien avec les suivis demandés. Ainsi, après analyse de ces suivis, le comité de vigilance n'a pas émis de recommandation particulière et aucune intervention supplémentaire n'a été nécessaire. Les mesures mises en place pour donner suite aux recommandations sont synthétisées dans le tableau suivant.

**Tableau 14 : Mesures mises en place pour faire suite aux recommandations**

No de dossier	Actions mises en place
2023-01995	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les travaux débiteront sous peu concernant la révision du programme de prévention des chutes pour l'ensemble du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Cette révision permettra entre autres une harmonisation dans chacun des services.</li> <li>• Une évaluation de l'épisode de soins a été faite par la DSI.</li> <li>• La DSI dépose ce rapport ainsi que ses recommandations aux gestionnaires ainsi qu'aux équipes concernées. Lors de cette rencontre, la grille d'estimation du niveau de risque de chute sera présentée ainsi qu'une procédure d'utilisation et le moment de l'utilisation lors d'un épisode de soins.</li> </ul>
2022-08522	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un plan d'action est en place pour suivre l'ensemble des recommandations.</li> </ul>
2023-01778	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, par l'entremise de la DSPEUPC, procédera à la révision de la qualité de l'acte professionnel dans ce dossier conformément à la procédure en place au sein de l'établissement.</li> </ul>
2023-04205	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le dossier est en cours d'étude par les directions concernées.</li> </ul>

### 9.3 Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Pour l'année 2023-2024, l'équipe a reçu 295 dossiers de plaintes, a ouvert 166 dossiers d'intervention et a terminé le traitement de 673 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 305 plaintes et 135 interventions. Du côté des plaintes médicales, 88 plaintes ont été reçues dont 83 sont traitées. L'équipe a également réalisé 421 assistances et a été consultée dans 62 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 CVQ 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 2023-2024, 111 mesures individuelles et 191 mesures systémiques ont été recommandées dans les dossiers de plaintes, alors que dans les dossiers d'intervention, ce sont 91 mesures à portée individuelle et 34 à portée systémique qui furent mises en place. C'est donc un total de 427 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 15 et 16, alors que le tableau 17 expose des exemples des améliorations apportées.

**Tableau 15 : Mesures d'amélioration à portée individuelle**

	Mesures	Total
<b>MESURES À PORTÉE INDIVIDUELLE</b>	Adaptation des soins et services	
	Ajustement des activités professionnelles	46
	Amélioration des communications	5
	Changement d'intervenant	2
	Collaboration avec le réseau	1
	Élaboration/révision/application	17
	Encadrement de l'intervenant	39
	Évaluation ou réévaluation des besoins	14
	Formation du personnel	3
	Relocalisation / transfert d'un usager	8
	Autre	15
	Adaptation du milieu et de l'environnement	
	Ajustement technique et matériel	2
	Amélioration des mesures de sécurité et protection	10
	Autre	1
	Ajustement financier	2
	Conciliation/intercession/médiation/liaison/précision/explication	3
	Information/sensibilisation d'un intervenant	22
	Obtention de services	3
	Respect du choix	1
	Respect des droits	7
	Autre	1
	<b>TOTAL</b>	<b>202</b>

**Tableau 16 : Mesures d'amélioration à portée systémique**

	Mesures	Total
<b>MESURES À PORTÉE SYSTÉMIQUE</b>	Adaptation des soins et services	
	Ajustement des activités professionnelles	35
	Ajout de service ou de ressource humaine	4
	Amélioration des communications	15
	Collaboration avec le réseau	7
	Élaboration/révision/application	14
	Encadrement des intervenants	9
	Évaluation des besoins	9
	Information et sensibilisation des intervenants	29
	Réduction du délai	14
	Autre	2

	Mesures	Total
	Adaptation du milieu et de l'environnement	
	Ajustement technique et matériel	17
	Amélioration des conditions de vie	2
	Adoption/révision/application des règles et procédures	38
	Communication/promotion	14
	Formation/supervision	10
	Promotion du régime	1
	Respect des droits	5
	<b>TOTAL</b>	<b>225</b>

**Tableau 17 : Exemples de mesures mises en place pour donner suite aux recommandations**

Motif d'insatisfaction	Catégorie de mesure appliquées	Recommandations
<b>Accessibilité :</b> Un usager n'a pas eu accès à des services spécialisés en plastie dans son secteur.	Adoption/révision/ application des règles et procédures. Obtention de services.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clarifier la trajectoire des usagers ayant des plaies de lit nécessitant une prise en charge en plastie et d'organiser les ressources (médecin, infirmières, etc.) à cet effet.</li> <li>Organiser un corridor de service lorsque le service n'est pas disponible.</li> <li>Assurer que l'usager fasse l'objet d'une prise en charge dans les meilleurs délais.</li> </ul>
<b>Aspect financier :</b> Un usager conteste les délais pour obtenir des remboursements en lien avec sa reconnaissance comme personne handicapée.	Adoption/révision/ application des règles et procédures.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Déployer rapidement un moyen permettant de traiter les demandes de remboursement des allocations financières dans un délai de 30 jours suivant la réception de la facture.</li> </ul>
<b>Droit particulier :</b> Un usager avait des préoccupations en lien avec la confidentialité des informations personnelles dans un organisme communautaire.	Respect des droits.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appliquer les mesures nécessaires afin d'assurer aux usagers le respect de leur droit à la confidentialité de leurs informations personnelles et de leur vie privée.</li> </ul>
<b>Maltraitance :</b> Un signalement a été fait concernant des préoccupations en lien avec diverses formes de maltraitance dans une ressource.	Encadrement de l'intervenant/ soins et services dispensés.	<p>Recommandations à l'établissement et à la ressource :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer de la continuité et de la qualité des services et du suivi offert aux usagers hébergés.</li> </ul>

Motif d'insatisfaction	Catégorie de mesure appliquées	Recommandations
<p><b>Soins et services dispensés :</b> Un parent a contacté l'organisation en lien avec des préoccupations face à la qualité des services offerts par l'intervenante au dossier de son fils dans un contexte d'application des mesures en protection de la jeunesse.</p>	<p>Encadrement de l'intervenant. Ajustement des activités professionnelles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire un audit.</li> <li>• Un changement d'intervenant a eu lieu avec un transfert de dossier concerté.</li> </ul>

### 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 2023-2024, ce sont 127 motifs de maltraitance qui ont été reçus et qui ont été ouverts en plainte ou en intervention. L'équipe a terminé l'analyse de 110 motifs de maltraitance dont 92 ont eu un traitement complété avec des mesures identifiées pour mettre fin à la situation de maltraitance. Il est important de préciser que parmi les motifs liés à la maltraitance, 63 découlaient de 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, soit des situations de maltraitance entre usagers. En plus de ces dossiers, l'équipe a également géré sept dossiers d'assistance et 21 demandes de consultations sur des questions liées à la maltraitance.

### Recommandations découlant des plaintes médicales

Cette année, l'établissement a reçu 88 plaintes médicales. Les médecins examinateurs ont émis une recommandation systémique pour faciliter la résolution d'une situation interprofessionnelle conflictuelle. Les médecins examinateurs ont également émis des avis de vigilance concernant :

- L'évaluation d'une dysphagie d'origine neurologique;
- L'offre systématique aux usagers de communiquer dans la langue de leur choix avec l'aide d'un traducteur au besoin.

Enfin, de manière générale, la procédure de traitement des plaintes permet une sensibilisation des médecins à la perception de l'utilisateur vis-à-vis la qualité des soins dispensés. Aussi, un dossier a été transmis au CMDP pour étude à de fins disciplinaires.

Il est à la transmission de dossier pour étude à des fins disciplinaires reste un outil efficace de correction et prévention des incidents. Le travail du médecin examinateur est centré autour du principe de la conciliation. Le comité de discipline reste pour l'établissement un outil de dernier recours pour des fautes et erreurs graves lorsque la conciliation a échoué ou lorsqu'elle est impossible.

