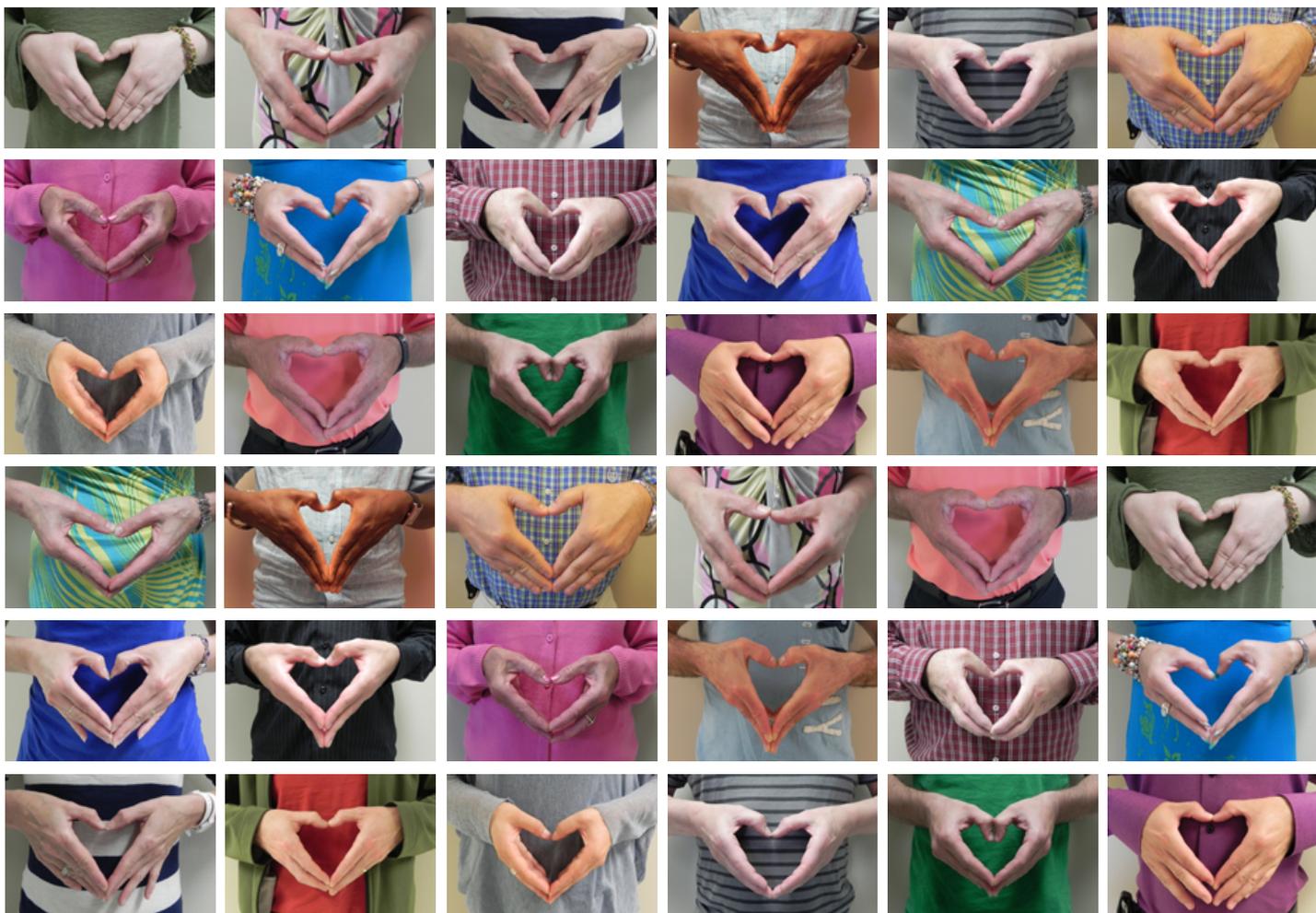




RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2013-2014

Agence de la santé et des services sociaux
de l'Abitibi-Témiscamingue



Adopté par le conseil d'administration le 24 septembre 2014

Ce document a été réalisé par :

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
1, 9^e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9
Téléphone : 819 764-3264
Télécopieur : 819 797-1947
Site Web : www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca

Production

Direction des activités stratégiques
Nathalie Bernier, technicienne en administration,
sous la coordination de Marie-Eve Therrien, agente de communication
en collaboration avec le personnel de toutes les directions

Révision des textes

Marie-Pierre Létourneau, Direction des ressources financières et matérielles
Sylvie Bellot, Direction de santé publique
Nicole Berthiaume, Direction de l'organisation des services
Annette Picard, Direction des ressources humaines et informationnelles

ISBN : 978-2-89391-658-3 (version imprimée)

ISBN : 978-2-89391-659-0 (version PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2014

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.

© Gouvernement du Québec

Table des matières

Table des matières	iii
Liste des sigles et acronymes	ix
Liste des tableaux	xi
Mot de la présidente du conseil d'administration et du président-directeur général	xiii
Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents	xv
Section 1 ➔ Rôle et état général de fonctionnement de l'Agence	1
Mission, territoire, population	3
Plan d'organisation, organigramme et effectifs de l'Agence	4
Communications.....	6
Établissements de santé et de services sociaux	7
Conseil d'administration.....	8
Instances consultatives.....	9
➔ Comité de vigilance et de la qualité.....	9
➔ Comité régional d'accès aux services en langue anglaise.....	9
➔ Comité régional sur les services pharmaceutiques	10
➔ Commission infirmière régionale.....	11
➔ Commission multidisciplinaire régionale.....	12
➔ Département régional de médecine générale.....	12
➔ Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	13
Section 2 ➔ Activités de l'Agence	15
Grands défis de l'année	17
➔ Une première ligne intégrée, accessible et efficace	17
➔ Responsabilité populationnelle : poursuivre la mobilisation	17
➔ Planification stratégique 2015-2020	17
➔ Répondre aux besoins des communautés autochtones	18
➔ Une image de marque unique, un positionnement optimal	18
Affaires médicales	20
➔ Clientèle orpheline	20
➔ Groupes de médecine de famille.....	20
↳ Informatisation des groupes de médecine de famille	21
➔ Plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine générale et en spécialité	21
➔ Unités de médecine familiale	24

Activités régionales en santé et services sociaux	25
↳ Communautés autochtones	25
↳ Conditions de vie des femmes.....	25
↳ Maltraitance envers les personnes âgées	25
↳ Qualité des services.....	26
↳ Agrément des établissements.....	26
↳ Comités des usagers	26
↳ Curateur public	26
↳ Plaintes à l'Agence et auprès des établissements	27
↳ Prestation sécuritaire des soins et services	28
↳ Recommandations du coroner	28
↳ Visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD	28
↳ Services préhospitaliers d'urgence.....	28
↳ Violence conjugale et agression sexuelle	30
Programmes de services.....	31
↳ Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement.....	31
↳ Services spécialisés – Troubles envahissants du développement.....	31
↳ Soutien à domicile – Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement.....	32
↳ Déficience physique.....	33
↳ Optimisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive.....	33
↳ Plan d'action à l'égard des personnes handicapées	33
↳ Services spécialisés	34
↳ Soutien à domicile.....	34
↳ Dépendance.....	36
↳ Jeu pathologique.....	36
↳ Toxicomanie – Services de première ligne.....	36
↳ Jeunes en difficulté.....	37
↳ Ententes de collaboration CSSS-Centre jeunesse	37
↳ Jeunes et leur famille en difficulté – Services de première et deuxième ligne	37
↳ Nouveau processus de formation	38
↳ Plan de services individualisé et intersectoriel	39
↳ Services d'intervention en situation de crise	39
↳ Services en négligence	39
↳ Table programme-services Jeunes en difficulté.....	40
↳ Santé mentale.....	41
↳ Services de première et deuxième ligne	41
↳ Services d'urgence	42

➤ Santé physique	43
↳ Accès au continuum de services pour les accidents vasculaires cérébraux.....	43
↳ Centre virtuel de santé et de services sociaux.....	43
↳ Lutte contre le cancer	44
↳ Soins palliatifs	45
➤ Santé publique.....	47
↳ Approche École en santé	47
↳ Développement des communautés.....	47
↳ Habitudes de vie et maladies chroniques — Dépistage du cancer du sein.....	48
↳ Habitudes de vie et maladies chroniques — Prévention des maladies chroniques.....	49
↳ Jeunes et famille – Animation de jeunes en milieu rural.....	50
↳ Jeunes et famille – Promotion et prévention.....	50
↳ Maladies infectieuses – Immunisation	53
↳ Maladies infectieuses – Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang	54
↳ Santé au travail	55
↳ Santé environnementale.....	56
↳ Surveillance de l'état de santé.....	56
➤ Services généraux.....	58
↳ Services psychosociaux généraux	58
➤ Soutien à l'autonomie des personnes âgées	59
↳ Certification des résidences privées pour aînés.....	59
↳ Services aux personnes hébergées en milieu substitut	60
↳ Services dans le milieu de vie.....	60
↳ Soutien à l'autonomie.....	61
Programmes de soutien	62
➤ Administration et soutien aux services	62
↳ Planification de la main-d'œuvre.....	62
↳ Recrutement de la main-d'œuvre.....	63
↳ Programme d'amélioration des conditions d'exercice des cadres	64
➤ Gestion des bâtiments.....	66
↳ Programmes fonctionnels et techniques.....	66
➤ Ressources informationnelles	67
↳ Dossier clinique informatisé	67
↳ Dossier Santé Québec.....	67
↳ Entente de partenariat en ressources informationnelles avec l'Estrie	68
↳ Gouvernance et planification en ressources informationnelles	68
↳ Maintien des actifs informationnels	69
↳ Regroupement de centres de traitement informatique	69

↳	Solution régionale de laboratoire	70
Section 3	Organismes communautaires subventionnés par l'Agence	71
	Soutien aux organismes communautaires et suivi de gestion	73
	Concertation régionale	74
Section 4	Données financières.....	75
	Situation financière de l'Agence.....	77
↳	Rapport de la direction	77
↳	Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés.....	78
	Notes complémentaires aux états financiers cumulés – exercice terminé le 31 mars 2014	91
↳	Note 1 – Statut et nature des opérations	91
↳	Note 2 – Description des principales conventions comptables	91
↳	↳ Référentiel comptable	91
↳	↳ Utilisation d'estimations	91
↳	↳ Comptabilité d'exercice	91
↳	↳ Périmètre comptable	91
↳	↳ Revenus.....	91
↳	↳ Revenus d'intérêts	92
↳	↳ Autres revenus.....	92
↳	↳ Dépenses de transfert.....	92
↳	↳ Salaires.....	92
↳	↳ Charges inhérentes aux ventes de services	92
↳	↳ Débiteurs	92
↳	↳ Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts	92
↳	↳ Crédoiteurs et autres charges à payer	92
↳	↳ Dettes à long terme	92
↳	↳ Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec	92
↳	↳ Avantages sociaux futurs	93
↳	↳ Régimes de retraite.....	93
↳	↳ Immobilisations.....	93
↳	↳ Frais payés d'avance	93
↳	↳ Instruments financiers devant être évalués à la juste valeur	93
↳	↳ Comptabilité par fonds	93
↳	↳ Prêt interfonds.....	94
↳	↳ Classification des activités	94
↳	↳ Centres d'activités	94
↳	↳ Avoir propre.....	94
↳	Note 3 – Présentations des données budgétaires.....	94
↳	Note 4 – Instruments financiers	94

➤ Note 5 – Emprunts bancaires	95
➤ Note 6 – Amortissement des frais reportés liés aux dettes.....	95
➤ Note 7 – Risques financiers	95
↳ Risque de crédit	95
↳ Risque de marché	95
↳ Risque de liquidité	95
➤ Note 8 – Opérations entre apparentés.....	95
➤ Note 9 – Maintien de l'équilibre budgétaire	96
➤ Note 10 – Obligations contractuelles	96
Situation financière des établissements.....	97
➤ Budget net de fonctionnement	97
➤ Autorisation d'emprunt temporaire accordée	97
Subvention aux organismes communautaires	99
Section 5 ➤ Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité.....	103
Section 6 ➤ Code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence	119
Déclaration des intérêts des administrateurs publics – Code d'éthique.....	125
Engagement personnel – Code d'éthique	126

Liste des sigles et acronymes

a.	Article	CRPDI	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
AÉS	Approche École en santé	CRPDP	Centre de réadaptation pour personnes présentant une déficience physique
ALV	Appareil de loterie vidéo	CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
AMP	Activité médicale particulière	CSSS	Centre de santé et de services sociaux
AQÉPA	Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs	CSSSPNQL	Commission de santé et de services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador
A-T	Abitibi-Témiscamingue	CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
AVC	Accident vasculaire cérébral	CTI	Centre de traitement informatique
BAPE	Bureau d'audiences publiques sur l'environnement	CUSM	Centre universitaire de santé McGill
c.	Chapitre	CVSSS	Centre virtuel de santé et de services sociaux
c/a	Centre d'activités	DCI	Dossier clinique informatisé
CAFA	Centre d'animation, de formation et d'accompagnement	DEA	Défibrillateur externe automatisé
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	DI	Déficience intellectuelle
CAPACS	Centre d'aide et de prévention des agressions à caractère sexuel	DMÉ	Dossier médical électronique
CAT	Centre d'abandon du tabagisme	DQC	Direction québécoise de cancérologie
CCRSSS	Comité de coordination du réseau de la santé et des services sociaux	DRMG	Département régional de médecine générale
CCSAT	Centre de communication santé de l'Abitibi-Témiscamingue	DSQ	Dossier Santé Québec
CDD	Centre de dépistage désigné	EQDEM	Enquête québécoise du développement des enfants de la maternelle
CDPDI	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse	EQES	Enquête québécoise sur l'expérience de soins
CECOT	Centre d'expertise et de coordination de la télésanté	EQSJS	Enquête sur la santé des jeunes au secondaire
CEPO	Comité d'évaluation des pratiques oncologiques	ESSAIS	Échange de seringues, services d'aide et d'information sur le sida
CGR	Comité de gestion du réseau	ETC	Équivalent temps complet
CH	Centre hospitalier	FINESSS	Fonds de financement des établissements de la santé et des services sociaux
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	FSS	Fonds des services de santé
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal	GESTRED	Système de suivi de gestion et de reddition de comptes
CIR	Commission infirmière régionale	GMF	Groupe de médecine de famille
CJAT	Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue	GPMD	Gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre
CLSC	Centre local de services communautaires	ICDJE	Initiative concertée du développement des jeunes enfants
CMUR	Commission multidisciplinaire régionale	ICI	Intervention comportementale intensive
CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale	I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services de CLSC
CPE	Centre de la petite enfance	IPO	Infirmière pivot en oncologie
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	IPS	Infirmière praticienne spécialisée
CQA	Conseil québécois d'agrément	ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
CR	Centre de réadaptation	JED	Jeunes en difficulté
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle	KM	Kilomètre
CRDIAT	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de l'Abitibi-Témiscamingue	L.R.Q	Lois refondues du Québec
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique	LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation	LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
CROC-AT	Concertation régionale des organismes communautaires de l'Abitibi-Témiscamingue	LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
CRPAT	Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes	MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
		MRC	Municipalité régionale de comté
		MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
		N/A	Non applicable
		ND	Non disponible

<i>OIIQ</i>	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec	<i>SIPPE</i>	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
<i>ORA</i>	Opportunité de recrutement additionnelle	<i>SI-PQDCS</i>	Système d'information-Programme québécois de dépistage du cancer du sein
<i>PAB</i>	Préposé aux bénéficiaires	<i>SIQ</i>	Société immobilière du Québec
<i>PACEC</i>	Programme d'amélioration des conditions d'exercice des cadres	<i>SIV</i>	Soutien d'intensité variable
<i>PARI</i>	Plan annuel des ressources informationnelles	<i>S.O.</i>	Sans objet
<i>PCI</i>	Prévention et contrôle des infections	<i>SQI</i>	Société québécoise des infrastructures
<i>PFT</i>	Programme fonctionnel et technique	<i>SRL</i>	Solution régionale de laboratoire
<i>PGR1</i>	Plan de gestion des ressources informationnelles	<i>SRMO</i>	Stratégie régionale de main-d'œuvre
<i>PHAR</i>	Personnes handicapées Amos-région	<i>TCROCASMAT</i>	Table de concertation régionale des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue
<i>PQDCS</i>	Programme québécois de dépistage du cancer du sein	<i>TED</i>	Trouble envahissant du développement
<i>PREM</i>	Plan régional d'effectifs médicaux	<i>TREF</i>	Table régionale enfance famille
<i>PSII</i>	Plan de service individualisé et intersectoriel	<i>UMF</i>	Unité de médecine familiale
<i>PSOC</i>	Programme de soutien aux organismes communautaires	<i>UQAT</i>	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
<i>PTPARI</i>	Plan triennal des projets et des activités en ressources informationnelles	<i>VAD</i>	Visite à domicile
<i>r.</i>	Règlement	<i>VAT</i>	Valorisation Abitibi-Témiscamingue
<i>RAIDD-AT</i>	Ressource d'aide et d'information en défense des droits de l'Abitibi-Témiscamingue	<i>VHC</i>	Virus de l'hépatite C
<i>RAMQ</i>	Régie de l'assurance maladie du Québec	<i>VVS</i>	Villes et villages en santé
<i>RCSSS</i>	Réseau communautaire de santé et de services sociaux		
<i>RFI</i>	Réadaptation fonctionnelle intensive		
<i>RLP</i>	Regroupement local de partenaires		
<i>RLRQ</i>	Recueil des lois et des règlements du Québec		
<i>RLS</i>	Réseau local de services		
<i>RPA</i>	Résidence privée pour aînés		
<i>RQC</i>	Registre québécois du cancer		
<i>RREGOP</i>	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics		
<i>RRF</i>	Régime de retraite des fonctionnaires		
<i>RRO</i>	Rougeole, rubéole et oreillons		
<i>RRPE</i>	Régime de retraite du personnel d'encadrement		
<i>RRSPSAT</i>	Réseau régional de santé publique en santé au travail		
<i>RSIPA</i>	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées		
<i>RTF</i>	Ressource de type familial		
<i>RUIS</i>	Réseau universitaire intégré de santé		
<i>SAD</i>	Soutien à domicile		
<i>SAPA</i>	Soutien à l'autonomie des personnes âgées		
<i>SARDM</i>	Système automatisé et robotisé de distribution des médicaments		
<i>SARDO</i>	Système d'archivage régional de données oncologiques		
<i>SARM</i>	Staphylococcus aureus résistant à la Méthicilline		
<i>SARROS</i>	Soutien aux régions pour le recrutement des omnipraticiens et des spécialistes		
<i>SATAS</i>	Service d'aide et de traitement en apprentissage social		
<i>SIDEP</i>	Services intégrés de dépistage et de prévention		
<i>SIATH</i>	Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance		

Liste des tableaux

Tableau 1 : Effectifs de l'Agence au 31 mars 2014.....	5
Tableau 2 : Les établissements de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue	7
Tableau 3 : Effectifs des établissements au 31 mars 2014	8
Tableau 4 : Membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2014	8
Tableau 5 : Membres du comité de vigilance et de la qualité au 31 mars 2014.....	9
Tableau 6 : Membres du comité régional d'accès aux services en langue anglaise au 31 mars 2014	10
Tableau 7 : Membres du comité régional sur les services pharmaceutiques au 31 mars 2014	11
Tableau 8 : Membres de la commission infirmière régionale au 31 mars 2014	11
Tableau 9 : Membres de la commission multidisciplinaire régionale au 31 mars 2014	12
Tableau 10 : Membres du Département régional de médecine générale au 31 mars 2014	13
Tableau 11 : Membres de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée au 31 mars 2014.....	13
Tableau 12 : Plan régional d'effectifs médicaux en médecine générale et en médecine spécialisée pour l'Abitibi- Témiscamingue	23
Tableau 13 : Effectifs médicaux en médecine générale et en médecine spécialisée.....	23
Tableau 14 : Bilan des plaintes, interventions, demandes d'assistance, de consultation et d'information	27
Tableau 15 : Plaintes examinées par les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services	27
Tableau 16 : Plaintes traitées par les médecins examinateurs dans les CSSS.....	28
Tableau 17 : Nombre de transports ambulanciers selon les territoires	29
Tableau 18 : Organismes communautaires subventionnés dans le cadre du PSOC au 31 mars 2014.....	74
Tableau 19 : État du suivi des réserves, des commentaires et des observations formulés par l'auditeur indépendant.....	80
Tableau 20 : Fonds d'exploitation - État des résultats - Exercice terminé le 31 mars 2014.....	81
Tableau 21 : Fonds des activités régionalisées - État des résultats - Exercice terminé le 31 mars 2014.....	82
Tableau 22 : Fonds d'immobilisations - État des résultats - Exercice terminé le 31 mars 2014	83
Tableau 23 : Fonds d'exploitation - État des soldes de fonds - Exercice terminé le 31 mars 2014.....	84
Tableau 24 : Fonds d'immobilisations - Fonds des activités régionalisées - État des soldes de fonds - Exercice terminé le 31 mars 2014.....	85
Tableau 25 : Fonds d'exploitation - Fonds des activités régionalisées - Bilan au 31 mars 2014	86
Tableau 26 : Fonds d'immobilisations - Bilan au 31 mars 2014	87
Tableau 27 : Fonds affectés cumulés - Bilan au 31 mars 2014	88
Tableau 28 : Fonds affectés cumulés - État des résultats au 31 mars 2014.....	89
Tableau 29 : Fonds affectés cumulés - État des soldes de fonds au 31 mars 2014	90
Tableau 30 : Budget net de fonctionnement - Excédent ou (déficit) au 31 mars 2014	97
Tableau 31 : Autorisation d'emprunt temporaire accordée au 31 mars 2014	98
Tableau 32 : Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités	99

Mot de la présidente du conseil d'administration et du président-directeur général

Au fil des ans, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue s'est taillé une place de choix en présentant des résultats enviables au plan national, et ce, en assumant un leadership véritable au sein de son réseau régional et en créant des alliances étroites avec ses partenaires. Son image publique en est une de discernement et de transparence, elle démontre avec constance que le souci de sa population est au cœur de son action. Elle n'est certes pas seule à concourir à cette renommée, les établissements de la région y contribuent, au quotidien, par l'excellence de leurs actions et de leurs interventions.

Pour illustrer cette affirmation, voici quelques activités significatives réalisées par les établissements de la région en 2013-2014 qui méritent d'être soulignées.

Cette année, l'annonce d'un montant de 13 millions de dollars pour la phase de conception du projet de réaménagement du Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de Macamic aura été un moment précieux qui n'aurait pu survenir sans le travail acharné de l'équipe de direction du **Centre de santé et de services sociaux (CSSS) des Aurores-Boréales**. La population peut s'attendre à une amélioration de l'épisode de soins et une meilleure qualité des services.

Depuis plus de 18 mois, les sept unités d'hébergement du **Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT)** sont non-fumeurs. L'implantation de l'approche sans fumée a été une réussite. Pour ce faire, beaucoup d'efforts ont dû être consentis par le personnel du CJAT. D'ailleurs, ce projet a été sélectionné par l'Agence pour être présenté aux Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux.

Le **CSSS Les Eskers de l'Abitibi** et sa fondation hospitalière se sont illustrés par un dynamisme extraordinaire en réalisant une nouvelle salle permettant de loger confortablement l'appareil d'angiographie numérique. Ils ont réussi à rassembler un montant de 400 000 \$: l'Agence a contribué pour 250 000 \$ et la compagnie minière Agnico Eagle s'est portée volontaire pour 150 000 \$.



Le déménagement de l'unité de médecine familiale (UMF) de Val-d'Or et le rehaussement de sa capacité d'accueil aura été sans conteste un projet chéri pour le **CSSS de la Vallée-de-l'Or** et sa population. Ce nouvel environnement permettra d'accueillir douze résidents et un externe, soit quatre résidents de plus que sa capacité actuelle. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a accordé une allocation de 850 000 \$.

Le **Centre Normand** a œuvré avec acharnement pour améliorer le taux de personnes à évaluer en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de quinze jours et moins; il est passé de 56 % à 77 %. D'ailleurs, le taux d'occupation à l'interne est maintenant à 90 %, ce qui correspond au plus haut taux depuis plusieurs années.

La région poursuit depuis plusieurs années l'objectif d'offrir des services de radiothérapie le plus possible de la population de l'Abitibi-Témiscamingue. Aussitôt l'autorisation accordée par le MSSS de procéder, un comité directeur s'est mis au travail. En vertu de la politique-cadre sur la gouverne des grands projets d'infrastructure publique, le dossier de présentation stratégique constitue la première étape du cheminement de tout projet immobilier évalué à 40 millions de dollars ou plus. Le **CSSS de Rouyn-Noranda** a accompli son travail avec brio et mené à terme toutes les démarches nécessaires.

Pour une quatrième fois, le **Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de l'Abitibi-Témiscamingue (CRDIAT) Clair Foyer** a reçu un agrément du Conseil québécois d'agrément avec un taux moyen de satisfaction de plus de 90 % chez les parents et clients ou leurs représentants.

Au **Centre de réadaptation La Maison**, un nouveau service a été créé, soit le service d'aide de suppléance à l'audition. Il s'agit d'accessoires qui permettent de mieux entendre dans des situations d'écoute particulières, comme lors d'une conversation

téléphonique, en regardant la télévision ou pendant le sommeil.

La direction générale du **CSSS du Témiscamingue** a transmis à l'Agence, le 30 mai dernier, les plans et devis préliminaires du projet d'agrandissement et de réaménagement du Pavillon Sainte-Famille en vue d'obtenir l'autorisation du MSSS pour le devis final du projet. Le travail intense de la direction a également permis une réduction de 63 % de la main-d'œuvre indépendante comparativement à l'année précédente grâce à la mise en œuvre d'un plan d'action stratégique à tous les niveaux de l'organisation. L'établissement a de plus connu une grande amélioration de la qualité des soins de fin de vie en modifiant ses locaux pour permettre d'avoir deux magnifiques chambres de soins palliatifs à l'unité de courte durée du Pavillon Sainte-Famille.

Au plan régional, c'est avec une immense fierté que **l'Agence** a accueilli le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) McGill pour son deuxième Symposium qui s'est tenu au printemps 2014 à Rouyn-Noranda. Sous le thème *Les liens qui nous unissent*, cette activité d'envergure aura été une invitation à la réflexion et une occasion d'échanges approfondis sur plusieurs aspects importants des continuums de services ainsi que sur des

sujets complexes et porteurs tels que l'accessibilité et l'équité des soins.

Cette activité avait comme intention première de réunir, dans leur milieu, les acteurs clés du réseau afin de présenter les axes majeurs de développement et de réussite tout en discutant des défis et des enjeux. L'Agence a également profité de l'occasion pour renforcer les liens étroits déjà existants et en créer de nouveaux. Par conséquent, une place privilégiée a été accordée aux partenaires régionaux qui souhaitent partager leurs expertises et leurs projets. Non seulement l'événement a été couronné de succès, mais il a permis de faire germer une panoplie de nouveaux projets!

En parcourant ce rapport annuel de gestion, vous pourrez prendre connaissance de plusieurs projets intéressants et bons coups réalisés au cours de l'exercice 2013-2014 autant par les établissements que l'Agence et ses partenaires du réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

Bonne lecture!

La présidente du conseil d'administration,



Suzanne Huard

Le président-directeur général,



Jacques Boissonneault

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2013–2014 de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue présentent :

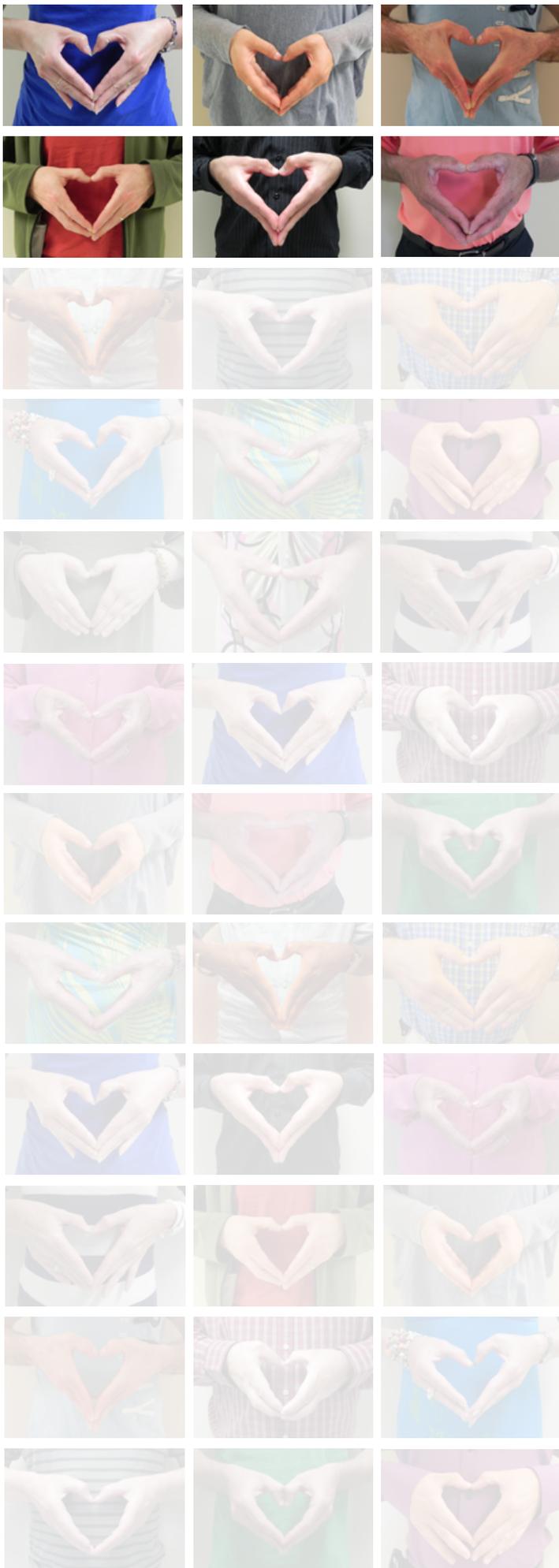
- les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2013–2014.

Le président-directeur général,



Jacques Boissonneault



SECTION I

Rôle et état général de fonctionnement de l'Agence

MISSION, TERRITOIRE, POPULATION

Mission

Le gouvernement a institué, dans chaque région qu'il a délimitée, une agence de la santé et des services sociaux (art. 339 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux [LSSSS, RLRQ c. S-4.2]).

L'agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Territoire

La région de l'Abitibi-Témiscamingue est délimitée à l'ouest par la frontière du Québec et de l'Ontario, au nord, par le 49^e parallèle et, du sud à l'est, par les municipalités régionales de comté (MRC) de Pontiac, de la Vallée-de-la-Gatineau et du Haut-Saint-Maurice. C'est l'une des plus vastes régions du Québec avec quelque 65 000 km² de superficie; les distances y sont donc importantes. Ainsi, il faut compter près de 400 KM de route entre Senneterre, au nord-est, et Témiscaming, au sud-ouest.

Au total, 65 municipalités se partagent le territoire, sans compter dix territoires non organisés. À ces derniers s'ajoute la population algonquienne qui se répartit entre les quatre réserves indiennes de Kebaowek, Timiskaming, Pikogan et Lac-Simon ainsi que les trois établissements indiens de Hunter's Point, Winneway et Kitcisakik.

Population

Selon les plus récentes estimations démographiques¹, en 2013, la population de l'Abitibi-Témiscamingue s'élevait à 147 931 personnes, ce qui représente 1,8 % de la population du Québec. La population de l'Abitibi-Témiscamingue se révèle un peu plus jeune que celle du Québec et les hommes y sont légèrement majoritaires.

La région se divise en cinq territoires de CSSS. Les plus peuplés sont ceux de la Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda qui regroupent respectivement 29,6 % et 28,3 % de la population régionale. Le territoire Les Eskers de l'Abitibi et celui des Aurores-Boréales rassemblent, pour leur part, 16,8 % et 14,2 % des Témiscabitiens. Quant au territoire du Témiscamingue, il est le moins peuplé avec 11,1 % des résidents de la région.

Les Premières Nations sont présentes en Abitibi-Témiscamingue et comptent un peu plus de 7 400 membres en 2013², ce qui représente 5 % de l'ensemble de la population régionale.

¹ Source : Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec. Estimations démographiques provisoires produites en février 2014.

² Source : Ministère des Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. Registre de la population indienne au 31 décembre 2013.

PLAN D'ORGANISATION, ORGANIGRAMME ET EFFECTIFS DE L'AGENCE

Plan d'organisation

Le plan d'organisation de l'Agence est conçu de façon à assurer la coordination de ses différentes composantes afin de réaliser les mandats qui lui sont conférés par la LSSSS. Outre sa mission spécifique de mettre en place sur son territoire une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, l'Agence assume des fonctions reliées :

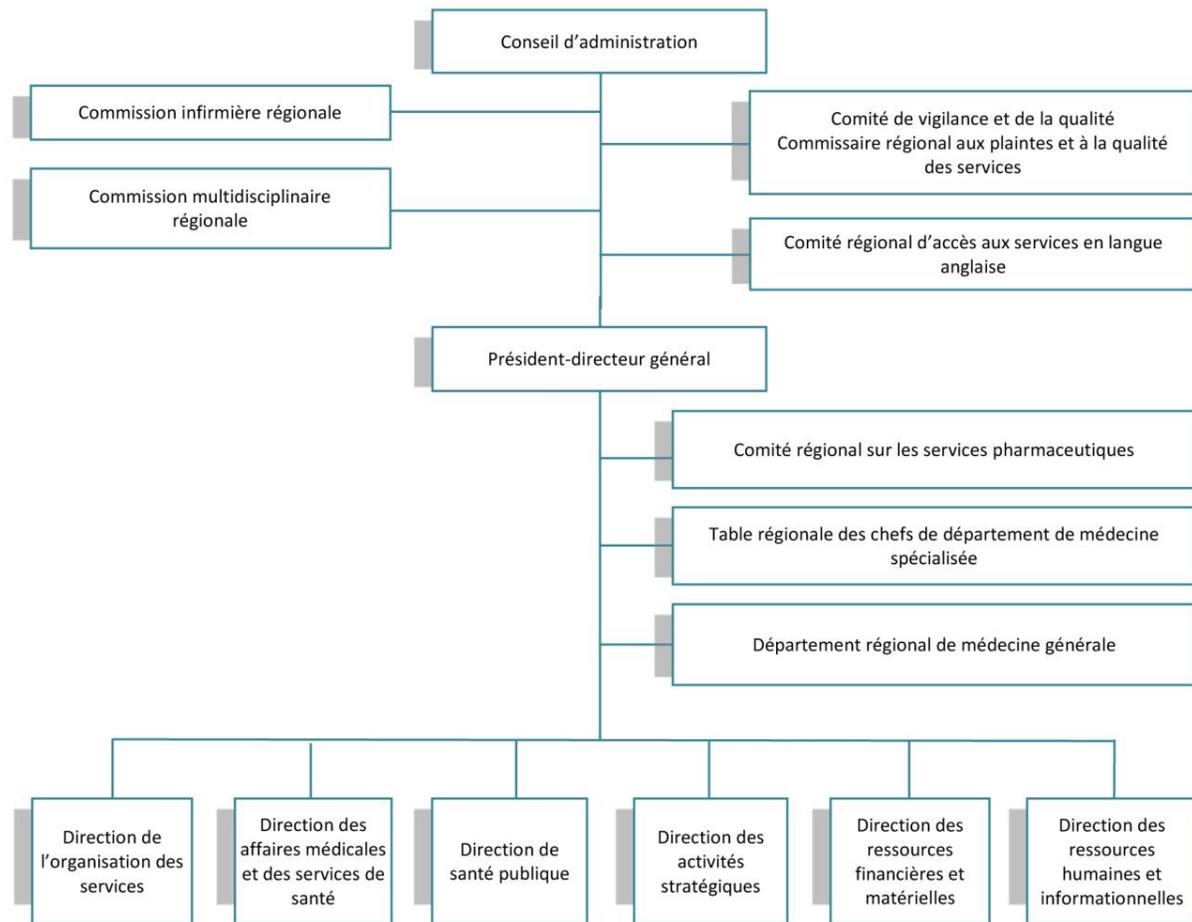
- à la population et aux usagers;
- à l'allocation des ressources financières;
- à l'organisation des services;
- à la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles;
- à la santé publique;
- aux priorités de santé et de bien-être.