#### **9.4 Mesures mises en place par l'établissement ou le CVQ à la suite des recommandations formulées par les instances**

##### **9.4.1 Rapports du Protecteur du citoyen**

Le CVQ 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 2023-2024, 16 dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen pour étude. Il s'agit d'une légère augmentation du nombre de dossiers soumis en deuxième instance, comparativement à l'an dernier où 11 dossiers avaient été transmis.

En cours d'année, l'établissement a reçu les conclusions du Protecteur pour six dossiers, mais n'a fait aucune recommandation dans ces dossiers. Cela signifie que le Protecteur du citoyen, après analyse, corrobore et appuie le traitement effectué par l'équipe, sans y ajouter d'autre élément de recommandation.

##### **9.4.2 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 :

- Envoi postal d'information sur le régime d'examen des plaintes et les droits et responsabilités des usagers à l'ensemble des résidents et/ou représentants des CHSLD de la région;
- Participation aux activités de la semaine des droits des usagers en collaboration avec les comités des usagers et les comités de résidents de la région;
- Participation à des rencontres liées au Régime d'examen des plaintes avec plusieurs équipes et gestionnaires de divers programmes.

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.

## 9.5 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). Le tableau suivant présente le portrait des mises sous garde selon la mission.

**Tableau 18 : Portrait des mises sous garde selon la mission**

Nombre de mise sous garde	Mission Centre hospitalier	Mission CHSLD	Mission CLSC	Autre mission	Total établissement
Mises sous garde préventive appliquées	294	1	0	0	295
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	79	1	0	0	80
Mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	58	1	0	0	59 <sup>1</sup>
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	56	1	0	0	57
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)	52	1	0	0	53 <sup>2</sup>

## 9.6 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

- 1 Suite au dépôt des demandes de garde provisoire, l'établissement s'est désisté pour 16 demandes et le Tribunal a rejeté une (1) demande.
- 2 Suite au dépôt des demandes de garde autorisée, l'établissement s'est désisté pour 4 demandes  
( ) : Nombre trop petit pour permettre la publication.

ainsi que pour connaître leur niveau de satisfaction en regard des services obtenus. Les 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](http://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 20 000 abonnés. En moyenne dix 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 1 027 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 virtuelles** : Ces activités sont planifiées pour transmettre des renseignements concernant divers sujets d'actualité;
- **Le courriel [08\\_cisssat\\_communications@ssss.gouv.qc.ca](mailto:08_cisssat_communications@ssss.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 105 demandes.





Valérie Desharnais  
Psychologue



10

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



## 10. Application de la politique portant sur les soins de fin de vie

Le tableau 19 décrit les mesures appliquées dans le cadre de la politique portant sur les soins de fin de vie.

**Tableau 19 : Application de la politique portant sur les soins de fin de vie**

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	1 140
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	90
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	150
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	122
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et le motif le plus fréquent : <i>Demande non réalisée suite au décès plus rapide de l'usager</i>	28

### Note :

Le nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie a légèrement diminué par rapport à l'année précédente en raison notamment de la fermeture temporaire de lits dédiés en soins palliatifs et de fin de vie. Autre constat, le nombre de sédations palliatives a légèrement augmenté en comparaison à la dernière année.

Depuis le début de l'année financière, il est possible de recueillir les données sur le nombre de demandes formulées aux médecins par les usagers n'ayant pu recevoir l'aide médicale à mourir lorsque les évaluations préalables aux soins ont été faites. Les motifs évoqués sont pour la plupart dû au décès plus rapide de l'usager ou bien le recours à la sédation palliative continue. Malheureusement, le nombre de demandes formulées à un professionnel de la santé qui n'a pas conduit à une démarche officielle auprès d'un médecin volontaire à faire les évaluations et/ou procédé à l'administration du soin n'est pas connu.



Jean-Guy Bérubé  
Technicien en imagerie médicale



11

Ressources humaines

## 11. Ressources humaines

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue fait face à une importante pénurie de ressources humaines, et ce depuis de nombreuses années. En conséquence, un plan de contingence des soins infirmiers déployé en 2021 a été maintenu. Malgré l'actualisation de ce plan, pour répondre aux besoins de la population, plus de 1 000 employés supplémentaires seraient requis afin de compléter les équipes de travail, dont 360 infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires-auxiliaires aux services de santé et sociaux (PAB-ASSS), alors que plus de cinquante 50 % des besoins de main-d'œuvre de l'établissement se retrouve dans ces trois titres d'emplois.

Par ailleurs, le Règlement limitant le Recours aux services des agences de placement de personnel et à de la main-d'œuvre indépendante dans le secteur de la santé et des services sociaux prévoit que la région de l'Abitibi-Témiscamingue ne pourra plus recourir à ce type de personnel d'ici octobre 2026 et doit prévoir un plan de réduction d'utilisation de cette main-d'œuvre.

### 11.1 Attraction et recrutement de la main-d'œuvre

En réponse à l'importante pénurie de la main-d'œuvre, l'organisation planifie et met en œuvre plusieurs actions visant la rétention, la formation et le recrutement de personnel et ce, qui ont un rayonnement régional, provincial et même international.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a poursuivi ses efforts de promotion des emplois disponibles en participant à plus de 40 événements carrières, salons de recrutement et activités dans les établissements scolaires dans la région et hors région. Plusieurs actions de communication ont également été réalisées afin de faire rayonner l'organisation et mettre en valeur les employés, telles que la réalisation et la diffusion de neuf capsules vidéo, des placements publicitaires, la rédaction d'articles de blogue, etc.

Une campagne massive d'attraction et de recrutement a été réalisée au printemps 2023 afin de bonifier le bassin de candidatures, spécifiquement pour le personnel de la catégorie 4 (travailleurs sociaux, agent de relation humaine, organisateur communautaire, archiviste médical, etc.). Cette démarche s'est initiée dans un contexte où plusieurs postes avaient été laissés vacants après affichages qui ont été rendus disponibles pour du recrutement à l'externe. Cette campagne a permis de combler 49/147 postes vacants en réalisant différentes actions telles que la diffusion d'information auprès des ordres professionnels (revue de publication), rédactions d'articles de blogue, affichages massifs dans les plateformes de recrutement.

Par ailleurs, au cours de la dernière année, près de 23 110 journées de stages ont été réalisées. Ce nombre inclut 158 journées d'observation permettant aux étudiants ou aux clients des organismes d'aide à l'emploi de découvrir une profession afin de les aider à orienter leur futur choix de carrière. L'accueil de stagiaires contribue à la formation de la relève tout en offrant aux étudiants une expérience enrichissante au sein de l'organisation ainsi que plusieurs opportunités de recrutement.

Durant la prochaine année, les actions permettant le développement d'une culture de stage forte, tout en misant sur le rayonnement des employés qui agissent à titre de superviseur de stage se poursuivront. Aussi, diverses initiatives seront réalisées afin d'assurer une expérience stagiaire des plus positives, telles qu'une amélioration concernant l'accueil et de l'intégration au sein des équipes de l'organisation ainsi que la mise en place d'activités dans le milieu de vie pour favoriser la découverte de la région et créer un ancrage positif.

De surcroît des 80 infirmiers(ères) recruté(e)s l'an dernier et qui devaient compléter une attestation d'études collégiales en soins infirmiers, la moitié d'entre eux sont maintenant candidats à l'exercice de profession d'infirmier (CEPI), ont écrit leur examen de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec et sont en attente de leur résultat. L'autre moitié terminera sa formation à l'été et automne 2024.