L'organisation comprend :

- un conseil d'administration, composé de membres issus de la région, assurant la gestion des orientations de l'organisation et son imputabilité auprès du Ministre;

- quatre instances régionales consultatives au conseil d'administration et trois instances régionales consultatives au président-directeur général, assurant l'expertise utile à une réponse adaptée aux multiples besoins de la population de la région;
- un bureau du président-directeur général;
- six directions :
 - Direction de l'organisation des services;
 - Direction des affaires médicales et des services de santé;
 - Direction de santé publique;
 - Direction des activités stratégiques;
 - Direction des ressources financières et matérielles;
 - Direction des ressources humaines et informationnelles.

Organigramme



Effectifs de l'Agence

Le tableau ci-dessous regroupe l'ensemble des ressources humaines qui œuvraient pour l'Agence au 31 mars 2014.

Tableau 1 : Effectifs de l'Agence au 31 mars 2014

Personnel	2013-2014	2012-2013	VARIATION
PERSONNEL CADRE			
› Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	17	18	-1
› Temps partiel	0	0	0
Nombre de personnes : équivalents à temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	0	0
› Nombre de personnes en stabilité d'emploi	0	0	0
PERSONNEL RÉGULIER			
› Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	73	73	0
› Temps partiel	3	3	0
Nombre de personnes : équivalents à temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1,5	1,5	0
› Nombre de personnes en sécurité d'emploi	0	0	0
PERSONNEL OCCASIONNEL			
› Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	13 776	8 792	4984
› Équivalent à temps complet	8	5	3

Note : Les dix médecins et dentistes rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) sont exclus des données ci-dessus mentionnées.

COMMUNICATIONS

Les citoyens de l'Abitibi-Témiscamingue ont le droit d'être informés sur les services de santé et les services sociaux offerts dans la région, leur organisation et la façon de les obtenir. Par sa Direction des activités stratégiques, l'Agence se fait un point d'honneur d'assumer les devoirs et les responsabilités qui découlent de ce droit.

À une époque où les idées, les opinions et les données, véridiques ou non, circulent à la vitesse grand V, il importe plus que jamais d'être en mesure de transmettre rapidement et efficacement une information complète, claire et rigoureusement validée.

Pour une première fois cette année, l'Agence a été appelée à réagir à une situation dénoncée par un usager sur les médias sociaux. L'émergence des nouvelles plateformes amène l'équipe de la Direction des activités stratégiques à devoir être toujours plus alerte et à exercer une vigie encore plus étroite pour être au fait de toute l'information qui circule en lien avec le réseau régional.

D'année en année, l'intérêt des médias ne se dément pas pour un large éventail de sujets en lien avec le réseau. L'Agence a ainsi répondu à plus de 275 demandes d'information ou d'entrevues, dont une grande proportion était non sollicitée. Parallèlement, afin de porter à l'attention de la population régionale des sujets qu'elle juge d'intérêt public, la Direction des activités stratégiques a aussi été proactive. Une quarantaine de communiqués de presse ont été diffusés et les représentants des médias ont été invités à douze conférences de presse.

Les travaux pour la refonte du site Web de l'Agence se sont poursuivis tout au long de l'année 2013-2014. En plus de répondre aux standards d'accessibilité adoptés par le Conseil du trésor, le nouveau site a été développé de façon à être plus convivial et mieux adapté aux différents publics que l'Agence doit rejoindre : la population, les membres du réseau, les partenaires sectoriels et intersectoriels. Il sera mis en ligne au cours de l'exercice 2014-2015.

La Direction des activités stratégiques a aussi coordonné cette année une multitude d'autres actions de communication, notamment : le rapport annuel de gestion, le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration des services, les états de situation destinés au MSSS sur des enjeux régionaux, les dépliants et fascicules abordant entre autres des thématiques liées à la santé publique, etc.

En conclusion, précisons que la Direction des activités stratégiques offre son soutien et son expertise à l'ensemble des directions de l'Agence ainsi qu'à tous les établissements du réseau, lorsque ceux-ci sont confrontés à un défi de communication, que l'enjeu soit médiatique ou non.

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Tableau 2 : Les établissements de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

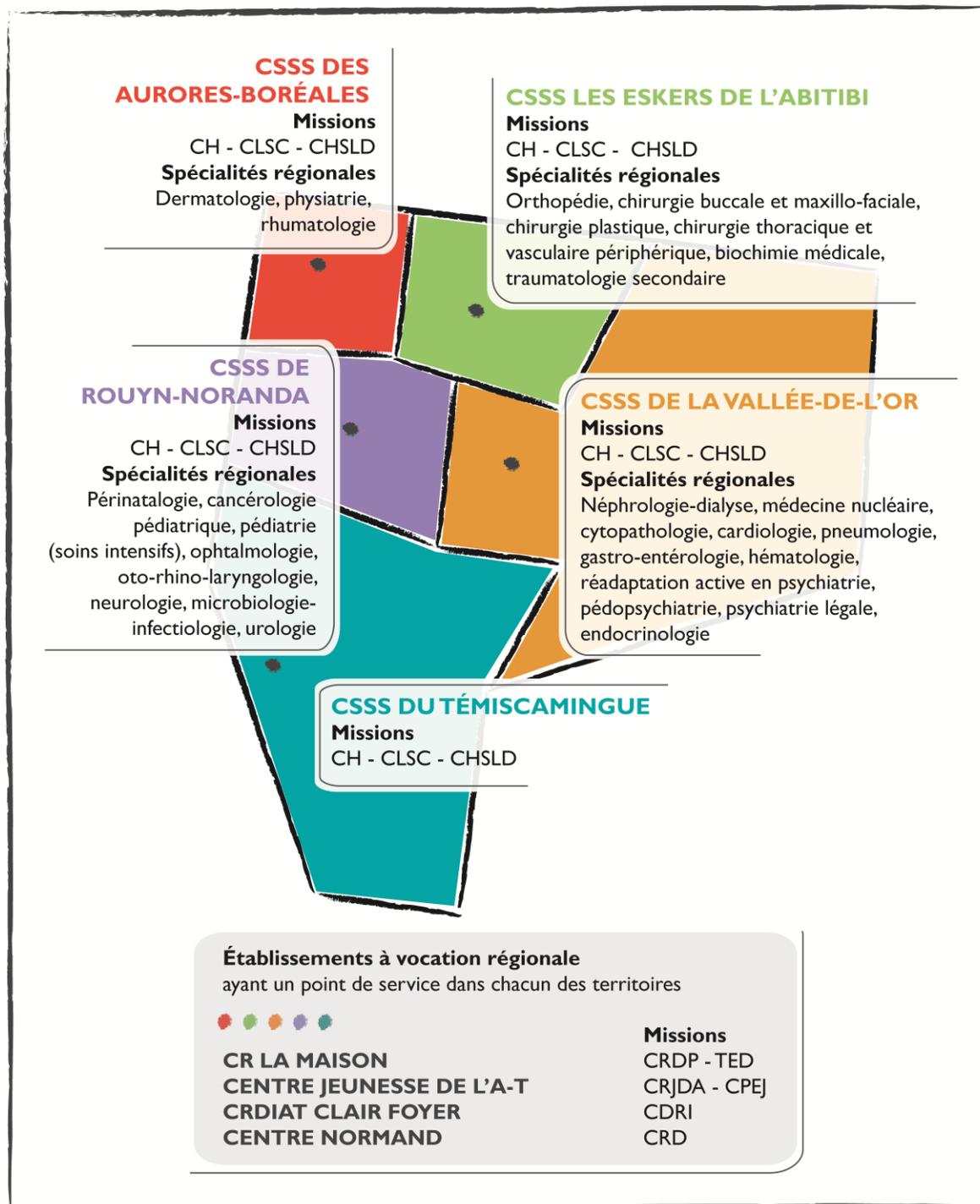


Tableau 3 : Effectifs des établissements au 31 mars 2014

Personnel	2013-2014	2012-2013	VARIATION
PERSONNEL CADRE			
› Temps complet (excluant les personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi)	257	233	24
› Temps partiel (excluant les personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi) :			
Nombre de personnes	28	30	-2
Équivalents temps complet	21	21	0
› Personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi	1	0	1
PERSONNEL RÉGULIER			
› Temps complet (excluant les personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi)	2 417	2 431	-14
› Temps partiel (excluant les personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi)			
Nombre de personnes	1 577	1 460	117
Équivalents temps complet	949	873	76
› Personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi	1	1	0
› Personnel non-détenteur de poste			
Nombre d'heures rémunérées	2 052 989	2 027 136	25 853
Équivalents temps complet	1 121	1 099	22

Source : Données opérationnelles selon le rapport financier annuel AS-471 au 31 mars 2014 (page 234).

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Sa composition

Le conseil d'administration de l'Agence a tenu sept assemblées ordinaires et deux assemblées extraordinaires entre le 1^{er} avril 2013 et le 31 mars 2014.

Tableau 4 : Membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2014

Représentativité	Membre
Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	Vacant
Département régional de médecine générale	Vacant
Comité régional sur les services pharmaceutiques	M. Michael Ahern
Commission infirmière régionale	Vacant
Commission multidisciplinaire régionale	M. Donald Renault
Milieu communautaire	M ^{me} Micheline Bergeron
Comités des usagers des établissements	M ^{me} Madeleine Paquin
Milieu syndical	M ^{me} Marie Méthot
Membre indépendant	M ^{me} Suzanne Huard
Membre indépendant	M. Serge Larche
Membre indépendant	M. Robert Bellemare
Membre indépendant	M. Marc-André Côté
Membre indépendant	M. Pierre Bérubé
Président-directeur général de l'Agence	M. Jacques Boissonneault

INSTANCES CONSULTATIVES

Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité a tenu trois rencontres au cours de la dernière année afin d'assurer un suivi aux recommandations formulées par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services. Les membres du comité ont pris connaissance des conclusions du commissaire régional au terme de l'analyse des plaintes examinées et des interventions réalisées en lien avec les droits des usagers, la qualité des services offerts et les mesures correctives mises en place par des organismes communautaires, des résidences privées pour aînés, des services préhospitaliers d'urgence et des ressources d'hébergement en toxicomanie ou jeu pathologique.

Le commissaire régional doit rendre compte au comité de vigilance et de la qualité du suivi accordé à chaque plainte par les instances concernées. Le comité fournit également des avis et son appréciation sur les suites apportées aux demandes adressées au commissaire régional, notamment en ce qui concerne l'assistance aux personnes pour porter plainte ou avoir accès à un service, l'information sur leurs droits et les réponses aux requêtes de consultation.

Tableau 5 : Membres du comité de vigilance et de la qualité au 31 mars 2014

Représentativité	Membre
Membre du conseil d'administration de l'Agence, comités des usagers des établissements	M ^{me} Madeleine Paquin
Membre du conseil d'administration de l'Agence, nommé par les membres du conseil	M ^{me} Marie Méthot
Membre du conseil d'administration de l'Agence, milieu communautaire	M ^{me} Micheline Bergeron
Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services	M. Alain Couture
Président-directeur général de l'Agence	M. Jacques Boissonneault

Comité régional d'accès aux services en langue anglaise

Le dossier de la langue anglaise est transversal puisqu'il concerne l'accessibilité à l'ensemble des services de santé et des services sociaux pour la clientèle anglophone de l'Abitibi-Témiscamingue. Au cours de l'exercice 2013-2014, l'Agence a poursuivi ses efforts pour soutenir les établissements dans l'application des mécanismes identifiés dans le programme d'accès 2010-2014.

Les membres du comité régional d'accès aux services en langue anglaise se sont réunis à trois occasions. Outre le partage d'information, l'objectif de ces rencontres était d'identifier des pistes de travail pour une amélioration continue de l'accessibilité aux services en langue anglaise. L'Agence entretient un contact régulier avec les membres du comité pour répondre à leurs demandes et à leurs besoins.

L'Agence a, par ailleurs, poursuivi sa collaboration avec l'Association Neighbours de Rouyn-Noranda. Elle a participé aux deux rencontres de la Table des partenaires santé, mise en place par cette association. Elle a aussi réaffirmé par écrit, à deux reprises, son soutien au travail et aux projets novateurs développés

pour les membres de la communauté anglophone de Rouyn-Noranda.

Formation du personnel du réseau : Contrairement aux années précédentes, aucun budget n'a été alloué par Santé Canada en 2013-2014 pour de la formation en langue anglaise à l'intention du personnel du réseau. Toutefois, l'Agence a mis en contact le CSSS Les Eskers de l'Abitibi et l'Association Neighbours de Rouyn-Noranda, laquelle a offert d'organiser bénévolement des ateliers de discussions afin d'aider le personnel du CSSS à maintenir ses acquis en langue anglaise.

Adaptation des programmes en langue anglaise 2014-2018 : À la suite d'un appel de projets lancé par le MSSS et le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS) dans le cadre du Programme de contribution pour les langues officielles 2014-2018 financé par Santé Canada, l'Agence a élaboré un projet en collaboration avec le Centre Normand et le CSSS du Témiscamingue pour le recrutement d'une ressource anglophone en dépendance. Le projet, appuyé par les CSSS de Rouyn-Noranda et de la Vallée-de-l'Or, a été soumis aux membres du comité régional d'accès aux services en langue anglaise pour approbation. Une

lettre d'appui de ce comité a été jointe lors du dépôt du projet au MSSS.

Entente Canada-Québec 2013-2014 : À la suite d'un appel de projets du MSSS, l'Agence a déposé deux demandes de financement pour des projets visant à améliorer l'accessibilité à des services en anglais. L'entente Canada-Québec prévoit une prise en charge de 50 % du coût des projets acceptés. Un premier projet touche la traduction de documents en langue anglaise. L'autre vise à offrir les services d'une orthophoniste

anglophone aux enfants des trois écoles anglophones de l'Abitibi-Témiscamingue.

Accessibilité des documents en langue anglaise : L'Agence a diffusé six communiqués de presse traduits en anglais auprès des communautés anglophones. Elle a également assuré la traduction d'une soixantaine de formulaires, protocoles et autres documents d'information produits par les établissements pour leur clientèle.

Tableau 6 : Membres du comité régional d'accès aux services en langue anglaise au 31 mars 2014

Représentativité	Membre
Communauté anglophone de Rouyn-Noranda	M ^{me} Diane Pollock
Association Neighbours	M ^{me} Elsie Sullivan
Association Neighbours	M ^{me} Sharleen Sullivan
Communauté de Temiskaming First Nation	M ^{me} Norma Heath
Algonquin Nation Program and Services Secretariat	M ^{me} Donna McBride
Communauté anglophone de Val-d'Or	M ^{me} Debbie Pitts
Centre d'entraide et d'amitié autochtone de Senneterre	M ^{me} Rebecca Moore
Community Learning Center de Val-d'Or	M ^{me} Alison Wouda
Conseil d'administration de l'Agence	M ^{me} Madeleine Paquin

Comité régional sur les services pharmaceutiques

Le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) a tenu trois rencontres au cours de l'année 2013-2014.

Plusieurs enjeux ont été traités, notamment la poursuite de la standardisation des ordonnances collectives dans la région. Issu de la collaboration entre les CSSS, les médecins et les pharmacies communautaires des différents territoires, ce projet vise à améliorer l'accessibilité à des soins et des services pharmaceutiques pour l'ensemble de la population de l'Abitibi-Témiscamingue. À cet effet, un site Internet accessible à tous les pharmaciens de la région a été déployé. Il permet le dépôt central de toutes les ordonnances collectives de la région.

Parmi les autres dossiers discutés au comité, mentionnons le projet de système automatisé et robotisé de distribution des médicaments (SARDM) en établissement de santé, le suivi relatif à

l'implantation du Dossier Santé Québec (DSQ) ainsi que la mise en place d'un réseau régional en oncologie pour les pharmaciens.

Les membres du comité sont également préoccupés par la pénurie de médicaments. Elle affecte quotidiennement le travail des pharmaciens qui doivent déployer un maximum d'efforts pour minimiser les impacts auprès des patients.

Le CRSP poursuit son travail de collaboration avec le personnel infirmier et les médecins afin de continuer à offrir des soins pharmaceutiques de qualité à la population de l'Abitibi-Témiscamingue.

Tableau 7 : Membres du comité régional sur les services pharmaceutiques au 31 mars 2014

Représentativité	Membre
Pharmaciens œuvrant dans une pharmacie communautaire Chefs de département clinique de pharmacie	M ^{me} Marise Quirion
	M ^{me} Suzie Alain
	M ^{me} Marie-Josée Racicot
Pharmaciens œuvrant dans un centre exploité par un établissement de santé	Vacant
Pharmaciens communautaires propriétaires	M ^{me} Marie-Josée Girard, présidente M. Michael Ahern M. Maxime Leduc-Séguin
Président-directeur de l'Agence	M. Jacques Boissonneault

Commission infirmière régionale

Au cours de l'année, la commission infirmière régionale (CIR) a tenu cinq rencontres. Elle s'est vue confier le mandat de dresser un portrait régional de l'expertise infirmière en soin des plaies complexes. Le travail a été amorcé.

Des discussions animées ont eu lieu à propos du rapport sur la formation de la relève infirmière, rendu public en janvier 2014.

La CIR a gardé un œil vigilant sur l'état de l'application des ordonnances collectives nationales en première ligne et sur les différentes ordonnances collectives en vigueur dans la région.

D'autre part, les membres ont nourri un intérêt constant quant à l'accès à la formation continue pour les infirmières et les infirmières auxiliaires.

Des membres de la CIR ont également pris part à la séance de consultation sur le dossier de présentation

stratégique du service de radiothérapie par le CSSS de Rouyn-Noranda.

D'autres sujets d'intérêt ont fait l'objet de présentations à la CIR, notamment :

- le projet d'assurance autonomie du MSSS;
- le projet de soutien aux proches aidants d'une infirmière candidate à la maîtrise de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT);
- l'offre de service, le portail Web et les outils à la portée des infirmières qui désirent utiliser la télésanté (visioconférence du Centre universitaire de santé McGill [CUSM]).

Les télésoins des plaies et les télésoins à domicile pour la clientèle atteinte de maladies chroniques font partie des concepts qui intéressent particulièrement les infirmières de la région.

Tableau 8 : Membres de la commission infirmière régionale au 31 mars 2014

Représentativité	Membre
Comités exécutifs du conseil des infirmières et infirmiers	M ^{me} Joanne Dinelle, CSSS de Rouyn-Noranda
	M ^{me} Jenny Rivard, CSSS de la Vallée-de-l'Or
	M ^{me} Michelle Paquin, CSSS des Aurores-Boréales
	M ^{me} Sylvie Gaudreau, CSSS Les Eskers de l'Abitibi
Infirmière reconnue pour son expertise de pointe	Vacant
Gestionnaires des soins infirmiers	M ^{me} Carole Rivière, CSSS de Rouyn-Noranda M ^{me} Mélanie Rocher, CSSS de la Vallée-de-l'Or
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)	M ^{me} Manon Lacroix, présidente
Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue	M ^{me} Claire Maisonneuve, vice-présidente
Comités des infirmières et infirmiers auxiliaires	M ^{me} Annic McGuire, CSSS de Rouyn-Noranda M ^{me} Josée Goulet, CSSS de la Vallée-de-l'Or
Observatrice de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue	M ^{me} Marie Kureluk
Observatrice	M ^{me} Sylvie Théberge, agente de planification en santé mentale, Agence
Agence	M ^{me} Lise Dubé, professionnelle responsable du dossier

Commission multidisciplinaire régionale

Au cours de l'exercice 2013-2014, la commission multidisciplinaire régionale (CMUR) a tenu deux rencontres.

Parmi les nouveaux dossiers qui ont été abordés, citons le projet de création d'une assurance autonomie. Les membres ont aussi poursuivi la réflexion débutée à la fin de l'exercice précédent sur le rôle et les mandats de la Commission.

Les membres ont terminé la révision du règlement de la CMUR qui a, par la suite, été approuvé par le conseil d'administration de l'Agence, le 19 mars 2014.

Trois membres de la CMUR ont présenté leur démission à la fin de l'exercice, invoquant des raisons professionnelles. Les membres ont fait part de certaines préoccupations au président-directeur général de

l'Agence quant à la mobilisation et la représentativité des établissements de la région au sein de la CMUR. À la suite de ces échanges, une présentation de la CMUR et de son utilité a été faite aux directeurs généraux des établissements. Ceux-ci ont été invités à faciliter la participation de leur personnel à cette instance.

Puisque le mandat des membres de la CMUR arrive à échéance en 2014, le processus électoral a été relancé en mars 2014. Une lettre d'appel de candidatures a été adressée aux directions générales et aux présidents des conseils multidisciplinaires locaux des établissements ainsi qu'à l'UQAT et au Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, conformément au règlement de la CMUR.

Tableau 9 : Membres de la commission multidisciplinaire régionale au 31 mars 2014

Représentativité	Membre
UQAT - Domaine social	M ^{me} Lise Pelletier
UQAT - Domaine de la santé	Vacant
Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue	M ^{me} Mireille Hubert, présidente
Réseau de la santé et des services sociaux :	
↳ domaine technique	Vacant
↳ domaine technique	Vacant
↳ domaine social	M ^{me} Annie Carrier, CSSS Les Eskers de l'Abitibi
↳ domaine social	M. Donald Renault; CSSS des Aurores-Boréales
↳ domaine de la santé	M ^{me} Rosane Beaulé; CSSS du Témiscamingue
↳ domaine de la santé	M ^{me} Martine St-Louis; CSSS de Rouyn-Noranda
↳ domaine de la santé	Vacant
↳ domaine de la santé	Vacant
↳ domaine de la réadaptation	Vacant
Agence	M ^{me} Sylvie Routhier, directrice de l'organisation des services

Département régional de médecine générale

Un département régional de médecine générale (DRMG) composé de tous les médecins omnipraticiens de la région (y compris ceux qui pratiquent en cabinet privé) doit être constitué au sein de chaque agence.

D'avril 2013 à mars 2014, le comité de direction du DRMG a tenu six rencontres régulières et deux rencontres spéciales. Les principaux sujets traités lors de ces rencontres sont :

- le Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) 2013-2014 en médecine générale ainsi que l'identification des besoins par territoire et les objectifs de croissance signifiés par le MSSS;
- l'entente spécifique sur l'adhésion aux activités médicales particulières (AMP), dont l'inscription des omnipraticiens aux secteurs d'activités prioritaires déterminés par le DRMG;

- l'accessibilité à un médecin de famille et le développement des groupes de médecine de famille (GMF).

De plus, le DRMG participe et contribue aux travaux suivants :

- le guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien;

- le suivi relatif à l'implantation du Dossier Santé Québec et du dossier médical électronique (DMÉ);
- l'organisation territoriale des services médicaux généraux.

Finalement, le comité de direction du DRMG assure la diffusion de l'outil d'information INFO-DRMG à tous les médecins omnipraticiens de la région.

Tableau 10 : Membres du Département régional de médecine générale au 31 mars 2014

Représentativité	Membre
Médecins travaillant en GMF	D ^r Jean-Yves Boutet, chef du Département
Cabinets privés	D ^{re} Myriam Bellazzi
CSSS de la Vallée-de-l'Or	D ^{re} Julie Massé
CSSS de Rouyn-Noranda	D ^{re} Nancy Brisson
CSSS des Aurores-Boréales	D ^{re} Christiane Faille
CSSS du Témiscamingue, Pavillon Sainte-Famille	D ^r Claude Legault
CSSS du Témiscamingue, Pavillon Témiscaming-Kipawa	Vacant
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	D ^r Frédéric Turgeon
Directeurs des services professionnels des CSSS	D ^{re} Annie Léger
Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	Dr Jean-Mathieu Racicot
Agence	M. Jacques Boissonneault, président-directeur général



Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Au cours de l'exercice, le comité de direction de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (Table des chefs) a tenu quatre rencontres régulières.

Les responsabilités exercées par la Table des chefs sont :

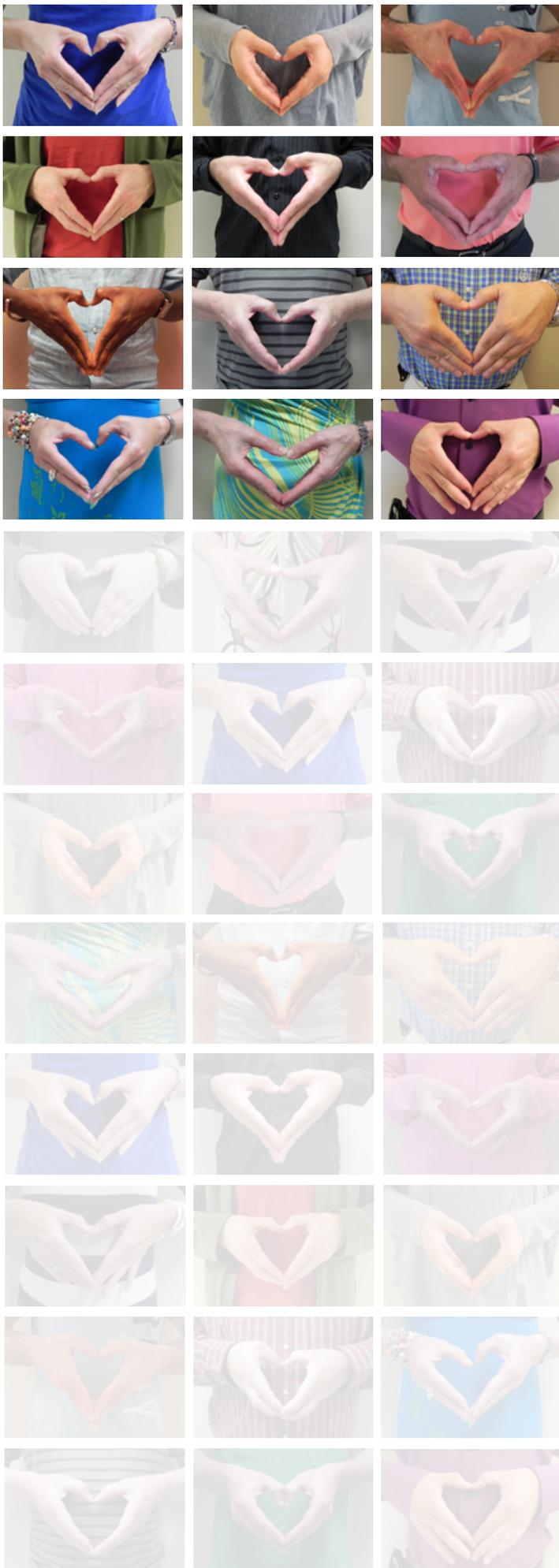
- faire des recommandations et assurer la mise en place du plan quinquennal régional d'effectifs médicaux en spécialité;
- définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux divisé par spécialité et par territoire, selon les besoins de la population;
- définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés quant à la garde régionale, la conclusion d'ententes et la prise en charge de la clientèle et en assurer la mise en place et la coordination;

- donner son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux spécialisés et sur le renouvellement, le déploiement et le développement des équipements médicaux spécialisés;
- donner son avis sur l'instauration de corridors de services proposée par le réseau universitaire intégré de santé.

De plus, le chantier sur la révision des services médicaux spécialisés et les fonctions hospitalières s'est poursuivi afin d'élaborer des protocoles d'entente. Ces derniers sont destinés à engager les médecins spécialistes, selon une entente entre les parties signataires, pour offrir une desserte régionale en respectant les règles établies par la Table des chefs, les établissements et l'Agence.

Tableau 11 : Membres de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée au 31 mars 2014

Représentativité	Membre
CSSS de la Vallée-de-l'Or	D ^r Ghislain Lauzon, domaine clinique de la pneumologie D ^{re} Manon Turbide, domaine clinique de l'obstétrique-gynécologie
CSSS de Rouyn-Noranda	D ^r Hugo Delorme, domaine clinique de la médecine, président D ^r Christian Dubé, domaine psychiatrique
CSSS des Aurores-Boréales	D ^r Sofiane Ouertani, domaine clinique de l'obstétrique-gynécologie D ^r Godefroy Alain Cardinal, domaine clinique de la pédiatrie
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	D ^{re} Édith Beauregard, domaine clinique de la chirurgie D ^r Jean-Mathieu Racicot, domaine clinique de l'anesthésiologie D ^{re} Liette Boyer, domaine clinique de la médecine de laboratoire
Agence	M. Jacques Boissonneault, président-directeur général



SECTION 2

Activités de l'Agence

GRANDS DÉFIS DE L'ANNÉE

Une première ligne intégrée, accessible et efficace

Organiser des services de première ligne intégrés, accessibles et efficaces, voilà un des grands défis qui se profile depuis quelques années déjà. Pour le relever, l'Agence s'emploie à exercer son leadership afin d'amener l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux à considérer autrement l'organisation des services. Le réseau doit se restructurer afin de rassembler autour du patient un ensemble de professionnels partageant une même vision des soins et des services.

Cette nouvelle façon de faire n'est pas seulement souhaitable, elle est incontournable pour faire face aux nouvelles réalités. D'un côté, l'augmentation de l'espérance de vie fait en sorte que les personnes, avec l'âge, deviennent des patients chroniques complexes souvent atteints de plusieurs pathologies concurrentes : diabète, maladies cardiaques, cancer, etc. De l'autre, de plus en plus de jeunes présentent un important surplus de poids et sont aux prises avec des maladies qui affectaient rarement leur groupe d'âge il y a quelques années à peine.

Tous les professionnels (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, pharmaciens, etc.) devront modifier leur rôle et leur façon de travailler. Les actions individuelles et isolées sont appelées à céder le pas à des stratégies communes soutenues par des équipes multidisciplinaires.

Ce virage n'est pas réaliste sans des systèmes d'information clinique performants capables de fournir aux professionnels toute l'information pertinente sur leurs patients. Cet enjeu technologique s'ajoute aux changements de pratique et de philosophie que commande la mise en place d'une première ligne intégrée. Il s'agit d'un défi majeur qui invite plus que jamais le réseau à innover et à se surpasser.

Responsabilité populationnelle : poursuivre la mobilisation

Un grand événement national sur la responsabilité populationnelle s'est déroulé simultanément dans les seize régions du Québec, le 13 mai 2013. Plus de 1 200 participants, dont une quarantaine en Abitibi-Témiscamingue, y ont pris part.

La mobilisation suscitée lors de ce rendez-vous a été remarquable et témoigne de l'intérêt manifesté par les dirigeants du réseau à l'endroit de la responsabilité populationnelle comme principe directeur guidant l'évolution de nos pratiques. Cette activité a permis

d'assurer une compréhension commune du concept : les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire donné partagent collectivement une responsabilité à l'endroit de celle-ci. Ils doivent rendre accessible un ensemble de services le plus complet possible, assurer la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans ce système et favoriser la convergence des efforts pour le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de cette population.

Dans cette perspective, le comité de direction du MSSS et le comité de gestion du réseau (CGR) ont convenu de mettre en place un réseau national afin de soutenir le développement des capacités des acteurs du réseau pour qu'ils puissent assurer le plein exercice de la responsabilité populationnelle. Ce soutien prendra la forme d'activités de partage de connaissances et de mise à profit d'expériences porteuses.

Déjà, les principaux objets de travail pour l'année 2014-2015 ont été identifiés, notamment : le rôle du CSSS dans l'animation et la coordination du réseau local de services (RLS), l'accompagnement qui doit être offert par les agences, la première ligne médicale et sociale dans une perspective de responsabilité populationnelle et les continuums d'intervention en maladies chroniques, santé mentale et personnes âgées en perte d'autonomie.

L'Agence souhaite nourrir la mobilisation qui s'est mise en place le 13 mai 2013. Elle entend assurer le déploiement régional des travaux et dégager des leviers d'action pour poursuivre la démarche.

Planification stratégique 2015-2020

L'année 2014-2015 marquera la fin d'un cycle et le début d'une nouvelle ère. En effet, tandis que le Plan stratégique 2010-2015 s'achève, le moment est déjà venu d'entreprendre la réflexion visant à identifier les grandes orientations qui guideront les actions du réseau régional jusqu'en 2020. L'Agence entreprendra la production de la troisième planification stratégique de son histoire. Un tel exercice exige une certaine dose d'humilité : on ne cherche pas à s'améliorer lorsqu'on se croit parfait! Il requiert également une bonne dose d'audace parce que, pour obtenir un résultat différent, il faut savoir emprunter un chemin et des moyens innovateurs.

Une fois les grandes orientations choisies, il faudra les décliner en objectifs concrets, précis et, idéalement, mesurables.

Une planification stratégique est le résultat d'une démarche que l'Agence ne peut réaliser seule, dans son

coin. Pour être représentative des préoccupations du plus grand nombre et pour bien cerner les besoins de la population, elle doit être le fruit d'un exercice inclusif auquel l'ensemble du personnel du réseau, les organismes communautaires ainsi que des partenaires sectoriels et intersectoriels seront appelés à contribuer.

En ce sens, l'année 2014-2015 donnera certainement lieu à des échanges porteurs et constructifs qui permettront de poursuivre l'amélioration de la santé et du mieux-être de la population de l'Abitibi-Témiscamingue.

Répondre aux besoins des communautés autochtones

Améliorer l'état de santé des membres des Premières Nations, quel que soit leur lieu de résidence en Abitibi-Témiscamingue, et leur offrir un accès équitable à des services de qualité, adaptés à leur réalité culturelle.

Voilà les principaux enjeux identifiés par un comité mis en place en 2013-2014 par l'Agence, plus que jamais soucieuse d'exercer un leadership régional afin de rapprocher le personnel des établissements de la population autochtone.

Les défis à relever sont nombreux. Il faut notamment arriver à mobiliser l'ensemble des partenaires du réseau autour d'une vision régionale, poursuivre la lutte aux préjugés et surmonter la méconnaissance de la culture.