Rappelons que 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 ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS). Le tout n'aurait pas pu être possible sans la très grande collaboration des partenaires du milieu dans chacun des territoires de MRC. De plus, on ne peut passer sous le silence la grande mobilisation de la DSI qui a dégagé des conseillères cliniques pour supporter l'intégration des ressources. Également du personnel a été dégagé de leurs fonctions habituelles afin d'enseigner ou de superviser des stages dans l'objectif de diplômer le plus grand nombre de ressources possible. En complément, pour le recrutement international, outre le projet Étudiants en soins infirmiers diplômés hors Canada (EIDHC), des démarches avec 32 nouveaux candidats ont été amorcées et 22 nouveaux employés ont été accueillis.

Dans le cadre du volet DSI - Soutien à la pratique et à la qualité des soins - Volet soins infirmiers, les actions ont été concentrées sur deux principales priorités : l'accueil, l'intégration et la rétention du personnel infirmier, ainsi que l'optimisation des rôles et activités du personnel infirmier.

Pour ce qui est de l'accueil, de l'intégration et de la rétention du personnel infirmier, une collaboration étroite entre la directrice adjointe des soins infirmiers, la conseillère-cadre en soins infirmiers - volet SPQSI et les conseillères cliniques en soins infirmiers a permis de coordonner les actions liées à l'arrivée du personnel infirmier, qu'il vienne de l'international ou du Québec. Des rencontres de coordination ont été organisées avec diverses instances telles que le CEGEP, la DRH, les gestionnaires, les équipes terrain et l'ordre des infirmières et infirmiers, notamment pour les infirmières diplômées hors Canada.

Ainsi, l'année 2023-2024 a été marquée par un recrutement important de personnel infirmier international, avec l'accueil de 38 préposés aux bénéficiaires (PAB) de la deuxième cohorte d'étudiants à l'AEC international, quatre infirmiers dans le cadre d'un programme d'intégration professionnelle, neuf infirmières dans le cadre d'un programme d'arrangement de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles Québec-France, et 41 CEPI de la première cohorte d'étudiants de l'AEC international, totalisant ainsi 92 nouveaux employés en provenance de l'international.

Parallèlement, des programmes accélérés de formation des infirmières ont été mis en place, permettant d'accueillir cinq infirmières. Soulignons que l'accueil et l'intégration de ce nouveau personnel a nécessité un soutien supplémentaire, tant de la part des équipes que des équipes terrain, pour assurer leur orientation et leur adaptation aux différents quarts de travail. Des mesures supplémentaires ont été mises en place pour soutenir le personnel infirmier dans leur intégration dans les unités de soins et dans leur préparation à l'examen de leurs ordres respectifs.

Concernant l'optimisation des rôles et des activités du personnel infirmier, l'équipe de soutien à la pratique a travaillé sur différents dossiers visant à améliorer le champ d'exercice et les rôles du personnel infirmier, notamment en révisant les titres d'emploi et l'organisation du travail. Un projet d'optimisation des pratiques cliniques des professionnelles des catégories 1 et 4 à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et l'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) au CHSLD de Macamic a été lancé en avril 2023 et se poursuit encore aujourd'hui. Ce projet, réalisé en collaboration avec la DSM, vise à libérer les cliniciens des catégories 1 et 4 des tâches cléricales, administratives et techniques. Enfin, l'équipe du soutien à la pratique et à la qualité des soins infirmiers a contribué à l'amélioration des pratiques cliniques en réalisant 19 analyses de la qualité de l'acte infirmier et en émettant des recommandations aux diverses directions cliniques. Ces analyses ont permis d'évaluer la qualité des soins infirmiers et d'assistance au sein des unités de soins.

## **11.2 Initiatives favorisant la rétention et l'établissement durable de la main-d'œuvre**

### **Autogestion des horaires**

Pour faire face à la grave pénurie de main-d'œuvre, les heures supplémentaires et le recours à des ressources indépendantes, un projet d'autogestion des horaires a été mis en place. Ce système permet de planifier les horaires en tenant compte des besoins individuels et en impliquant les employés dans le processus décisionnel. Cette approche, qui valorise la responsabilité et la confiance au sein des équipes, offre un modèle flexible d'autogestion des horaires adaptés aux valeurs et aux besoins de chaque unité.

Lancés en 2019 et 2020, les premiers projets d'autogestion des horaires ont démontré des résultats probants au cours de l'année 2022-2023. À la lumière des résultats à l'automne 2023, l'Hôpital en santé mentale de Malartic a mis en place ce projet. Au cours de l'année 2024-2025 le déploiement se poursuivra dans le secteur de Ville-Marie et de Témiscamingue-Kipawa pour ce qui est, non seulement des salariés aux titres d'emplois d'infirmières et infirmières auxiliaires, mais aussi pour la première fois, pour le titre d'emploi de préposé aux bénéficiaires et d'auxiliaire en santé et services sociaux. Ce déploiement sera effectif dans les horaires de septembre 2024 pour l'hôpital de Ville-Marie ainsi que pour les CHSLD de Ville-Marie et de Témiscamingue. Le déploiement de l'autogestion des horaires de travail se poursuivra jusqu'en 2025, mais cette fois-ci en incluant la catégorie 2 (PAB et ASSS).

Afin d'accélérer le déploiement du projet, un chargé de projet a été nommé pour que le plus d'employés possible puissent bénéficier rapidement de ce type d'horaire qui facilite la conciliation travail-famille et vie personnelle.

### Service de garde en milieu de travail

En partenariat avec les Centres de la petite enfance (CPE) Bonaventure, Petits élans, La Magie du rêve et Caliméro, ainsi qu'avec le Centre de services scolaires du Témiscamingue, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue va créer plus de cent places en service de garde d'ici septembre 2024. Ces initiatives font partie des projets-pilotes de service de garde éducatif en communauté lancés en 2022 par le ministère de la Famille (MFA). Ils permettent aux employeurs de collaborer avec les Bureaux coordonnateurs de CPE locaux pour ouvrir des places en service de garde. Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue met à disposition des locaux répondant aux critères du MFA aux responsables de service de garde éducatif (RSGE), en échange de quoi des places sont prioritairement offertes aux enfants des employés et des médecins travaillant pour le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Au Pavillon Youville à Rouyn-Noranda, 12 enfants ont été accueillis. De plus, à l'automne 2023, un projet a été lancé au CLSC d'Amos, permettant également d'accueillir 12 enfants. Un nouveau partenariat entre le CPE La Magie du rêve et le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a été établi pour une nouvelle installation sur le terrain de l'Hôpital de Val-d'Or. Le CISSS offre une portion de son terrain, tandis que le CPE construira une nouvelle installation sur le site, prévoyant d'accueillir 65 enfants à l'automne 2024, avec priorité donnée aux employés et médecins de l'organisation. Par ailleurs, les services se poursuivent au Centre de services scolaires du Témiscamingue. Lancé en septembre 2022, ce projet coordonné par le Centre de service scolaire du Témiscamingue, en collaboration avec le Bureau coordonnateur CPE Chez Caliméro, le Centre Frère-Moffet et le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, offre 12 places de services de garde aux enfants des étudiantes participant aux différentes formations offertes par le Centre Frère Moffet et l'Envol, ainsi que du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

### 11.3 Exigences linguistiques

Un organisme de l'Administration doit publier, dans les trois mois suivant la fin de son exercice, le nombre de postes au sein de son organisation pour lesquels il exige, afin d'y accéder notamment par le recrutement, l'embauche, la mutation ou la promotion, la connaissance ou des connaissances spécifiques d'une langue autre que la langue officielle (Loi sur la langue officielle et commune du Québec, le français, article 20.1). Le tableau suivant expose que pour 33 postes la connaissance de l'anglais a été demandée.