À partir de la réflexion qui a été amorcée, des activités ont été réalisées, notamment en vue de :

- *Partager des valeurs communes* : Le comité a identifié sept valeurs ou principes nécessaires à une bonne collaboration avec les partenaires des Premières Nations : ouverture, sensibilité, confiance, respect mutuel, collaboration, sécurisation culturelle et compréhension.
- *Établir des mécanismes de communication avec les régions limitrophes* : Le comité a tenu en novembre 2013 une première rencontre avec la direction du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James à Val-d'Or. L'Agence a aussi renforcé ses liens avec le Service aux patients Cris de Val-d'Or par des rencontres et des échanges réguliers.
- *Travailler en étroite collaboration avec la Direction des affaires autochtones et régions nordiques du Québec du MSSS et clarifier les zones grises relatives au financement des services* : L'Agence informe régulièrement cette direction de problématiques ponctuelles ou récurrentes, souvent complexes, relatives à l'accès aux services pour les membres vivant sur réserve. Il faut chercher ensemble les meilleurs moyens d'y répondre dans le respect des champs de compétences provinciales et fédérales.

- *Poursuivre la sensibilisation culturelle aux réalités autochtones auprès des membres du réseau* : l'Agence est partenaire du comité organisateur pour la deuxième phase du projet de sensibilisation aux réalités autochtones (Piwaseha). Dès l'été 2013, elle a invité les établissements de la région à inscrire cette formation à l'agenda 2014 de leur personnel.

Le dossier Autochtone est un dossier transversal qui englobe toutes les problématiques et qui, de ce fait, touche l'ensemble des programmes de santé et de services sociaux. Il ne concerne pas uniquement les Algonquins vivant en Abitibi-Témiscamingue, mais inclut les membres des Premières Nations des régions 10 et 18 qui reçoivent ou viennent chercher des services dans les établissements de notre région.

Une image de marque unique, un positionnement optimal

Il y a quatre ans, le réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue se dotait d'une stratégie régionale de main-d'œuvre (SRMO) visant à faire face aux nombreux défis liés aux ressources humaines : pénurie d'effectifs, vieillissement du personnel, etc.

Au fil des ans, l'Agence et les établissements ont mis en place des partenariats, notamment avec des institutions d'enseignement, afin de mieux répondre aux besoins particuliers du réseau. Ainsi, pour la première fois à l'automne 2014, le Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue offrira aux étudiants un programme jusqu'ici disponible uniquement à l'extérieur de la région, mais qui mène à un des titres d'emploi les plus recherchés : technologie en analyses biomédicales. Le projet se concrétise en collaboration avec le Cégep de Saint-Jérôme et les cinq CSSS. Ce scénario aurait été invraisemblable il y a quatre ans, mais les efforts ont porté des fruits.

En effet, les actions posées donnent des résultats, mais les défis restent nombreux et le travail doit se poursuivre. Au cours de la prochaine année, le volet marketing de la SRMO retiendra assurément l'attention. Afin de doter le réseau témiscabibien d'une force de frappe lors des activités de recrutement qui se déroulent dans la région et ailleurs, une nouvelle identité visuelle a été développée. Celle-ci sera déployée au cours de l'exercice 2014-2015, notamment sur une nouvelle plateforme web et des outils promotionnels revampés. Cette image de marque permettra à la région de se démarquer et de se positionner de façon optimale à l'échelle provinciale. Elle sera également utilisée pour faire la promotion des emplois en santé et services sociaux auprès des élèves du secondaire de l'Abitibi-Témiscamingue. Prêt pour un nouveau souffle au plan du recrutement?

C'était là quelques-uns des grands défis qui attendent le réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue au cours des années à venir. Afin de se préparer à y faire face et conformément à la mission qui

lui est conférée par la LSSSS, l'Agence a posé des actions et mené plusieurs interventions au cours de l'année 2013-2014. Elles vous sont présentées dans les pages qui suivent.

AFFAIRES MÉDICALES

Clientèle orpheline

Le Plan d'organisation de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux prévoit la création, par les CSSS, d'un guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien sur leur territoire de desserte respectif.

La prise en charge de cette clientèle dite orpheline fait partie de la responsabilité populationnelle que doivent assumer les CSSS, en lien avec la responsabilité du DRMG en matière d'organisation des services médicaux de première ligne.

Chaque CSSS doit identifier, à l'intérieur de sa structure ou en collaboration avec ses partenaires du réseau, un mécanisme de réception et de traitement des demandes en lien avec une évaluation de la condition de santé des clients orphelins. Lorsque la situation le requiert, un processus d'orientation de la clientèle est prévu avec le médecin coordonnateur. Le processus de prise en charge est déterminé par le CSSS concerné. Par conséquent, les CSSS ont identifié un coordonnateur du mécanisme ainsi que des critères de priorité. Ils ont aussi convenu, avec les médecins de leur territoire, des modalités de répartition de la clientèle.

Afin d'optimiser le processus d'inscription et de permettre à un plus grand nombre de personnes de s'inscrire au guichet d'accès, la région a élaboré un formulaire Web qui est accessible à partir du site Internet de l'Agence. Des travaux d'amélioration du formulaire sont prévus en 2014-2015.

Groupes de médecine de famille

La population des cinq territoires de CSSS de la région bénéficie de sept GMF accrédités par le MSSS, soit :

- GMF Vallée-de-l'Or;
- GMF des Aurores-Boréales;
- GMF du Centre de santé de Témiscaming;
- GMF Harricana (Amos);
- GMF Les Eskers d'Amos;
- GMF de Rouyn-Noranda;
- GMF TémiscaVie de Ville-Marie.

Une table régionale de concertation regroupant tous les GMF de la région tient des rencontres six fois par année. Les médecins des GMF travaillent en étroite collaboration avec les infirmières pratiquant en GMF pour une meilleure continuité des services.

Dix ans après la mise en place des GMF, voici le portrait en Abitibi-Témiscamingue :

- 120 médecins exercent en GMF;
- 76 343 personnes sont inscrites;
- 31 872 personnes inscrites sont dites vulnérables, pour un ratio de 41,8 % en comparaison à 40,3 % dans l'ensemble du Québec.

↳ *Informatisation des groupes de médecine de famille*

Attente administrative

Objectif	Déploiement du dossier médical électronique (DMÉ).		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Proportion des GMF informatisés et disposant de toutes les fonctionnalités prévues	100 %	S.O.
	Déploiement du DMÉ dans les GMF de la région	Le choix du DMÉ est revu par les GMF. Une solution d'alimentation des DMÉ est en cours d'élaboration	DMÉ déployé dans 6/7 GMF privés ou mixtes de la région
Commentaires	L'Agence et les GMF ont mené des travaux importants en 2013-2014 afin de déployer le DMÉ dans les GMF privés ou mixtes de la région ainsi que dans les cliniques médicales. Des travaux sont toujours en cours afin d'alimenter les DMÉ avec les données de laboratoires, d'imagerie et de médicaments (en lien avec le DSQ). Ils visent à identifier différents scénarios permettant d'acheminer l'ensemble des résultats et des données cliniques vers le DMÉ. Des problèmes techniques vécus à l'échelle régionale empêchent le DMÉ de recevoir toutes les données voulues.		

 **Plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine générale et en spécialité**

Attente administrative

Objectif	Atteindre les PREM par le recrutement et le maintien des effectifs médicaux.		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Nombre d'ajouts signifiés au PREM en médecine générale	11 ³	10 médecins
	Nombre de postes autorisés au PREM en médecine spécialisée	129	168 médecins ⁴

³ Une dérogation demandée au PREM 2013 (décembre 2012 à novembre 2013) a été acceptée, ce qui fait passer le résultat de 2012-2013 de dix à onze médecins.

⁴ Les trois spécialistes œuvrant en santé communautaire au sein de l'Agence sont comptés au Plan d'effectifs médicaux de Rouyn-Noranda.

Commentaires	<p><i>Médecine générale</i> : Le MSSS a accordé à la région un ajout de dix médecins omnipraticiens à son PREM de 2014 (qui couvre la période de décembre 2013 à novembre 2014). Le DRMG a émis dix avis de conformité.</p> <p>Mentionnons qu'une situation particulière a permis à la région de recruter un médecin de plus que le nombre prévu. En novembre 2013, un poste a été accepté en dérogation au PREM de 2013, ce qui a eu pour effet de libérer un poste au PREM de 2014.</p> <p>Les efforts de recrutement doivent se poursuivre afin de répondre adéquatement aux besoins de la population qui sont estimés à 212 équivalents temps complet (ETC) en médecine générale. Au 31 mars 2014, la région comptait 177 omnipraticiens. Ce nombre a diminué depuis le PREM de 2011 si bien que la région se retrouve avec le même nombre d'omnipraticiens qu'avant 2008.</p> <p><i>Médecine spécialisée</i> : Les effectifs médicaux en médecine spécialisée totalisent 133 médecins au 31 mars 2014, comparativement à 129 au 31 mars 2013. Le PREM en spécialité compte 168 postes autorisés.</p> <p>À la suite d'une analyse des besoins effectuée dans tous les établissements de la région, l'Agence a identifié les principales disciplines en pénurie pour chacun des CSSS. La région reçoit également les curriculum vitae de candidats étrangers inscrits à Recrutement santé Québec ayant reçu un avis favorable de la part du Collège des médecins du Québec. Ces curriculum vitae sont acheminés aux CSSS afin qu'ils saisissent cette opportunité d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés.</p> <p><i>Recrutement</i> : L'Agence, les CSSS ainsi que des médecins de la région ont participé à plusieurs événements de recrutement au cours de l'exercice 2013-2014, notamment la Journée Carrière 2013 ainsi que d'autres activités menées par l'équipe de Soutien aux régions pour le recrutement des omnipraticiens et des spécialistes (SARROS). Les candidats ciblés lors de ces activités sont les étudiants en médecine (doctorat) ainsi que les externes des quatre facultés du Québec et les résidents en cours de formation dans les UMF.</p> <p>Des démarches se poursuivent afin de faire avancer les dossiers suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'amélioration des mesures incitatives significatives pouvant accroître l'intérêt des jeunes médecins à s'installer et pratiquer en Abitibi-Témiscamingue; • l'amélioration des règles de gestion des PREM pour les régions éloignées; • le recrutement de médecins dans les CSSS où les besoins sont particulièrement criants; • l'instauration de critères objectifs sur la répartition des postes autorisés au PREM à travers les territoires.
--------------	--

Tableau 12 : Plan régional d'effectifs médicaux en médecine générale et en médecine spécialisée pour l'Abitibi-Témiscamingue

	<i>PREM 2013-2014</i>	<i>Situation au 31 mars 2014</i>	Besoin
MÉDECINE GÉNÉRALE			
Omnipraticiens (ETC)	212	177	35
MÉDECINE SPÉCIALISÉE			
Allergie et immunologie clinique	1	1	0
Anatomopathologie	6	4	2
Anesthésiologie	19	17	2
Biochimie médicale	1	1	0
Cardiologie	2	1	1
Chirurgie générale	13	11	2
Chirurgie orthopédique	6	6	0
Chirurgie plastique	2	1	1
Dermatologie	3	1	2
Endocrinologie	1	0	1
Gastro-entérologie	3	5	-2
Gériatrie	2	0	2
Hématologie et oncologie médicale	3	2	1
Médecine d'urgence	2	1	1
Médecine interne	16	10	6
Médecine nucléaire	1	1	0
Microbiologie médicale	1	1	0
Néphrologie	2	0	2
Neurologie	5	5	0
Obstétrique-gynécologie	13	12	1
Ophtalmologie	4	3	1
Oto-rhino-laryngologie	3	3	0
Pédiatrie	16	16	0
Physiatrie	1	0	1
Pneumologie	3	4	-1
Psychiatrie (adulte)	18	13	5
Psychiatrie (pédo)	3+2 ⁵	3	0
Radiologie diagnostique	9	5	4
Rhumatologie	2	0	2
Santé communautaire	4	3	1
Urologie	3	3	0
TOTAL des spécialités	168	133	35

Tableau 13 : Effectifs médicaux en médecine générale et en médecine spécialisée

RLS	PREM Besoin en ETC omnipraticiens	Omnipraticiens au 31 mars 2014	PREM Besoin en ETC spécialités	Spécialistes au 31 mars 2014
CSSS de la Vallée-de-l'Or	57	46	51	42
CSSS de Rouyn-Noranda	49	48	53	43
CSSS des Aurores-Boréales	34	29	18	8
CSSS du Témiscamingue				
Pavillon Sainte-Famille	20	10	3	1
Pavillon Témiscaming-Kipawa	9	4	0	0
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	39	36	43	39
Agence (santé communautaire)	4	4	0	0
TOTAL	212	177	168	133

⁵ Deux postes d'opportunité de recrutement additionnelle (ORA).

 Unités de médecine familiale

Les UMF représentent les lieux de formation pour les étudiants en médecine ainsi que pour les médecins résidents qui se destinent à la pratique de la médecine familiale. Les CSSS de la région ont mis beaucoup d'efforts afin d'offrir des places de formation dans leur milieu, car les UMF sont de formidables outils de recrutement qui contribuent à atteindre les objectifs de remplacement de la main-d'œuvre médicale.

Trois des quatre universités qui assurent la formation en médecine ont maintenant des UMF dans quatre des cinq territoires de CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue, soit : Rouyn-Noranda, Vallée-de-l'Or, Les Eskers de l'Abitibi et des Aurores-Boréales.

Au cours de l'année, le CSSS de la Vallée-de-l'Or a poursuivi l'avancement d'un projet de construction d'une nouvelle UMF dans le but d'offrir un milieu d'enseignement optimal et de recevoir plus de résidents en provenance de l'Université McGill. Cette nouvelle UMF permettra d'accueillir six résidents de première année (R1) et six résidents de deuxième année (R2). De plus, ces nouveaux locaux donneront la possibilité aux nouveaux médecins d'effectuer leur pratique à l'intérieur même de l'UMF. Parce que la nouvelle bâtisse ne sera pas prête avant plusieurs années, un projet d'aménagement d'une UMF temporaire, sous forme de bâtiments modulaires, a aussi été déposé au MSSS. L'objectif est de pouvoir accueillir rapidement un plus grand nombre de résidents afin de pouvoir faire face aux besoins de la population de ce territoire.

ACTIVITÉS RÉGIONALES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Communautés autochtones

De façon générale, l'Agence a poursuivi ses échanges avec les centres de santé des communautés algonquines, participant à des rencontres sur des dossiers en cours, les accompagnant dans leurs projets et répondant à des besoins ponctuels. Elle a participé à différentes rencontres de travail pour rapprocher les centres de santé des communautés et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Signalons aussi que la Direction de santé publique de l'Agence a travaillé en étroite collaboration avec les centres de santé des communautés pour différents dossiers, dont la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et les problématiques de salubrité.

Les intervenants et le personnel infirmier en place dans les communautés sont invités aux formations, colloques, tables régionales et autres événements organisés par l'Agence. Les communiqués de presse produits par l'Agence sont systématiquement transmis aux directrices et aux directeurs des centres de santé, en tenant compte de la spécificité anglophone des communautés de l'ouest.

Au mois d'août 2013, à l'invitation du Centre de santé de Pikogan, plusieurs membres de l'Agence ont participé aux journées de commémoration pour les anciens résidents du Pensionnat de Saint-Marc de Figury.

Les échanges et les rencontres se sont poursuivis avec la communauté de Kitcisakik dans le cadre de la recherche clinique sur l'expérience de vie des femmes et des hommes de cette communauté ainsi que sur différents projets de collaboration.

Projet pilote en santé mentale et dépendances : Les 9 et 10 octobre 2013, l'Agence a tenu une rencontre régionale d'information et d'échanges dans le cadre d'un projet pilote initié par le MSSS et la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL).

Une soixantaine de représentants des établissements du réseau provincial et des communautés algonquines étaient présents. L'objectif était de leur présenter des protocoles de collaboration qui, lorsqu'ils sont mis en place, améliorent la trajectoire de services entre les communautés et les établissements du réseau provincial dans les domaines de la santé mentale et des dépendances.

À la suite de ces deux journées d'échanges, l'Agence a coordonné la planification et la mise en œuvre de ce projet pilote. Sept rencontres ont eu lieu entre les établissements et les communautés concernés.

Les autochtones en milieu urbain

Consciente des problématiques vécues par la population autochtone vivant en milieu urbain, l'Agence a poursuivi sa collaboration avec le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. Elle a appuyé le projet Miskwa Mikana visant à développer un programme de promotion des saines habitudes de vie et de prévention de l'usage des drogues illicites.

Par ailleurs, l'Agence suit les travaux de recherche en cours relativement au phénomène de l'itinérance autochtone en milieu urbain.

Conditions de vie des femmes

À titre de signataire de l'*Entente en matière d'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015*, l'Agence a poursuivi cette année les démarches afin de mettre en œuvre le projet Roxane, une installation interactive développée à l'intention des jeunes afin de promouvoir des relations égalitaires. L'initiative originale est déployée depuis l'automne dans plusieurs secteurs de la région. Un projet pilote sera à l'essai sous peu dans la communauté autochtone de Lac-Simon grâce au soutien financier du Secrétariat à la condition féminine.

Dans le cadre de cette entente, l'Agence poursuit son implication dans l'offre de formation sur la gestion des organisations dédiées à la clientèle féminine. Deux formations ont été offertes cette année.

Finalement, à titre de membre du comité de gestion de l'entente, l'Agence a entériné la proposition consistant à soutenir un projet d'étude afin de dresser un portrait régional de la problématique de la prostitution et des besoins en lien avec celle-ci.