**Tableau 22 : Nombre de poste où la connaissance de l'anglais a été demandée**

Catégories d'emploi	Nombre de postes
Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	2
Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	1

Catégories d'emploi	Nombre de postes
Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	3
Techniciens professionnels de la santé et des services sociaux	27
<b>Total</b>	<b>33</b>





Marie-Ève Adam  
Pharmacienne



12

Ressources financières

## 12. Ressources financières

### 12.1 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 2024.

**Tableau 23 : Dépenses par programmes-services**

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent		Variations des dépenses	
	Dépense	%	Dépense	%	\$	%
<b>Programme-service</b>						
Santé publique	16 742 407 \$	2 %	21 179 356 \$	3 %	(4 436 949) \$	-27 %
Services généraux - activités cliniques et d'aide	47 368 580 \$	5 %	39 260 306 \$	5 %	8 108 274 \$	17 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	194 295 754 \$	22 %	171 105 340 \$	22 %	23 190 414 \$	12 %
Déficience intellectuelle et TSA	42 578 909 \$	5 %	38 771 769 \$	5 %	3 807 140 \$	9 %
Déficience physique	27 744 972 \$	3 %	25 509 611 \$	3 %	2 235 361 \$	8 %
Jeunes en difficulté	77 080 869 \$	9 %	63 952 882 \$	8 %	13 127 987 \$	17 %
Dépendances	8 585 083 \$	1 %	8 544 635 \$	1 %	40 448 \$	0 %
Santé mentale	45 805 288 \$	5 %	38 072 879 \$	5 %	7 732 409 \$	17 %
Santé physique	261 927 128 \$	30 %	240 504 324 \$	31 %	21 422 804 \$	8 %
<b>Administration</b>						
Administration	61 897 602 \$	7 %	48 714 341 \$	6 %	13 183 261 \$	21 %
Soutien aux services	49 658 151 \$	6 %	45 287 332 \$	6 %	4 370 819 \$	9 %
Gestion des bâtiments et des équipements	48 136 046 \$	5 %	46 315 445 \$	6 %	1 820 601 \$	4 %
<b>Total</b>	<b>881 820 789 \$</b>	<b>100 %</b>	<b>787 218 220 \$</b>	<b>100 %</b>	<b>94 602 569 \$</b>	<b>96 %</b>

\* : 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.

### 12.2 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 2024, l'établissement à réaliser un déficit de 125 321 834 \$ des fonds d'exploitation et fonds d'immobilisation combinés.

### 12.3 Les contrats de services

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

**Tableau 24 : Contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus**

Contrat	Nombre	Valeur (\$)
Contrats de services avec une personne physique	0	0 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique	231	47 347 786 \$
<b>Total des contrats de services</b>	<b>231</b>	<b>47 347 786 \$</b>

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

La firme MNP a effectué l'audit des états financiers du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2024, ainsi que les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, des gains et pertes de réévaluation, de la variation des actifs financiers nets (de la dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes complémentaires, y compris le résumé des principales méthodes comptables (appelés collectivement les « états financiers »).

#### Opinion avec réserve

Selon l'auditeur indépendant, à l'exception de l'incidence présentée ci-dessous, les états financiers ci-joints donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Établissement au 31 mars 2024, ainsi que des résultats de ses activités, de ses gains et pertes de réévaluation, de la variation de ses actifs financiers nets (sa dette nette) et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

#### Réserve

L'Établissement a comptabilisé un passif au titre des obligations liées à la mise hors service des immobilisations (OHMS) et une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) correspondante à l'état de la situation financière consolidé aux 31 mars 2024 et 2023. De plus, l'Établissement a procédé au redressement de l'exercice antérieur en ce qui concerne le passif au titre des OHMS et la subvention correspondante

(voir note 2). L'auditeur n'a pas été en mesure d'obtenir des éléments probants suffisants et appropriés en ce qui concerne le montant comptabilisé, le redressement et les informations fournies sur les obligations liées à la mise hors service des immobilisations. Par conséquent, il n'a pas été possible de déterminer si des ajustements pourraient devoir être apportés aux montants comptabilisés comme passif au titre des obligations liées à la mise hors service des immobilisations, aux débiteurs – MSSS, aux immobilisations et aux revenus reportés aux 31 mars 2024 et 2023, et aux déficits consolidés cumulés aux 1<sup>er</sup> avril 2023 et 2022 et aux 31 mars 2024 et 2023, ainsi qu'au déficit de l'exercice, de même qu'aux informations fournies sur les obligations liées à la mise hors service des immobilisations ou à d'autres postes des états financiers consolidés pour les exercices terminés les 31 mars 2024 et 2023.





Marielou Bérubé  
Préposée à la buanderie



13

Projets d'immobilisation et  
actions portées par la DSTL

### 13. Projets d'immobilisation et actions portées par la DSTL

La DSTL 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. En synthèse, le tableau 26 expose les faits saillants, alors que le tableau 30 décrit les projets majeurs réalisés au cours de l'année 2023-2024.

Cette section aborde divers aspects de la gestion des infrastructures, notamment les équipements non-médicaux pour le fonctionnement des établissements et le maintien d'actifs qui assurent la fiabilité des équipements. Les rénovations fonctionnelles visent à moderniser les infrastructures tout en maintenant leur efficacité. Les demandes de service effectuées par les différents services de l'établissement permettent la gestion de la maintenance des actifs physiques (matériels et équipements) et la gestion des actifs immobiliers (les bâtiments) à l'échelle de toute l'organisation. Les données présentées illustrent l'étendue des défis et des stratégies de gestion des infrastructures.

**Tableau 26 : Faits saillants de la DSTL**

Fait saillant	Nombre de projets/ demandes	Montant (M \$)
Achat d'équipements médicaux	N/A	8,7 M
Maintien des actifs	80 projets	4,2 M
Rénovation fonctionnelle	31 projets	3,6 M
Achat d'équipements non médicaux	N/A	1,7 M
Demandes faites via logiciel Guide TI	24 040 demandes	N/A
Demandes faites via Octopus (GBM)	6 026 demandes	N/A

De plus, le tableau suivant expose la liste des projets en déployés par la DSTL.

**Tableau 27 : Projets majeurs déployés par la DSTL**

Nom du projet	Statut et valeur budgétaire du projet (M \$)
Maison des aînés et alternative de Val-d'Or	Complété, 32,0 M
Maison des aînés et alternative de Rouyn-Noranda	En cours, 29,7 M
Groupe de médecine familiale universitaire de Val-d'Or (GMF-U)	En cours, 10,2 M
Transformation et réaménagement de la clinique externe à Ville-Marie	En cours, 1,7 M
Construction d'un entrepôt pour le Soutien à domicile à Amos	En planification, 1,2 M
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
Aménagement agrandissement du bloc opératoire d'Amos	En planification
Mise aux normes des salles blanches de l'Hôpital d'Amos	En planification, 8,2 M
Centralisation des services alimentaires en Abitibi-Ouest	En planification, 8,6 M

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

Les constructions des deux Maisons des aînés et alternative (MDA MA) de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda pouvant accueillir chacune 48 résidents sont sur le point d'être finalisées. L'ouverture officielle avec l'accueil des premiers résidents est prévue en 2024, ce qui permettra une intégration graduelle de résidents dans ce nouveau milieu d'hébergement. Les usagers admissibles 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, qui ne présentent pas de troubles graves du comportement. La concrétisation des projets de MDA MA permettra d'ajuster l'offre d'hébergement en fonction des besoins spécifiques des résidents. Soulignons que 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 est 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.

## 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 la suite de l'inauguration du GMF-U, prévue au cours de l'été 2024, 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.

## Transformation et réaménagement de la clinique externe à Ville-Marie

Il s'agit du réaménagement des espaces laissé vacant suite aux travaux de construction de l'urgence, des soins intensifs, du bloc opératoire et des laboratoires. Les travaux consistent notamment à la réfection des espaces pour les usages ambulatoires, à la rénovation de l'ancien laboratoire pour faire un local d'évaluation en ergothérapie et de la salle de réadaptation cardiaque.