Maltraitance envers les personnes âgées

L'Agence investit beaucoup d'efforts afin de mobiliser les partenaires intersectoriels. En collaboration avec la Table régionale de concertation des aînées, elle a tenu une rencontre qui a permis d'échanger de l'information et de partager des bons coups. Une volonté de mieux coordonner les activités de promotion et de prévention à l'échelle régionale a été exprimée. L'activité a aussi été l'occasion de bonifier la composition de l'instance régionale dont le mandat est de suivre la mise en œuvre du *Plan d'action régional pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2012-2015*.

Au cours de l'année, l'Agence a assisté à des rencontres initiées par l'APPUI pour les proches aidants de l'Abitibi-Témiscamingue et la Société Alzheimer Rouyn-Noranda/Témiscamingue, en vue d'implanter un projet

de référence qui vise à rejoindre les proches aidants avant qu'ils ne soient confrontés à des difficultés (par exemple du surmenage pouvant mener à des situations de maltraitance). Ce projet de référence a débuté au CSSS de Rouyn-Noranda. Le déploiement dans les autres CSSS de la région est souhaité.

Formation : L'Agence a organisé une formation à laquelle 110 intervenants des CSSS et autres partenaires ont pris part. Offerte par un professionnel de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ), l'activité a permis aux participants d'accroître leurs connaissances sur les services et les recours possibles pour protéger les droits des personnes âgées.

Une formation en maltraitance adaptée aux communautés des Premières Nations du Québec est en voie d'élaboration. Ce projet fait suite à une initiative qui a pris place au Témiscamingue en février 2012. La coordonnatrice provinciale des Premières Nations, Mme Édith Picard-Marcoux, en collaboration avec la coordonnatrice régionale au dossier maltraitance envers les personnes âgées à l'Agence, ont réuni des personnes âgées et des intervenants des communautés de Pikogan, de Lac-Simon et de Kitcisakik afin d'échanger sur leurs préoccupations (santé, sécurité, participation, culture).

Qualité des services

Agrément des établissements

Comme le prévoit la LSSSS, tous les établissements publics ou privés ont l'obligation de solliciter un agrément et de franchir toutes les étapes de la démarche. Cet agrément doit être renouvelé tous les quatre ans.

Pour l'année financière en cours, trois établissements de la région ont reçu la visite de l'agrément sur les soins et services qu'ils offrent à la population. Les visites d'évaluation ont été réalisées par Agrément Canada au CSSS de la Vallée-de-l'Or et par le Conseil québécois d'agrément (CQA) au Centre de réadaptation La Maison ainsi qu'au CRDIAT Clair Foyer.

Les rapports issus des trois visites d'agrément font mention de l'engagement des établissements à offrir des soins de santé sécuritaires et de grande qualité ainsi que des mesures de suivi à prendre par les établissements pour répondre à des critères spécifiques.

Rappelons que la démarche d'agrément est un processus complexe qui exige un engagement résolu de la part de la direction et du personnel des

établissements. L'Agence est particulièrement fière de la rigueur démontrée par ceux-ci.

Comités des usagers

Un comité des usagers est présent au sein de chaque établissement du réseau de la santé et des services sociaux. L'Agence assure un soutien à la coordination d'actions régionales qui visent à promouvoir les droits des usagers auprès du plus grand nombre de personnes possibles. Dans la cadre de la Semaine de promotion des droits des usagers qui a eu lieu en février, plusieurs activités ont permis aux comités d'aller à la rencontre de la population régionale. Un calendrier et une nouvelle affiche promotionnelle ont été largement diffusés.

Les comités ont rempli leur mandat avec la collaboration des commissaires aux plaintes et à la qualité des services et le soutien d'une personne-ressource de leur établissement. Ces personnes ont mis en commun des stratégies pour mieux faire connaître les droits des usagers et promouvoir la qualité des services. L'Agence, les présidents et les personnes-ressources des différents comités de la région ont réalisé une démarche visant à établir des priorités et un plan d'action pour les prochaines années. Des rencontres régionales ont eu lieu en vue de la mise en œuvre de ce plan d'action, prévue en juin 2014.

Curateur public

Une séance d'information à l'intention des personnes responsables du dossier du Curateur public au sein du réseau s'est tenue à Rouyn-Noranda, les 9 et 10 octobre 2013. Plusieurs thèmes ont été abordés, dont :

- l'ouverture d'un régime de protection et les mesures de protection provisoires;
- le mandat en prévision de l'inaptitude;
- la réévaluation de l'inaptitude et du besoin de protection;
- les consentements;
- le rôle de tuteur ou curateur;
- la gestion des biens et de la personne;
- les signalements au Curateur public et le traitement des plaintes.

Le responsable du dossier à l'Agence ainsi que quinze représentants des CSSS de la région ont assisté à cette séance d'information.

↳ *Plaintes à l'Agence et auprès des établissements*

Les personnes insatisfaites des services qui mettent en cause les activités de l'Agence, d'un organisme communautaire, d'une ressource d'hébergement en toxicomanie ou jeu pathologique, d'une résidence privée pour aînés et des services préhospitaliers d'urgence peuvent porter plainte auprès du commissaire régional. Celui-ci informe également les personnes sur leurs droits et les assiste selon le cas vers les ressources appropriées pour obtenir des services ou pour formuler une plainte. Le commissaire régional fait connaître la procédure d'examen des plaintes adoptée par le conseil d'administration de l'Agence et fait la promotion des droits des usagers. Au terme de l'examen d'une situation, il formule des recommandations aux instances concernées dans l'optique d'améliorer les services. Finalement, le commissaire régional peut intervenir de sa propre initiative lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés.

Le commissaire régional est responsable du respect des droits des personnes envers le conseil d'administration de l'Agence. À ce titre, il fait rapport de ses activités, en cours d'année, au comité de vigilance et de la qualité et au conseil d'administration de l'Agence.

Le commissaire régional a reçu 38 plaintes au cours de l'année. Au 31 mars 2014, 9 plaintes étaient en cours d'examen. Il a répondu à 194 demandes d'assistance, d'information et de consultation. Il est intervenu de sa propre initiative dans 25 situations impliquant 15 résidences privées pour aînés, pour 3 situations mettant en cause les organismes communautaires, également 3 situations concernant les services préhospitaliers d'urgence et 4 situations concernant les établissements du réseau, qui ont été référées aux commissaires locales concernées. Le nombre de plaintes a connu une augmentation en 2013-2014 avec

38, comparativement à 23 en 2012-2013, tandis que le nombre d'interventions a augmenté avec 25 dossiers en 2013-2014, comparativement à 8 en 2012-2013.

Lorsqu'ils sont insatisfaits par rapport à des services qui sont dispensés par un établissement, les usagers peuvent porter plainte auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Tout comme le commissaire régional, les commissaires des établissements peuvent formuler des recommandations et proposer des mesures correctives dans le but d'améliorer les services et de rétablir une situation qui porte atteinte aux droits de l'usager et à la qualité des services. Au même titre que le commissaire régional, la LSSSS permet aux commissaires des établissements d'intervenir de leur propre initiative pour assurer le respect des droits des usagers. Ils assurent aussi le respect du code d'éthique de l'établissement.

En 2013-2014, les commissaires des établissements ont reçu 264 plaintes. Au 1^{er} avril 2013, 29 plaintes étaient en voie de traitement, ce qui porte le nombre total de plaintes à 293. De ce nombre, 260 plaintes ont été conclues. Au 31 mars 2014, 33 plaintes étaient en cours d'examen.

En 2013-2014, les médecins examinateurs de la région ont reçu 50 plaintes. Au 1^{er} avril 2013, 27 plaintes étaient en cours d'examen pour un total de 77 au cours du plus récent exercice. De ce nombre, 35 plaintes ont été conclues durant d'année alors que 42 étaient en cours d'examen au 31 mars 2014.

Tableau 14 : Bilan des plaintes, interventions, demandes d'assistance, de consultation et d'information

	2013-2014
Plaintes reçues	38
Demandes d'assistance, d'information et de consultation	194
Interventions	25
TOTAL	257

Tableau 15 : Plaintes examinées par les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services

Mission d'établissement	Plainte en voie de traitement au 1 ^{er} avril 2013	Plainte reçue durant l'exercice	Total	Plainte conclue durant l'exercice	Plainte en voie de traitement au 31 mars 2014	Plainte transmise au 2 ^e palier (Protecteur du citoyen)
CH	16	146	162	138	24	4
CLSC	2	28	30	29	1	0
CHSLD	4	34	38	37	1	1
CRDI	0	3	3	3	0	1
CRDP	0	3	3	1	2	0
CRJDA	2	15	17	13	4	0
CPEJ	5	35	40	39	1	4
CR dépendance	0	0	0	0	0	0
TOTAL	29	264	293	260	33	10

Tableau 16 : Plaintes traitées par les médecins examinateurs dans les CSSS

Mission d'établissement	Plainte en voie de traitement au 1 ^{er} avril 2013	Plainte reçue durant l'exercice	Total	Plainte conclue durant l'exercice	Plainte en voie de traitement au 31 mars 2014	Plainte transmise au 2 ^e palier (comité de révision)
CH	27	47	74	32	42	1
CLSC	0	3	3	3	0	0
CHSLD	0	0	0	0	0	0
TOTAL	27	50	77	35	42	1

↳ *Prestation sécuritaire des soins et services*

Depuis le 1^{er} avril 2009, les incidents et accidents qui surviennent lors de la prestation d'un soin de santé doivent être déclarés par les établissements. Ces données sont saisies par l'entremise d'un formulaire (AH-223). Cette année, une démarche de révision a entraîné une refonte du formulaire en question. Des modifications importantes ont été apportées afin de favoriser une harmonisation dans l'interprétation des définitions des événements qui peuvent survenir dans les établissements. Le MSSS a produit ses quatrième et cinquième rapports semestriels au plan national. Les résultats du cinquième rapport indiquent qu'en Abitibi-Témiscamingue, les événements les plus déclarés sont les erreurs liées à la médication (37 %) ainsi que les chutes (29 %).

Les établissements ont entrepris des travaux qui ont permis d'améliorer les façons de faire actuelles, mais également d'instaurer de nouvelles pratiques, notamment au plan de la prévention des chutes (un comité d'amélioration du programme de prévention des chutes en soins de longue durée a été mis en place) et de la double identification des usagers (un registre a été implanté).

↳ *Recommandations du coroner*

À la suite des conclusions et recommandations du coroner, l'Agence assure une coordination auprès des établissements et des ressources d'hébergement. Cette année, les conclusions de deux rapports ont fait l'objet d'un suivi par l'Agence, l'un auprès des propriétaires et responsables des résidences privées pour aînés (RPA) et l'autre auprès d'une RPA en particulier. Dans le premier cas, un problème majeur dans l'utilisation de lits rabattables horizontaux a été identifié. Les vérifications faites par l'Agence ont permis de s'assurer qu'aucune résidence de la région n'utilisait ce type d'équipement. Dans le second cas, l'Agence a effectué un suivi auprès de la résidence concernée afin de s'assurer que la recommandation en lien avec l'accès au sous-sol du bâtiment soit appliquée.

↳ *Visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD*

Au cours de l'exercice 2013-2014, des visites d'évaluation se sont déroulées dans cinq installations réparties dans deux CSSS de la région, soit les CSSS de la Vallée-de-l'Or et du Témiscamingue. Chaque visite a été faite par une équipe composée d'un représentant du MSSS et du responsable des visites d'évaluation de l'Agence.

En plus d'une visite des lieux physiques, des rencontres informelles avec des résidents, des membres du comité des usagers et des intervenants ont eu lieu et des observations ont été faites quant à l'organisation du travail. Tous ces éléments ont permis à l'équipe de prendre le pouls des environnements physique et humain de chacune des installations visitées.

À la suite des recommandations formulées dans les rapports de visite, les directions des établissements concernés ont présenté un plan d'action. L'Agence a assuré un suivi rigoureux des plans soumis, notamment en apportant du soutien afin de faciliter la mise en place des recommandations et en retournant sur place.

Les établissements prennent au sérieux les recommandations ministérielles. Chaque visite subséquente permet de constater les améliorations qui sont apportées à la qualité des différents milieux de vie.

Mentionnons qu'au cours de l'année 2013-2014, des visites de suivi ont été effectuées dans une installation du CSSS de Rouyn-Noranda qui avait fait l'objet d'une visite d'évaluation au cours de l'exercice 2012-2013.

Services préhospitaliers d'urgence

L'Agence coordonne les services préhospitaliers d'urgence sur son territoire, en conformité avec les orientations, les priorités et les objectifs ministériels. L'objectif de l'Agence est d'assurer aux personnes faisant appel à ces services une réponse appropriée, efficace et de qualité, dans le but de réduire la mortalité et la morbidité des personnes en détresse, et

ce, en vertu de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence.

En Abitibi-Témiscamingue, la chaîne d'intervention préhospitalière est composée des maillons suivants : les premiers intervenants, le centre d'appels 9-1-1, le centre de communication santé, les services de premiers répondants, les services ambulanciers ainsi que les établissements receveurs.

Centre de communication santé de l'Abitibi-Témiscamingue (CCSAT)

Le CCSAT a pour fonction de traiter les appels selon les niveaux de priorité, conformément aux protocoles approuvés par le Ministre, d'affecter et de répartir les ressources préhospitalières disponibles de façon appropriée, efficace et efficiente. Le nombre d'appels traités par le CCSAT est passé de 18 946 en 2012-2013 à 19 278 en 2013-2014, soit une hausse de 332 appels.

Premiers répondants

En avril 2013, le MSSS, en concertation avec le ministère de la Sécurité publique, a pris la décision de doter les véhicules de patrouille de la Sûreté du Québec de défibrillateurs externes automatisés (DEA) au cours des trois prochaines années. La région a commencé le déploiement des DEA dans les véhicules de patrouille des MRC de la Vallée-de-l'Or, du Témiscamingue ainsi qu'à la ville de Rouyn-Noranda. L'utilisation des DEA a

débuté en août 2013 et ils ont été utiles à plusieurs reprises déjà.

Au cours de l'année, deux nouvelles municipalités ont mis sur pied un service de premiers répondants accrédités et qualifiés pour répondre à des urgences vitales. Cela porte à dix le nombre de localités dotées d'un service de premiers répondants dans la région. Les municipalités qui souhaitent développer ce service peuvent demander le soutien de l'Agence.

Les services de premiers répondants sont affectés par le CCSAT pour les appels d'urgence qui requièrent des premiers soins de stabilisation, conformément aux protocoles d'intervention clinique. Les premiers répondants appliquent les protocoles pour prévenir la détérioration de l'état de la personne en détresse. Ils transfèrent la responsabilité des interventions aux techniciens ambulanciers dès leur arrivée.

Services ambulanciers

Cette année, les entreprises ambulancières de la région ont effectué 13 684 transports, comparativement à 13 804 pour l'année précédente, ce qui représente une diminution de 120 transports.

Près de 78 % des transports sont effectués à la suite d'appels de la population. Environ 22 % proviennent des établissements du réseau. Cette proportion est à peu près stable d'une année à l'autre.

Tableau 17 : Nombre de transports ambulanciers selon les territoires

Zone	2012	2013
801 Ambulances Témiscaming	409	332
802 Ambulances Abitémis (Ville-Marie)	892	813
803 Ambulances Abitémis (Rouyn-Noranda)	3 565	3412
804 Ambulances Abitémis (La Sarre)	1 631	1595
805 Ambulances Abitémis (Amos)	1 645	1659
806 Ambulances Val-d'Or	3 553	3842
807 Ambulance Senneterre	465	472
810 Ambulances Abitémis (Malartic)	512	517
811 Ambulances Abitémis (Notre-Dame-du-Nord)	304	343
812 Ambulances Boulay (Parc de La Vérendrye)	89	99
813 Ambulances Abitémis (Cadillac)	257	227
814 Ambulances Abitémis (Barraute)	305	241
820 Ambulance Bella-Meau (Belleterre)	177	132
Répartition des transports en fonction de la provenance		
Transports effectués à la suite d'appels de la population	10 709	10 656
Transports effectués à la suite d'appels des établissements du réseau	3 095	3028
TOTAL	13 804	13 684

Violence conjugale et agression sexuelle

L'Agence a poursuivi tout au long de l'année la coordination et le soutien de la Table régionale de concertation en matière de violence faite aux femmes. Les membres de la Table se sont réunis à trois reprises au cours de l'exercice.

Un comité de travail a été mis sur pied pour organiser une activité annuelle, soit une journée de réflexion. Le thème retenu touchait les technologies de l'information et leur impact en matière de violence conjugale et sexuelle. Tout le travail d'organisation et de planification a été accompli au cours de l'année 2013-2014. L'activité a eu lieu le 9 avril 2014.

Des sommes acheminées par le MSSS dans le cadre des plans d'action gouvernementaux en matière d'agression sexuelle et de violence conjugale ont permis le financement de divers projets pour un

montant total de 63 000 \$. Des appels d'offres de projets ont permis aux membres de la Table de cibler leurs besoins et diverses actions de prévention, notamment les cours d'autodéfense qui ont continué partout dans la région. Ces sommes permettent également de défrayer les coûts liés aux activités de concertation, que ce soit les rencontres régulières ou spéciales.

Finalement, différents acteurs de la région intéressés par le développement de services spécifiques aux agresseurs sexuels se sont rencontrés à plusieurs reprises au cours de l'année. Cette démarche est chapeauté par une firme de consultants grâce à des montants rendus disponibles dans le cadre du *Plan d'action gouvernemental en agression sexuelle 2008-2013*.

Les activités présentées jusqu'ici dans la section 2, l'ont été sous forme de textes, certains accompagnés de tableaux. Vous remarquerez un changement dans les pages qui suivent, où apparaissent les activités en lien avec les *Programmes de services* et les *Programmes de soutien*. Pour chaque thème, un objectif est identifié. Un ou plusieurs indicateurs sont ensuite définis et une cible est fixée. Les résultats obtenus au cours de l'exercice 2013-2014 sont exposés et appuyés par des commentaires. Le suivi de ces indicateurs et les données qui y sont rattachées sont précieux. Ils guident l'Agence dans les interventions à mener et les actions à entreprendre en vue d'améliorer de façon continue les services offerts au sein du réseau régional.

PROGRAMMES DE SERVICES

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

↳ Services spécialisés – Troubles envahissants du développement

Attente administrative

Objectif	Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de troubles envahissants du développement (TED).		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant des services ICI	18	14
Commentaires	La cible est atteinte. Au cours de l'année 2013-2014, 14 enfants ont bénéficié de l'approche ICI en Abitibi-Témiscamingue. Quatre usagers de moins que l'an passé ont été desservis puisque 3 d'entre eux sont passés dans le groupe des usagers de 6 ans ou plus et 1 autre a quitté la région. Dans le cadre de leur programme de prévention et de dépistage des retards de développement, les CSSS assurent une vigie particulière pour deux groupes d'âge critiques, soit 18 mois et 3 ans.		

Attente administrative

Objectif	Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociale pour les personnes ayant un TED.		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Nombre de personnes de 6 ans ou plus recevant un service spécialisé (TED)	113	97
Commentaires	La clientèle des 6 ans ou plus a connu une augmentation de 16,8 %. En fait, 35 personnes de plus que la cible fixée ont reçu un service spécialisé. Le dépistage continue de progresser dans la région. Les diagnostics de TED, particulièrement de type Asperger et de TED non spécifié, sont plus fréquents.		

↳ *Soutien à domicile – Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement*

Attente administrative

Objectif	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinée aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins.		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	514	330
	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile de la part des CSSS (mission CLSC) par usager DI et TED	7,48	7
Commentaires	<p>Dans la région, 148 usagers de plus que la cible prévue ont été desservis. Malgré ce résultat, 36 usagers de moins que l'an dernier ont reçu des services.</p> <p>Cette année encore, le nombre moyen d'interventions par usager demeure au-dessus de la cible provinciale.</p>		

Attente administrative

Objectif	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées.		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Nombre d'usagers ayant une DI ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	207	220
Commentaires	<p>La région a dépassé les attentes en desservant 15 usagers de plus que la cible. Si on compare avec l'exercice précédent, la hausse atteint 28 usagers, soit un écart de près de 14 %.</p>		

 Déficiência physique↳ *Optimisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive***Attente administrative**

Dans le cadre des différents dossiers régionaux d'optimisation, un comité de travail ayant pour mandat de donner un avis éclairé sur des propositions d'amélioration du modèle régional d'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) qui tiennent compte des données régionales sur les clientèles et les ressources dans une perspective d'optimisation tout en plaçant le client au centre de l'organisation des services a été créé en novembre 2011.

Au printemps 2013, différentes propositions pour le regroupement des services de RFI sur une unité de 15 ou 20 lits ont été déposées. À la lumière de ces travaux, il apparaît que des transformations sont nécessaires pour répondre aux besoins actuels et anticipés de la clientèle pouvant requérir des services de RFI. L'identification et l'adoption d'un nouveau modèle régional d'organisation des services sont prévues en 2014-2015.

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

L'Agence a poursuivi les actions entreprises au cours des cinq dernières années dans le cadre des plans d'action triennaux à l'égard des personnes handicapées.

Le troisième plan d'action (pour les années 2013 à 2016) a été adopté par le conseil d'administration en juin 2012.

Voici les principales actions qui ont été posées au cours de l'exercice 2013-2014 :

- Poursuite des travaux visant à rendre le site Web de l'Agence conforme aux nouvelles normes d'accessibilité.
- Élaboration d'un nouveau guide à l'intention des responsables qui doivent exécuter les procédures d'évacuation en cas d'urgence. Le guide a été présenté au personnel de l'Agence ainsi qu'aux responsables concernés dans les CSSS.
- Élaboration d'un guide à l'intention des responsables à l'accueil, aux plaintes et aux ressources humaines afin qu'ils connaissent les attitudes et les comportements à adopter avec les personnes handicapées, selon les types de déficiéncie. Le guide a été présenté au personnel de l'Agence ainsi qu'aux responsables concernés dans les CSSS.

↳ *Services spécialisés*

Attente administrative

Objectif	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique.		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	2 261	2 346
			Résultat 2013-2014
			2 206
Commentaires	<p>Le résultat de l'année 2013-2014 correspond à 94 % de la cible fixée; l'objectif n'est pas atteint. Comparativement à l'exercice précédent, 55 usagers de moins ont été rejoints, ce qui représente une diminution de 2,4 %.</p> <p>Notons cependant que la liste d'attente pour recevoir un premier service spécialisé est à la baisse. Au 31 mars 2013, elle comptait 194 usagers. Elle en compte maintenant 168, soit une diminution de 13,4 %. Cette liste est composée en majorité de personnes présentant une déficience motrice (57 %), suivies des personnes ayant une déficience auditive (18 %). Le fait qu'un professionnel ne soit pas remplacé lorsqu'il s'absente a un impact important sur la gestion de la liste d'attente.</p>		

↳ *Soutien à domicile*

Attente administrative

Objectif	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées.		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1 799	1 481
	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile de la part des CSSS (mission CLSC) par usager (déficience physique)	18,28	14,7
			Résultat 2013-2014
			28,74
Commentaires	<p>La clientèle rejointe par les services de soutien à domicile a diminué de 371 personnes par rapport à l'an dernier. Cette baisse de 20,6 % fait en sorte que la région n'atteint pas sa cible. Cette diminution s'explique en partie par les travaux d'optimisation amorcés dans chacun des CSSS et qui ont mené à une révision des besoins de la clientèle.</p> <p>Quant au nombre moyen d'interventions par usager en soutien à domicile, il se situe au-delà de la cible et l'écart a augmenté par rapport à 2012-2013.</p>		

Attente administrative

Objectif	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées.		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Nombre d'utilisateurs ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	214	214
Commentaires	La cible est atteinte et les résultats restent stables.		



↳ Jeu pathologique

Attente administrative

Objectif	Accroître l'accessibilité aux services spécialisés en jeu pathologique.		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	93 usagers	70 usagers
Commentaires	<p>Une baisse significative du nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique est observée pour 2013-2014. Le centre de réadaptation en dépendance, le Centre Normand, explique cette baisse par le fait que l'accessibilité aux appareils de loterie vidéo (ALV) a été réduite dans plusieurs secteurs de la région. À Amos et La Sarre notamment, plusieurs ALV ont été retirés de différents lieux publics comme des hôtels et des bars.</p> <p>En ce sens, le Centre Normand observe une baisse significative du nombre de références des intervenants de première ligne pour des services spécialisés en jeu pathologique dans les territoires des CSSS des Aurores-Boréales, Les Eskers de l'Abitibi, de Rouyn-Noranda et du Témiscamingue. Seuls les intervenants du territoire du CSSS de la Vallée-de-l'Or continuent de référer de façon significative vers les services spécialisés en jeu pathologique.</p> <p>Notons que cette baisse s'inscrit dans une tendance observée à l'échelle provinciale, selon le MSSS.</p>		

↳ Toxicomanie – Services de première ligne

Attente administrative

Objectif	Assurer l'accès au programme Alcochoix+ dans chaque territoire de CSSS.		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Nombre de CSSS dotés du programme Alcochoix+	5/5	5/5
Commentaires	<p>Le programme Alcochoix+ est accessible sur l'ensemble du territoire témiscabitibien. Une formation Alcochoix+ offerte en mars 2014 a permis de former l'intervenante en dépendance du Pavillon Témiscaming-Kipawa.</p> <p>Au cours de l'année 2013-2014, 45 personnes ont bénéficié du programme Alcochoix+ en Abitibi-Témiscamingue, comparativement à 35 au cours de l'exercice précédent.</p>		



↳ Ententes de collaboration CSSS-Centre jeunesse

Attente administrative

Afin d'assurer la continuité, la complémentarité ainsi que l'harmonisation des pratiques dans les services rendus aux jeunes en difficulté et leur famille, le MSSS a produit un cadre de référence pour les ententes de collaboration CSSS-Centre jeunesse. Ce cadre de référence a été présenté à la Table programme-services Jeunes en difficulté (JED).

Des travaux ont débuté en 2013 dans le but de bonifier les ententes de collaboration déjà en place dans chaque territoire de CSSS. La signature des nouvelles ententes devrait être complétée au cours de l'exercice 2014-2015.

↳ Jeunes et leur famille en difficulté – Services de première et deuxième ligne

Attente administrative

Objectif Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux.

Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	3 080	2 200	3 086
Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6,48	7	7,32

Commentaires La cible est atteinte pour les deux indicateurs. Le nombre moyen d'interventions par usager a augmenté comparativement à l'année précédente. Un suivi réalisé cette année auprès de certains établissements a toutefois permis d'identifier des lacunes dans la saisie des données. Celles-ci ont pu être corrigées, mais un suivi régulier s'avérera nécessaire afin de s'assurer que la saisie des données par les intervenants demeure juste et adéquate.

Attente administrative

Objectif Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) :

- dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu;
- dans un délai moyen d'attente de 20 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse;
- dans un délai moyen d'attente de 14 jours calendrier pour la prise en charge en vertu de la LSJPA.

Indicateur	Résultat* 2012-2013	Cible* 2013-2014	Résultat* 2013-2014
Délai moyen d'attente à l'évaluation en Protection de la jeunesse (en jours)	9,77	12 (16)	14,18
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse (en jours)	5,56	20	5,50
Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA (en jours)	8,17	14	2,60

Commentaires Les cibles sont atteintes pour deux des trois indicateurs. L'augmentation du délai moyen d'attente à l'évaluation des signalements s'explique en grande partie par une hausse considérable des signalements reçus et retenus combinée à des difficultés de recrutement. Depuis l'arrivée de la loi 28 (projet de loi 21) concernant les actes réservés, des difficultés de recrutement se sont fait ressentir à plusieurs périodes.

* Les résultats et la cible incluent la clientèle autochtone sur réserve.

↳ Nouveau processus de formation

Attente administrative

Dans le cadre du développement des pratiques cliniques pour les jeunes en difficulté, le MSSS a modifié les orientations régissant le programme de formation.

L'Agence est maintenant responsable de faire la collecte des besoins de formation pour l'ensemble des établissements de la région, tout en tenant compte des priorités ministérielles. Ceux-ci doivent compléter leurs demandes de formation. L'Agence en fait ensuite l'analyse et les soumet au MSSS. Les formations retenues sont annoncées et les coûts sont défrayés par un financement provenant du MSSS.

L'Agence doit s'assurer que les formations acceptées soient déployées durant l'année financière en cours et qu'elles soient accessibles à l'échelle régionale.

↳ *Plan de services individualisé et intersectoriel*

Préoccupation régionale

Une des priorités ciblées dans les orientations ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport-ministère de la Santé et des Services sociaux (MELS-MSSS) est de doter la région d'un cadre de référence pour l'élaboration de plans de services individualisés et intersectoriels (PSII). Un cadre de référence a donc été produit en 2013. Une tournée des territoires pour la présentation de cet outil a été amorcée et devrait se poursuivre en 2014-2015.

↳ *Services d'intervention en situation de crise*

Attente administrative

Objectif	Augmenter le nombre de familles bénéficiant d'un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu.		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Nombre d'usagers desservis par les programmes d'intervention immédiate et intensive	205	ND
Commentaires	Des services d'intervention en situation de crise et de suivi intensif dans le milieu sont offerts aux familles de l'Abitibi-Témiscamingue depuis l'automne 2011. Une grille est complétée dans chaque territoire comme outil d'analyse et le suivi est assuré par la Table programme-services JED.		

↳ *Services en négligence*

Attente administrative

Objectif	Offrir des services en négligence dans l'ensemble des territoires de CSSS.		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Proportion de territoires de CSSS ayant un programme d'intervention en négligence	80 %	100 %
Commentaires	Tous les territoires offrent présentement des services aux familles aux prises avec une problématique de négligence. Un cadre de référence a été produit pour chaque CSSS afin de soutenir la mise en place du service. Les interventions préconisées répondent à l'ensemble des standards de l'offre de service jeunesse dans la mesure des ressources existantes dans le milieu. Le suivi est assuré par la Table programme-services JED.		

↳ *Table programme-services Jeunes en difficulté*

Préoccupation régionale

Afin de faire face aux enjeux liés à l'intégration des services et à l'optimisation des processus, l'Agence et les établissements ont convenu de bonifier le modèle de concertation régionale.

Pour ce faire, une Table programme-services JED a été mise en place lors du Comité de coordination du réseau de la santé et des services sociaux (CCRSSS) du 30 mai 2013. Son rôle consiste à superviser les travaux nécessaires à la mise en œuvre des orientations régionales et nationales à l'égard des services offerts aux jeunes en difficulté.

Un comité directeur assure la mise en œuvre des orientations ainsi que le suivi des priorités. Il peut, au besoin, former des groupes de travail.

Le comité directeur produit un bilan annuel de ses activités qui doit être présenté au CCRSSS au plus tard le 30 juin de chaque année.



↳ Services de première et deuxième ligne

Attente administrative

Indicateur*	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
Pourcentage d'usagers dont les services spécifiques de santé mentale de première ligne en CSSS ont débuté à l'intérieur de 30 jours	Moyenne de 311 usagers en attente depuis plus de 30 jours (277 au 31 mars 2013)	102,5 usagers en moyenne	273 usagers en moyenne par période (247 au 31 mars 2014)
Pourcentage d'usagers dont les services spécialisés de santé mentale de deuxième et troisième ligne en CSSS ont débuté à l'intérieur de 60 jours	Moyenne de 8 usagers en attente depuis plus de 60 jours (0 au 31 mars 2013)	24,1 usagers en moyenne	0,3 usager en moyenne par période (1 au 31 mars 2014)

Commentaires Pour les services de première ligne, la cible n'est pas atteinte ni pour la clientèle de moins de 18 ans (53), ni pour les adultes (220). Deux CSSS (du Témiscamingue et des Aurores-Boréales) obtiennent les résultats escomptés pour les adultes et un (des Aurores-Boréales) pour les moins de 18 ans. L'écart avec la cible est plus prononcé au CSSS de la Vallée-de-l'Or avec une moyenne de 32 usagers en attente à l'enfance et de 90 à l'adulte.

L'implantation du modèle en pédopsychiatrie fait en sorte que tous les enfants orientés en santé mentale ont d'abord accès à des services de première ligne. Certains d'entre eux seront dirigés vers les services de deuxième ligne impliquant un suivi conjoint avec un médecin spécialiste. Cependant, le manque de médecins spécialistes a pour effet d'augmenter la clientèle desservie en première ligne.

Dans la région, ce sont les mêmes équipes qui interviennent en première et en deuxième ligne, leur tâche étant influencée par la présence ou non au dossier d'un psychiatre ou d'un pédopsychiatre. Ainsi, 95 % de la clientèle de moins de 18 ans est considérée comme étant desservie en première ligne. Chez les adultes, cette proportion est de 88 %. Le Plan d'action en santé mentale recommande un taux de 70 %.

Quant à l'attente pour l'accès aux services de deuxième ligne, la cible est atteinte tant chez les jeunes (0) que chez les adultes (0,3).

Néanmoins, les difficultés de recrutement et de remplacement de ressources médicales et non médicales nuisent à l'accès aux services de deuxième ligne en santé mentale.

* L'indicateur apparaît tel que formulé par le MSSS. Les systèmes informatiques actuels ne permettant pas d'obtenir des données probantes sur les pourcentages de délais d'accès, les résultats sont fournis en fonction du nombre d'usagers en attente de service.

↳ Services d'urgence

Attente administrative

Objectif	Maintenir ou diminuer la durée des séjours sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale.		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale (en heures)	12,1	12
	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	2,3 %	0,9 %
Commentaires	Les cibles sont atteintes. Soulignons que les résultats pour la santé mentale englobent les personnes de 75 ans ou plus ayant un trouble cognitif et les personnes présentant un problème de dépendance.		
	Tous les CSSS atteignent les objectifs ciblés, sauf en ce qui concerne les séjours de 48 heures ou plus pour les CSSS Les Eskers de l'Abitibi (1,5 %) et de la Vallée-de-l'Or (1,4 %).		
	Les résultats se sont nettement améliorés comparativement à l'exercice 2012-2013, notamment au CSSS de la Vallée-de-l'Or avec la mise en place de l'équipe PHARE à l'urgence. Celle-ci voit à l'accueil, l'intervention, la référence et l'évaluation, ce qui permet une évaluation rapide des besoins des usagers et contribue à diminuer la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence.		