## Construction d'un entrepôt pour le Soutien à domicile à Amos

À la suite du déploiement du service de prêt d'équipement par le soutien à domicile, l'organisation à besoins d'espace pour entreposer, nettoyer et entretenir l'inventaire. La construction d'un entrepôt permettra d'avoir un espace adéquat pour le service.

### Maison des aînés et alternative spécialisée (MDA MA) de Macamic et Maison des aînés (MDA) de Palmarolle

Les démarches se poursuivent concernant la construction de la Maison des aînés et alternative spécialisée (MDA MA) de Macamic, qui offrira 98 places d'hébergement. Cette nouvelle bâtisse sera intégrée au bâtiment existant du Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) de Macamic. Cette initiative permettra de transférer les résidents actuels vers cette nouvelle installation. L'appel d'offres a été lancé le 30 janvier dernier, et l'échéancier actuel prévoit le début de la construction à l'été 2024. Les travaux sont supervisés par la Société québécoise des infrastructures (SQI).

Les travaux à la Maison des aînés (MDA) de Palmarolle avancent, et le nouveau bâtiment pourra accueillir jusqu'à 24 résidents. L'appel d'offres a été publié en février 2024, ce qui signifie que la construction pourrait commencer à l'été 2024. Il est également important de souligner que ces projets sont pris en charge par la SQI.

### Urgence et soins intensifs de l'Hôpital d'Amos, aménagement et agrandissement du bloc opératoire 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 concept architectural a été transmis au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et il est actuellement en analyse. Le nouveau pavillon sera conçu pour recevoir, dans une phase subséquente, un étage additionnel permettant d'aménager un nouveau bloc opératoire. Le plan clinique a été déposé au MSSS et est en attente de la reconnaissance du besoin. Les travaux pour préciser le plan fonctionnel sont déjà en cours.

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.

Concernant l'agrandissement du bloc opératoire d'Amos, les travaux de planification sont en cours. À noter que les travaux de l'urgence et des soins intensifs seront réalisés en tenant compte de ce futur projet.

### Salle blanche d'Amos

La salle blanche est un environnement à contamination contrôlée qui est nécessaire aux activités de la pharmacie localisée au sein de l'Hôpital d'Amos. Elle est conçue pour maintenir un environnement stérile et exempt de contaminants tels que les particules, les bactéries et les virus. Le projet consiste à mettre aux normes la salle de préparation de produits stériles non dangereux et la salle de préparation de produits stériles dangereux, communément appelés salles blanches,

de la pharmacie de l'Hôpital d'Amos en se conformant entre autres aux normes de l'Ordre des pharmaciens du Québec.

### Centralisation des services alimentaires en Abitibi-Ouest

Le projet permettra de fournir le service alimentaire pour les futures maisons des aînés de Macamic et de Palmarolle. Le projet harmonisera les pratiques de production alimentaire et permettra l'optimisation de la main-d'œuvre.



Jean-Michel Bougie  
Technicien en informatique



14

Les ressources  
informationnelles

## 14. Les ressources informationnelles

En 2023-2024, la DRI a travaillé à mener la réalisation du Plan de modernisation technologique (PMT), fondement du Plan santé, qui permet de contribuer à enrayer la désuétude et compléter la modernisation des outils technologiques. De plus, cette démarche vise à améliorer la qualité et l'accessibilité des services et de réduire la pression sur le personnel. Afin de répondre aux besoins, les projets qui se déclinent en six axes ont été mis en œuvre.

### Optimiser et moderniser les outils technologiques

- Poursuivre le déploiement de la solution Power BI et travailler une architecture de données;
- Continuer les travaux de consolidation de la VoIP régionale;
- Poursuivre les travaux de mise en place de la reconnaissance vocale en imagerie médicale;
- Réaliser les travaux pour le rehaussement du système de dictée;
- Poursuivre l'implantation d'une solution informatique pour la gestion des rendez-vous des physiothérapeutes et ergothérapeutes;
- Soutenir la refonte de l'intranet du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue;
- Débuter l'implantation d'un système de téléphonie d'urgence en cas de catastrophes externes;
- Soutenir la mise en place d'une application Web pour la gestion clinico-administrative de la fluidité hospitalière et soins post aigus;
- Continuer le rehaussement de divers logiciels : Med-Urge, Médi-Rad, PACS, PIJ, MédiClinic;
- Uniformiser le service des systèmes de caméras régional;
- Implanter un logiciel pour soutenir les processus et organisation de travail du personnel clinique œuvrant en CHSLD et SAD;
- Poursuivre les travaux des systèmes de pharmacie en mode Web;
- Soutenir le déploiement d'un système d'information pour l'optimisation des processus de travail vers un environnement sans papier pour le département d'hygiène et salubrité;
- Migrer la licence Zoom vers Teams;
- Supporter les travaux de numérisation des dossiers en santé et sécurité au travail;
- Embaucher de nouvelles ressources pour assurer le développement des outils technologiques et rehaussements.

### Rehaussement de la capacité du réseau de télécommunication (incluant la réseautique interne)

- Élaborer les devis techniques WI-FI réseau et les normes de références en matière de télécommunication;
- Poursuivre le déploiement du réseau WI-FI;
- Continuer le rehaussement de l'infrastructure des télécommunications, des serveurs hyperconvergés, des câblages au laboratoire, système UPS d'alimentation;
- Donner suite aux travaux liés à 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 envers la cybersécurité (tests d'intrusion, etc.);
- Remplacer les équipements pare-feu (filtrage internet nouvelle génération);
- Assurer la sécurité Microsoft et correctifs de rapports;
- Procéder à un audit de sécurité pour l'établissement;
- Mettre à jour de système de sauvegarde.

## Débuter le virage vers l'infonuagique

- Déployer le service de téléphonie alternatif au système désuet.

## Arrimer les projets provinciaux prioritaires

- Débuter la mise en place de la technologie nécessaire aux MMA MA de Rouyn-Noranda et de Val-d'Or;
- Poursuivre les activités définies au programme de consolidation des centres de traitement informatique (PCCTI) pour la migration des actifs vers l'infonuagique;
- Déployer l'appliquetif Système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles (SAIRC);
- Débuter les travaux de l'appliquetif Web Demande de services inter établissements (DSIE) REPERE;
- Compléter les travaux technologiques pour le SI-Programme québécois de dépistage de surdité natal (SI-PQDSN);
- Poursuivre les travaux préparatoires en lien avec le système d'information de laboratoire provincial (SILP);
- Soutenir les travaux d'implantation d'une solution de sondage pour les usagers.

## 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;
- Confier un mandat à une firme externe pour l'accompagnement dans la mise en oeuvre des fondements nécessaires;
- Débuter les travaux d'implantation d'un système d'inventaire aux ressources informationnelles.

### 14.1 Plan directeur en transformation numérique

Cette année a été marquée par l'élaboration du Plan directeur en transformation numérique (PDTN) qui a pour but de définir une vision numérique, des orientations et des priorités assurant une mise en commun et une gestion intégrée des actifs technologiques du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. En découle six axes sur lesquels le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue travaillera au courant des prochaines années, notamment :

- **La gouvernance** : Mise en place d'une gouvernance en transformation numérique.
- **L'humain** : Le niveau de littératie numérique est adéquat. Il y a de l'ouverture aux changements technologiques et un début de préparation aux changements.
- **Le processus** : Mise en place d'une structure de gestion des processus.
- **Le système d'information** : S'assurer d'une consolidation, harmonisation et uniformisation des systèmes d'information et interopérabilité entre eux.
- **Les équipements et technologie** : La technologie en place nécessite un rehaussement concernant la capacité et les outils utilisés.
- **Les données** : Mettre en place une stratégie de gouvernance des données transversale et soutenue.