↳ Accès au continuum de services pour les accidents vasculaires cérébraux

Attente administrative

Objectif	Organiser les services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral (AVC).			
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
	Implanter un comité neurovasculaire régional	S.O.	Comité implanté	Comité implanté
Commentaires	<p>Depuis janvier 2013, le comité restreint AVC s'est réuni à sept occasions afin de discuter de l'organisation des services en lien avec les orientations ministérielles 2013-2018. Plusieurs documents ont été étudiés. Un protocole de téléthrombolyse standardisé, préparé par le MSSS, est d'ailleurs en voie d'adoption dans tous les CSSS de la région. Chacun des établissements a répondu à un questionnaire dans le but de dresser un portrait de l'organisation en matière de services en AVC.</p> <p>En février 2014, un comité neurovasculaire régional permanent était implanté. Son mandat est d'orienter les travaux qui seront nécessaires afin que chacun des CSSS de la région soit en mesure de répondre aux critères d'un centre primaire, toujours selon les orientations du MSSS. Les centres primaires sont des CSSS offrant des services complets en soins de l'AVC, tout au long d'un continuum qui part de la sensibilisation du public, en passant par la prévention de l'AVC, la prise en charge des patients en phase hyperaiguë et aiguë, la réadaptation post-AVC et la réintégration dans la communauté.</p>			

↳ Centre virtuel de santé et de services sociaux

Préoccupation régionale

Objectif	Déployer le Centre virtuel de santé et de services sociaux (CvSSS).			
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
	Déploiement du CvSSS	Soutien au déploiement	Soutien continu au déploiement	Déploiement du CvSSS complété
Commentaires	<p>Le déploiement du CvSSS est maintenant complété. Selon le bilan 2013-2014 du RUIS McGill concernant l'utilisation des solutions de visioconférence en Abitibi-Témiscamingue, à la fin de la période 13, on recensait : 1 032 activités de formation et de téléformation, 297 activités de téléconsultation, 1 325 activités de nature administrative ainsi que quelques activités dans le domaine de la recherche, pour un total de 2 661 utilisations. Ces activités ont été compilées par le Centre d'excellence et de coordination de la télésanté (CECoT) du CUSM.</p>			

Au premier trimestre de l'année 2013-2014, l'Abitibi-Témiscamingue s'est classée au troisième rang (après le Nord-du-Québec et le Nunavik) quant au volume d'utilisation de la visioconférence par 100 000 habitants, tous types d'activités confondus.

Cependant, le domaine des activités cliniques doit continuer à se développer. En ce sens, en 2013, un nouveau service de dépistage de la rétinopathie diabétique à distance a été déployé dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James. Le CSSS de la Vallée-de-l'Or s'occupe de la prise en charge des consultations en ophtalmologie et des traitements au laser. Les patients qui doivent avoir une chirurgie sont dirigés au CUSM, selon le corridor tertiaire des Cris. Un autre projet est en voie de se concrétiser, soit la lecture et l'interprétation à distance des tests de réactivité fœtale. Il implique l'Abitibi-Témiscamingue, le Nord-du-Québec et les Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Ces différents projets permettent d'offrir des soins et des services de haute qualité tout en évitant des déplacements pour les patients. L'équipe de télésanté du CUSM accorde un soutien précieux aux CSSS qui développent de nouvelles activités ou services en télésanté.

↳ Lutte contre le cancer

Préoccupation régionale

Objectif	Assurer le soutien clinique aux professionnels impliqués auprès de la clientèle atteinte d'un cancer.			
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
	Activités de soutien variées	Formations, supervision et échanges cliniques	Formations, supervision et échanges cliniques	Réalisé
Commentaires	<p><i>Soutien à l'interdisciplinarité</i> : Au cours de l'année 2013-2014, plusieurs formations ont été offertes aux intervenants en cancérologie. De plus en plus de formations sont accessibles par webinaire ou en visioconférence, ce qui évite les déplacements. En janvier 2014, la Direction québécoise de cancérologie (DQC), en collaboration avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), a inauguré une formation de base en ligne (E-learning) pour les nouvelles infirmières pivots en oncologie (IPO). Il s'agit d'une formation comprenant plusieurs modules que la DQC souhaite offrir à l'ensemble des intervenants en oncologie.</p> <p><i>Communauté de pratique</i> : Afin de soutenir le développement et le maintien des compétences des archivistes et registraires affectés aux registres locaux du cancer, une communauté de pratique s'est mise en place. Des archivistes du Nord-du-Québec et de Gatineau en font également partie. Trois rencontres en visioconférence ont eu lieu en 2013-2014.</p> <p>Différents comités nationaux ont vu le jour cette année. Des représentants de la région ont été nommés pour siéger à quelques-uns de ces comités dont l'objectif est de développer des outils standardisés en cancérologie qui permettront d'uniformiser les soins et services offerts à la population du Québec.</p> <p><i>Comité des thérapies du cancer</i> : Des visioconférences mensuelles sont organisées par le CSSS Les Eskers de l'Abitibi. Différentes histoires de cas sont présentées. Ces activités sont accessibles aux professionnels de l'Abitibi-Témiscamingue et du Nord-du-Québec.</p> <p>Organisée en juin par les oncologues du CSSS Les Eskers de l'Abitibi, la <i>Journée oncologique Abitémis</i> est le rendez-vous des intervenants en cancérologie d'ici et d'ailleurs qui désirent parfaire leurs connaissances dans ce domaine.</p>			

Préoccupation régionale

Objectifs	<p>Implanter un Réseau régional de cancérologie.</p> <p>Implanter un registre local du cancer dans les CSSS visés.</p>			
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
	Réseau régional implanté dans la région	En processus d'implantation	Implantation complétée	Réseau en cours d'implantation
	Registre local du cancer implanté dans chaque CSSS	Phase 2 en cours	Phase 2 en cours	Phase 2 terminée
Commentaires	<p><i>Implantation d'un Réseau régional de cancérologie</i> : Basé sur les principes du Plan directeur de la DQC, le nouveau comité régional de lutte contre le cancer de l'Abitibi-Témiscamingue a été mis sur pied en janvier 2013. Deux rencontres de coordination ont eu lieu. La concertation s'exercera par la consultation des membres des communautés de pratique et des différentes tables régionales déjà existantes. Actuellement, les équipes locales en cancer révisent leur gouverne. Le programme régional et les plans locaux sont développés autour des cinq grandes priorités de la DQC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les soins et les services axés sur les besoins des patients et de la population; • L'intervention précoce contre le développement du cancer; • L'accessibilité des soins et des services; • La qualité des soins et des services; • Le fonctionnement en réseau. <p>L'un des enjeux est de développer la cogestion médicale et clinico-administrative, tant au plan régional que local, et ce, afin de pouvoir s'appuyer sur une organisation structurée unissant les parties prenantes aux trois paliers du système de santé et de services sociaux : établissements, agence et MSSS. Ainsi, les outils, les normes et les innovations circuleront rapidement vers et entre les praticiens sur le terrain.</p> <p><i>Implantation de registres locaux du cancer</i> : La phase 2 du projet qui consistait à implanter un registre local du cancer dans les cinq centres d'oncologie est maintenant terminée. Depuis juin 2013, les données en cancer sont saisies et transmises au Registre québécois du cancer (RQC) grâce au logiciel SARDO (système d'archivage de données oncologiques). Trois registraires en oncologie sont responsables de ces opérations pour l'ensemble des CSSS de la région. D'ici 2016, de nombreuses données à saisir viendront s'ajouter au cadre normatif du MSSS, ce qui aura pour effet d'accroître la charge de travail des registraires. Un plan de main-d'œuvre sera développé pour assurer la pérennité de ce service.</p>			

↳ Soins palliatifs

Attente administrative

Objectif	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs.			
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
	Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	443	391	356
	Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	13,08	16	21,20

Commentaires

Le 5 mai 2013, lors du congrès annuel du Réseau de soins palliatifs du Québec, le MSSS a annoncé un investissement de 15 millions de dollars, dont des sommes consacrées aux soins palliatifs à domicile. En 2013-2014, un montant récurrent a donc été réparti dans chacun des CSSS. Destiné spécifiquement au développement des soins palliatifs à domicile, ce budget visait à augmenter le nombre d'interventions en soutien à domicile en soins palliatifs. Cette hausse peut se traduire de plusieurs façons : une augmentation du nombre de personnes desservies, une augmentation du nombre d'interventions par personne desservie ou les deux. L'objectif ministériel était d'atteindre un nombre de 1 003 interventions supplémentaires par rapport à l'année précédente. Il est spécifié que le point de départ est le nombre d'interventions en soutien à domicile en soins palliatifs inscrit dans le formulaire 503 GESTRED à la période 13 de 2012-2013.

Afin de pouvoir rencontrer le nombre d'interventions supplémentaires ciblé par le MSSS, chaque CSSS devait présenter un plan d'action pour son territoire. En 2013-2014, tous les CSSS ont réussi à augmenter leur nombre d'interventions auprès de la clientèle. Ainsi, la région enregistre 1 802 interventions de plus qu'en 2012-2013.

Quant à la cible concernant le nombre de personnes desservies, seulement deux CSSS (des Aurores-Boréales et du Témiscamingue) l'ont atteint. Il faut cependant noter que tous les établissements ont répondu à toutes les demandes et qu'il n'y a aucune liste d'attente.

La cible ministérielle fixée à 16 interventions en moyenne par personne a été dépassée, sauf pour le CSSS Les Eskers de l'Abitibi. L'établissement a cependant répondu à toutes les demandes d'interventions.



↳ Approche École en santé

Attente administrative

Objectif	Augmenter le nombre d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS).		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Pourcentage d'écoles qui implantent l'AÉS	50,5 % des écoles francophones - 1 école en territoire autochtone	78,86 %
			44,3 % des écoles francophones - 1 école en territoire autochtone
Commentaires	<p>La cible n'est pas atteinte. Il est quand même important de souligner que deux territoires sur cinq ont dépassé le cap de 75 % des écoles qui implantent l'AÉS.</p> <p>Le grand défi demeure la collaboration entre les CSSS et les écoles. L'Agence travaille de concert avec le MELS ainsi que les territoires pour faciliter l'appropriation et le déploiement d'une offre de service en promotion de la santé et prévention. Cette offre de service doit correspondre aux pratiques reconnues comme efficaces en contexte scolaire tout en rencontrant les priorités des CSSS et les besoins des écoles. Cette démarche permettra de valider les attentes signifiées et de rappeler l'accompagnement disponible pour la poursuite de la mise en œuvre de l'AÉS.</p> <p>Des travaux régionaux concernant l'AÉS et l'Entente MELS-MSSS ont eu lieu et se poursuivront en 2014-2015 afin que les deux réseaux se concertent et pour outiller les décideurs responsables de la promotion de la santé et de la prévention dans les deux réseaux.</p>		

↳ Développement des communautés

Préoccupation régionale

L'Agence offre son soutien et son expertise aux communautés territoriales et locales, en tenant compte des besoins exprimés par les milieux. L'approche Développement des communautés se déploie en trois volets :

Soutien au développement des communautés : En 2013-2014, deux communautés ont finalisé leur tableau de bord et cinq autres ont demandé de l'information et du soutien pour amorcer une démarche de planification concertée. Une MRC a reçu un appui professionnel pour appliquer une démarche de tableau de bord sur son territoire, dans le cadre d'une planification territoriale intégrée. La réalisation de ce tableau de bord territorial se veut un exercice structuré, qui fait appel à un large groupe de discussion et s'appuie sur un état de situation, des potentiels de développement et des diagnostics ciblés.

Dans le cadre de l'Alliance pour la solidarité et l'inclusion sociale, les acteurs régionaux ont retenu en 2010 la priorité régionale *Développement des communautés*. La réalisation du plan d'action s'est poursuivie en 2013-2014. Le répondant en développement des communautés a coordonné et animé les travaux de quatre groupes de travail intersectoriels portant sur : la connaissance, la mise en réseau, les ressources pour le soutien des initiatives et la caractérisation des communautés. Ce dernier groupe a mis à jour et publié une nouvelle version du tableau de bord statistique des communautés de la région. Le coordonnateur a aussi participé à l'organisation de deux forums de travail sur la priorité Développement des communautés, le plus récent visant à définir une communauté de pratique régionale et à déterminer son cadre de fonctionnement.

Villes et villages en santé (VVS) : Le répondant régional VVS a poursuivi ses actions d'accompagnement auprès des municipalités membres qui ont exprimé des besoins. La publication de deux numéros du Bulletin de liaison VVS a permis de diffuser les initiatives et de garder le contact avec et entre les membres VVS de la région. En septembre 2013, le bulletin traditionnel a été transformé en bulletin électronique intitulé *Bulletin de liaison*. Il est dorénavant mis à jour de façon continue. Ce nouveau bulletin comprend huit rubriques : initiatives, expériences et projets locaux; bons coups d'ici et d'ailleurs; nouvelles VVS; tableaux de bord des communautés; portraits et profils; outils, pratiques et formation; dossiers régionaux; calendrier. Il est hébergé sur le site Internet de l'Agence.

Programme de sécurité alimentaire : Le programme de sécurité alimentaire appuie les initiatives d'autonomie et de dépannage alimentaires menées par les cinq organismes reconnus en ce domaine dans chacun des territoires de CSSS de la région. Cette année, une somme de 75 629 \$ a été accordée en appui à ces initiatives et une somme non récurrente de 31 811 \$ a été ajoutée pour une troisième année consécutive afin d'améliorer les conditions de vie des personnes les plus démunies. Ce dernier montant est devenu officiellement récurrent pour les années à venir.

↳ Habitudes de vie et maladies chroniques — Dépistage du cancer du sein

Attente administrative

Objectif	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Taux de participation au PQDCS	68,8 %	70 %
Commentaires	<p>À près de 64 %, le taux de participation des femmes de la région au PQDCS est plus élevé que la moyenne provinciale, qui se situe à 58,4 %. Malgré une diminution de 5 points en comparaison avec le taux obtenu en 2012-2013, tous les centres de dépistage désignés (CDD) ont un taux de participation supérieur à 60 %. Le CDD Les Eskers conserve même un taux de participation supérieur (70,1 %) à la norme provinciale (70 %).</p> <p>Pour l'année 2013, la visite de la clinique accréditée de radiologie (CLARA) sur le territoire du CSSS du Témiscamingue, Pavillon Témiscaming-Kipawa, a eu lieu du 26 au 29 avril 2013.</p> <p>Dans le cadre de référence du PQDCS, l'assurance de la qualité est définie par un ensemble de normes et d'exigences fixées par le MSSS. Une deuxième tournée des CDD a été effectuée du 6 mars au 4 avril 2013. Un bilan de cette tournée a été présenté au directeur de santé publique et aux coordonnateurs des CDD. Le plus grand changement observé depuis la tournée de 2008-2009 est en lien avec les efforts déployés par les établissements afin de mettre en place des solutions efficaces pour diminuer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les délais d'attente pour les rendez-vous des mammographies de dépistage; • les délais de lecture des films; • les délais pour la saisie des données dans le SI-PQDCS et la désignation d'un médecin volontaire pour les femmes qui n'ont pas de médecin traitant. 		

↳ *Habitudes de vie et maladies chroniques — Prévention des maladies chroniques*

Préoccupation régionale

Objectif Implanter un modèle intégré de lutte aux maladies chroniques et soutien à tous les niveaux du continuum de services.

Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
Poursuivre l'implantation du programme autogestion des soins en maladies chroniques	4 CSSS sur 5	3 ateliers de groupe dans chacun des 5 CSSS	2 CSSS sur 5 ont réalisé 3 ateliers

Commentaires *Programme d'autogestion des soins en maladies chroniques* : Deux CSSS ont atteint la cible et tenu au moins trois ateliers de groupe au cours de l'année. Voici les résultats par CSSS :

- CSSS de la Vallée-de-l'Or : sept ateliers de groupe;
- CSSS Les Eskers de l'Abitibi : deux ateliers de groupe;
- CSSS de Rouyn-Noranda : deux ateliers de groupe;
- CSSS des Aurores-Boréales : trois ateliers de groupe;
- CSSS du Témiscamingue : aucun atelier.

Au cours de la prochaine année, les efforts se poursuivront afin de faire connaître encore mieux et plus largement le Programme d'autogestion des soins en maladies chroniques, notamment auprès des professionnels de la santé. Pour ce faire, des stratégies sont déjà identifiées. Elles seront mises en place en collaboration avec les directions responsables du programme au sein de chaque CSSS.

Lutte aux maladies chroniques : La campagne de promotion *Plaisirs d'hiver* de Kino-Québec a connu un succès important cette année que le volet *Fort en famille* auquel plus de 1 000 familles de l'Abitibi ont participé. Cette initiative régionale vise à inciter les familles à construire une structure de neige dans leur cour pour courir la chance de mériter un des nombreux prix de participation. Des écoles, des municipalités, des CSSS, tous membres des Regroupements locaux en saines habitudes de vie, ont mis la main à la pâte pour concrétiser ce projet.

Les huit centres d'abandon du tabagisme (CAT) de la région poursuivent leurs activités.

Le comité intersectoriel régional en saines habitudes de vie, piloté par la Direction de santé publique, a intégré une nouveauté dans son projet en formation : le déploiement de sessions de sensibilisation aux environnements favorables aux saines habitudes de vie. Ces sessions s'adressent aux décideurs locaux et régionaux. Elles visent à inciter la mise en place d'environnements physique, socioculturel, politique et économique permettant de rendre les choix sains plus faciles et les choix malsains plus difficiles en matière d'activités physiques et d'alimentation. D'importants travaux ont aussi été amorcés afin d'obtenir un soutien financier du Fonds Québec en forme dans le but d'améliorer la structure actuelle de coordination en saines habitudes de vie et de développer d'autres projets porteurs pour l'ensemble de la région.

Évaluation des pratiques en santé publique : À la suite de la conclusion du projet régional de formation en Cuisine santé, un rapport d'évaluation a été produit par la Direction de santé publique. À court terme, deux résultats étaient attendus, soit que les participants aient acquis des connaissances et les appliquent dans les cuisines et qu'un processus assurant la pérennité de la formation dans les milieux soit implanté. Le rapport confirme un niveau de participation élevé. Toutefois, des efforts supplémentaires devront être consentis pour assurer l'application des connaissances dans les milieux et le maintien dans le temps des changements positifs déjà apportés à l'offre alimentaire. Le rapport d'évaluation se veut la pierre angulaire du renouvellement éventuel de l'offre de formation en saine alimentation à l'intention des milieux ayant comme clientèle les jeunes.

↳