## 14.2 Le service à la clientèle

Les ressources informationnelles ont participé à la performance de l'organisation entre autres par la gestion de 18 960 demandes de services et de 15 809 incidents traités comme présenté aux figures 2 et 3. En effet, la figure 2 compare les demandes de services totales (représentées par la ligne verte) avec celles résolues dès le premier appel (représentées par la colonne bleue). La colonne orange indique les demandes qui ont été escaladées pour résolution. La figure 3 quant à elle, illustre les incidents totaux par rapport à ceux résolus dès le premier appel (colonne bleue). Les incidents escaladés pour résolution sont représentés par la colonne orange. Enfin, la figure 4 présente la répartition des incidents totaux dans les catégories relatives aux logiciels/ Applications, au matériel, à l'accès, à la téléphonie ainsi qu'à la sécurité.

**Figure 2 : Gestion des demandes de services 2023-2024**

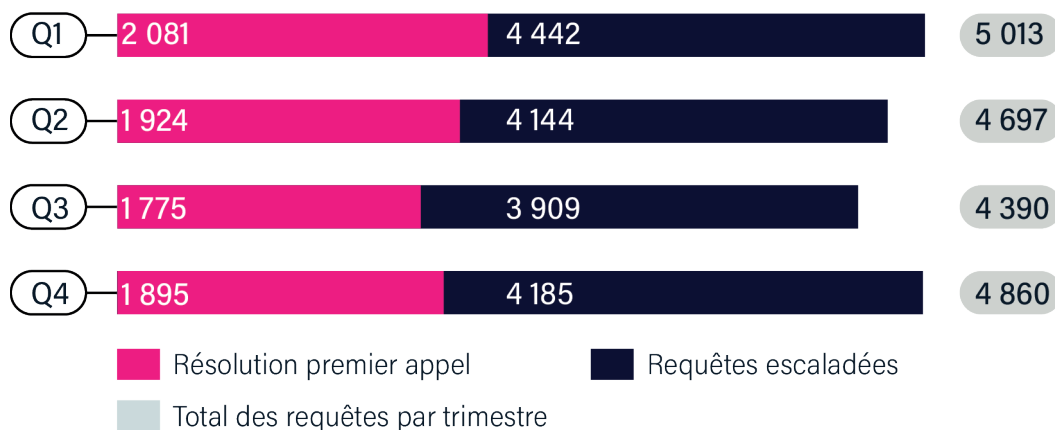


Figure 3 : Gestion des incidents 2023-2024

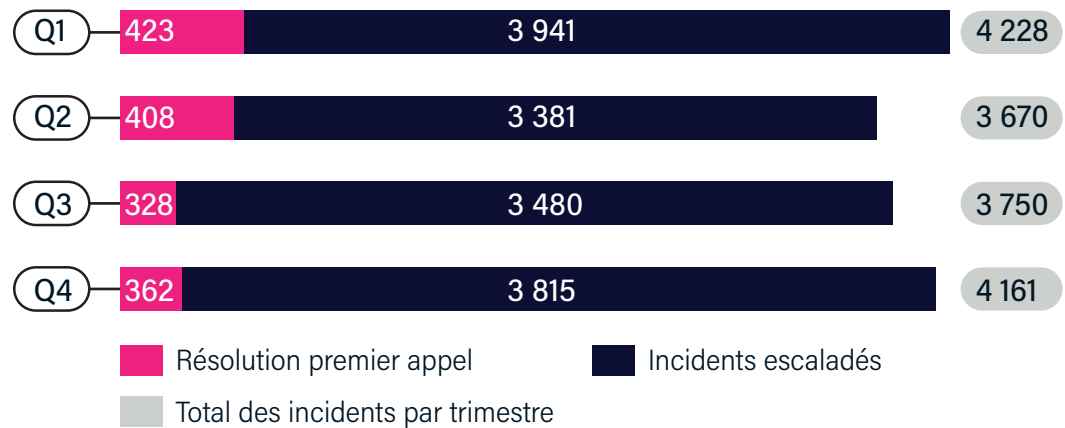


Figure 4 : Répartition des incidents résolus par catégories



Pour l'année 2024-2025, les ressources informationnelles entendent poursuivre le PDTN et les projets en lien avec son plan de modernisation, se préparer à la transition au Dossier santé numérique (DSN) et du Système d'information des finances, de l'approvisionnement et des ressources humaines (SIFARH), en poursuivant le rehaussement des liens de télécommunication, en maintenant à jour les systèmes d'information et d'exploitation des postes de travail, et en poursuivant les travaux d'optimisation de l'infrastructure du réseau sans fil. Elles se prépareront également à la connexion du Système d'information de laboratoire provincial (SIL-P).

Claudine Baril  
Archiviste





15

La divulgation des  
actes répréhensibles



## 15. 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 2023-2024, 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.

Marie Verlhac  
Orthophoniste





16

Les organismes  
communautaires

## 16. Les organismes communautaires

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), octroie une subvention à 141 organismes communautaires en 2023-2024. De ce nombre, 119 organismes œuvrant principalement en santé et services sociaux sont financés en soutien à leur mission globale représentant un total de 27 277 502 \$. L'enveloppe PSOC est rehaussée d'un montant de 1 555 400 \$ par rapport à 2022-2023 à laquelle il faut ajouter l'indexation de 3,7 % en 2023-2024.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a également investi un total de 3 607 9361 \$ 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 28 : Attribution des fonds au PSOC**

Nom des organismes	Mission globale (\$)		Activités spécifiques (\$)	
	2023-2024	2022-2023	2023-2024	2022-2023
<b>Accès logis</b>				
Résidences Témiscaming			14 424	13 909
Table concertation personnes âgées du Témiscaming			23 604	22 761
Total Accès logis	0	0	38 028	36 670
<b>Agressions à caractère sexuel (CALACS)</b>				
Centre d'aide et de luttes contre les agressions à caractères sexuelles (CALACS) L'Étoile du nord	420 217	405 224	1 835	
Centre d'aide et de luttes contre les agressions à caractères sexuelles (CALACS) du Témiscamingue	257 041	247 870	1 835	5 000
Centre d'aide et de luttes contre les agressions à caractères sexuelles (CALACS) ABITIBI	299 996	289 292	6 835	
Centre d'aide et de prévention des agressions à caractères sexuelles (CAPACSAO) Abitibi-Ouest	299 596	288 906	1 835	4 800
Point d'appui	421 048	406 025	6 835	
Total Agressions à caractère sexuel (CALACS)	1 697 898	1 637 317	19 175	9 800

Nom des organismes	Mission globale (\$)		Activités spécifiques (\$)	
	2023-2024	2022-2023	2023-2024	2022-2023
<b>Autres ressources jeunesse</b>				
Association grands frères et grandes sœurs de l'Abitibi-Ouest	47 506	95 013		
Association grands frères et grandes sœurs de Rouyn-Noranda	113 771	94 988	5 058	
Espace Abitibi-Est	400 316	379 264	1 835	
L'Interlocal de jeunes MRC Rouyn-Noranda	0	137 033		25 000
Projet Jeunesse St-Michel	120 767	102 358	1 608	
Total Autres ressources jeunesse	702 360	808 656	8 501	25 000
<b>Autres ressources femmes</b>				
Au sein des femmes	107 992	88 901	6 608	2 231
Les Marginales	122 346	93 846\$	1 835	
Total Autres ressources femmes	220 338	182 747	8 443	2 231
<b>Centre d'action bénévole</b>				
Centre bénévolat de Rouyn-Noranda	202 190	171 710	1 608	5 000
Centre bénévolat de Val-d'Or	148 757	136 604	1 608	
Centre bénévolat du Lac Témiscamingue	131 279	113 430	1 608	
Centre d'action bénévole L'amicale	119 921	105 198	6 608	
Total Centre d'action bénévole	602 147	526 942	11 432	5 000
<b>Centres de femmes</b>				
Centre de femmes l'Érige	280 240	257 231	6 835	5 000
Centre Entre-femmes	280 418	257 416	1 835	2 175
Comité de la condition féminine au Témiscamingue	280 363	257 359	6 506	
Femmes Ressources	165 899	138 913	1 835	
Total Centres de femmes	1 006 920	910 919	17 011	7 175
<b>Concertation régionale</b>				
Concertation régionale des organismes communautaires de l'Abitibi-Témiscamingue (CROC-AT)	197 748	170 128	1 953	
Corporation développement communautaire d'Amos			24 050	23 192
Corporation développement communautaire du Témiscamingue			24 051	23 193
Regroupement organismes communautaires Abitibi-Ouest			24 421	23 550
Regroupement organismes communautaires Rouyn-Noranda			24 525	23 650
Regroupement organismes communautaires Vallée-de-l'Or			24 051	23 193
Total Concertation régionale	197 748	170 128	123 051	116 778
<b>Dépendances et hébergement d'urgence</b>				
Accueil d'Amos	285 851	260 282	52 053	50 000
Groupe IMAGE de l'A-T	162 040	149 457	4 053	2 000
Maison du compagnon de La Sarre	412 491	363 336	4 053	5 914
Maison du soleil levant de Rouyn-Noranda	303 944	293 099	6 256	5 000
Manoir du chemin pour la sobriété	174 644	147 963	1 835	

Nom des organismes	Mission globale (\$)		Activités spécifiques (\$)	
	2023-2024	2022-2023	2023-2024	2022-2023
Piaule de Val-d'Or	508 929	462 766	8 243	2 000
Unité Domrémy de Val-d'Or	180 360	153 878	3 835	2 000
Total Dépendances et hébergement d'urgence	2 028 259	1 830 781	80 328	66 914
<b>Famille Y'APP</b>				
Centre amitié autochtone Val-d'Or			2 595	2 502
Maison famille d'Amos			3 130	2 502
Maison des familles d'Abitibi-Ouest			3 130	2 502
Maison famille de Malartic			3 130	2 502
Maison famille de Rouyn-Noranda			3 130	2 502
Maison famille de Senneterre			2 595	2 502
Maison famille Témiscaming			3 130	2 502
Maison famille de Val-d'Or			2 516	2 502
Maison famille au Vent du Lac			0	2 502
Total Famille	0	0	23 356	22 518
<b>Famille- NEGS</b>				
Maison famille d'Amos			24 606	23 728
Maison des familles d'Abitibi-Ouest			25 846	24 924
Maison famille de Malartic			6 571	6 337
Maison famille de Rouyn-Noranda			47 008	45 331
Maison famille de Senneterre			5 113	4 931
Maison famille Témiscaming			9 049	8 726
Maison famille de Val-d'Or			29 096	28 058
Maison famille au Vent du Lac			0	0
Regroupement d'entraide sociale Témiscamingue			15 893	15 326
Total Famille	0	0	163 182	157 361
<b>Famille-Périnatalité</b>				
Maison famille d'Amos			39 045	30 355
Maison des familles d'Abitibi-Ouest			31 478	30 355
Maison famille de Malartic			36 262	30 356
Maison famille de Rouyn-Noranda			43 416	30 356
Maison famille de Senneterre			35 983	30 355
Maison famille Témiscaming			35 744	30 355
Maison famille de Val-d'Or			43 637	30 356
Maison au Vent du Lac			35 319	30 356
Total Famille	0	0	300 884	242 844
<b>Hommes en difficultés</b>				
Groupe IMAGE de l'A-T	410 526	377 397	216 000	
S.A.T.A.S.(Service aide traitement apprentissage social)	534 715	441 346	34 056	26 250
Total Hommes en difficultés	945 241	818 743	250 056	26 250

Nom des organismes	Mission globale (\$)		Activités spécifiques (\$)	
	2023-2024	2022-2023	2023-2024	2022-2023
<b>Justice alternative</b>				
Liaison Justice	663 896	640 208	1 835	
Total Justice alternative	663 896	640 208	1 835	0
<b>Maintien à domicile</b>				
Association des aidants naturels de Val-d'Or	105 320	86 086	1 608	
Centre d'action bénévole L'amicale	22 391	19 854	21 250	
Centre des bénévoles Uni-Joie	24 258	22 700	1 000	
Comité "Main dans la main" de La Corne	10 512	8 500	1 000	
Comité bénévole "Papillons dorés"	8 715	7 922	1 000	
Comité bénévole "Santé et joie"	8 768	8 455	1 000	
Comité bénévole Landrienne	4 616	4 449	1 000	
Comité bénévoles "Les Glaneurs"	4 316	4 162	1 000	
Comité des bénévoles des Côteaux	24 614	23 736	1 000	
Corp. alliance des générations	18 804	16 853	1 000	
Corp. développement communautaire Universeau	143 109	101 304	78 152	
Coup de pouce communautaire Malartic	142 537	96 152	1 608	1 364
Groupe actions bénévoles Abitibi-Ouest	68 293	65 856	1 608	
Groupe d'entraide aux aînés	133 015	115 258	1 608	
Indépendance 65 +	84 251	70 883	1 608	
Parrainage civique de l'Abitibi-Témiscamingue	15 847	63 386		
Popote roulante d'Amos	24 048	23 190	1 000	
Popote roulante de Val-d'Or	24 963	20 697	1 000	
Regroupement proches aidants d'Abitibi-Ouest	123 540	95 081	10 625	3 828
Regroupement proches aidants de Rouyn-Noranda	82 341	79 404	1 608	
Société Alzheimer Abitibi-Témiscamingue	170 423	150 452	39 108	
Société Alzheimer Val-d'Or	85 288	64 986		
Table concertation personnes âgées du Témiscamingue	141 988	123 236	6 608	
Total Maintien à domicile	1 471 957	1 272 602	175 391	5 192
<b>Maison des jeunes</b>				
Campus Jeunesse	78 058	75 273	1 835	
Élan maison des jeunes rurale	160 518	133 345	1 835	
Jeunesse Action Val-d'Or	214 205	188 925	1 835	
Liaison 12-18	203 648	177 975	1 835	
Maison jeunes "Le Kao" (de Barraute)	102 377	73 182	1 835	
Maison jeunes de La Sarre	204 503	178 885	1 835	
Maison jeunes du Témiscamingue	206 421	180 845	6 835	
Maison jeunes F.R.A.D.	187 136	160 889	1 835	
Refuge jeunesse Malartic	178 800	158 132	1 835	
Soupape Maison des jeunes	342 940	183 199	1 835	

Nom des organismes	Mission globale (\$)		Activités spécifiques (\$)	
	2023-2024	2022-2023	2023-2024	2022-2023
Total Maison des jeunes	1 878 606	1 510 650	23 350	0
<b>Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence</b>				
Alternative pour elles	1 452 443	1 379 284	2 053	2 300
Maison hébergement Équinoxe	1 091 928	1 046 276	7 053	
Maison hébergement Le Nid	1 211 436	792 505	2 053	
Maison hébergement Mikana	1 195 510	1 136 061	2 053	
Total Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence	4 951 317	4 354 126	13 212	2 300
<b>Personnes démunies - sécurité alimentaire</b>				
Accueil d'Amos	25 863	23 550		7 125
Association place au soleil	174 545	147 860	1 835	
Centre bénévolat de Val-d'Or	35 326	32 447		18 027
Centre Bernard-Hamel	139 769	122 374	6 465	12 142
Corp. développement communautaire Universeau	14 646	14 123	13 432	3 675
Fraternité St-Michel	74 695	72 030	1 608	
Maison St-André Abitibi-Ouest	129 884	111 960	6 350	11 855
Regroupement entraide sociale Témiscaming	134 785	117 123	1 608	23 975
Total Personnes démunies - sécurité alimentaire	729 513	641 467	31 298	76 799
<b>Personnes handicapées</b>				
Association cherchons trouvons informons aidons (ACTIA )	195 228	169 262	1 835	
Aile brisée	198 377	172 521	1 835	
Arche Abitibi-Témiscamingue	469 911	453 145	6 835	
Association de parents enfants handicapés Témiscaming	242 872	218 563	1 835	3 500
Association de personnes handicapées Témiscaming	174 583	147 900	1 835	
Association de personnes handicapées visuelles de l'Abitibi-Témiscamingue			2 624	2 530
Association pour l'intégration sociale de Rouyn-Noranda	386 959	337 011	2 053	4 500
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA)	35 987	26 670	6 608	
Centre de jour Les Intrépides	271 338	248 021	1 835	
Centre intégration physique l'Envol	198 375	172 519	1 835	
Centre La Mésange	177 381	151 260	1 835	
Club A.C.V. de Rouyn-Noranda	6 958	13 916		
Club amitié des handicapés de l'Abitibi-Ouest	250 295	226 245	1 835	
Club des handicapés de Val-d'Or	211 360	185 955	1 835	
Corporation répar-dépannage Chrysalide	376 855	326 595	2 053	
Indépendance 65 +	32 970	27 739		
Parrainage civique de l'Abitibi-Témiscamingue	9 587	38 349		
Personnes handicapées Amos région (P.H.A.R.)	196 934	171 027	1 835	
Pilier (association traumatisés crâniens)	142 946	121 599	1 608	3 011

Nom des organismes	Mission globale (\$)		Activités spécifiques (\$)	
	2023-2024	2022-2023	2023-2024	2022-2023
Ressource personnes handicapées A.-T. Nord-du-Québec	123 632	101 922	705 034	578 956
Société autisme de l'Abitibi-Témiscamingue	264 999	236 986	1 835	
Vie autonome Abitibi-Témiscamingue	208 282	182 770	1 835	
<b>Total Personnes handicapées</b>	<b>4 175 829</b>	<b>3 729 975</b>	<b>748 835</b>	<b>592 497</b>
<b>Santé mentale</b>				
Accueil d'Amos	199 392	179 840	31 930	30 791
Association PANDA Abitibi-Ouest	93 067	73 179	1 608	
Besoin d'aide 24/7	352 388	334 993	1 608	37 050
Bouée d'espoir	197 921	172 049	1 835	
Entretoise du Témiscamingue	228 155	203 335	6 835	
Groupe en toute amitié de Senneterre	168 942	142 063	1 835	
Groupe Soleil Malartic	222 257	214 327	1 835	107 073
Le Repère 649	251 059	227 036	1 835	32 124
Maison du soleil levant de Rouyn-Noranda	118 325	80 318		
Maison les 4 Saisons Témiscamingue	372 264	321 861	2 053	10 000
Pont de Rouyn-Noranda	296 767	274 334	26 461	23 747
Portail (Le)	201 010	175 245	1 835	
Prévention du suicide d'Abitibi-Ouest - Centre	187 045	160 796	1 835	
Prévention du suicide d'Amos - Centre	196 223	170 291	8 225	5 000
Prévention du suicide de Malartic - Centre	106 290	77 231	1 835	
Prévention du suicide de Rouyn-Noranda - Centre	218 261	193 096	1 835	
Prévention du suicide de Senneterre - Centre	167 977	141 064	1 835	3 460
Prévention du suicide de Val-d'Or - Comité	202 982	177 285	1 835	
Prévention du suicide du Témiscamingue - Comité	178 333	150 580	1 835	5 000
Ressource d'aide et d'information en défense des droits en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue (RAIDDA-T)	244 101	224 659	1 608	
Rescousse (La)	197 953	172 082	6 835	
Résidence hébergement La Chaumière	346 900	295 711	2 053	
Résilient (le)	201 176	175 418	1 835	
Table de concertation régionale des organismes communautaires alternatifs en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue (TCROCASMAT)			33 095	31 194
Trait Union de La Sarre	431 364	382 795	65 847	61 185
<b>Total Santé mentale</b>	<b>5 380 152</b>	<b>4 769 588</b>	<b>210 178</b>	<b>346 624</b>
<b>Santé physique</b>				
Albatros 08	20 772	20 031	1 000	
Amis de l'Envol	20 864	16 473	1 000	
Arc-en-soi La Sarre	5 241	20 965		
Association de la fibromyalgie de l'Abitibi-Témiscamingue	24 543	98 171		

Nom des organismes	Mission globale (\$)		Activités spécifiques (\$)	
	2023-2024	2022-2023	2023-2024	2022-2023
Diabète Val-d'Or	15 561	20 249		
Ressource pour personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue et du Nord-du-Québec			153 308	147 838
Société sclérose en plaques Abitibi-Témiscamingue	139 858	111 889	1 608	
<b>Total Santé physique</b>	<b>226 839</b>	<b>287 778</b>	<b>156 916</b>	<b>147 838</b>
<b>Santé publique</b>				
Organisme régional de développement Éduco-Témis (ORDET)	197 243	171 347	1 835	
<b>Total Santé publique</b>	<b>197 243</b>	<b>171 374</b>	<b>1 835</b>	<b>0</b>
<b>Santé publique - jeune en milieu rural</b>				
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est			0	21 722
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Ouest			36 854	33 300
Soupe maison jeunes			30 149	34 089
Jeunesse action Val-d'Or			46 585	28 829
Maison jeunes du Témiscamingue			23 054	18 970
Élan maison des jeunes rurale			25 858	31 984
<b>Total - jeune en milieu rural</b>			<b>162 500</b>	<b>168 894</b>
<b>Santé publique - prévention dépendance</b>				
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est			92 199	92 199
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Ouest			71 542	71 542
Carrefour jeunesse emploi du Témiscamingue			64 490	64 490
Carrefour Rouyn-Noranda			89 193	89 193
Mouvement Relève d'Amos			76 610	76 610
<b>Total prévention dépendance</b>			<b>394 034</b>	<b>394 034</b>
<b>Santé publique - Travail de rue</b>				
Arrimage jeunesse			178 528	172 158
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est			59 650	57 522
Carrefour jeunesse emploi du Témiscamingue			109 935	106 013
Groupe IO			64 824	62 511
Mouvement Relève d'Amos			65 372	63 040
<b>Total Travail de rue</b>		<b>0</b>	<b>478 309</b>	<b>461 244</b>
<b>Santé publique - Surdose opioïdes</b>				
Arrimage jeunesse			56 691	56 691
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est			11 576	11 576
Carrefour jeunesse emploi du Témiscamingue			22 527	22 527
Groupe IO			20 915	20 915
Mouvement Relève d'Amos			25 291	25 291
<b>Total Surdose opioïdes</b>		<b>0</b>	<b>137 000</b>	<b>137 000</b>
<b>VIH/Sida</b>				

Nom des organismes	Mission globale (\$)		Activités spécifiques (\$)	
	2023-2024	2022-2023	2023-2024	2022-2023
Centre ROSÉS Abitibi-Témiscamingue	201 239	172 230		
Total VIH/Sida	201 239	172 230		
<b>Supervision des droits d'accès</b>				
Groupe Image de l'Abitibi-Témiscamingue			29 796	28 733
Total Supervision des droits d'accès			29 796	28 733
<b>Total général</b>	<b>27 277 502</b>	<b>24 436 231</b>	<b>3 561 351</b>	<b>3 079 696</b>

Sonia Lefebvre  
Adjointe à la direction



Les annexes

## **Annexe 1**

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

#### **Préambule**

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

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

#### **Section 1 — Dispositions générales**

##### **Objectifs généraux**

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

- a. Aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- b. Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- c. Régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
- d. Définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils ont 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 :

- a. Élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif;
- b. Voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
- c. Informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d. Conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
- e. Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f. Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;

- g. Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- h. Retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i. Assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

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

### 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

2023-2024

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

Québec 

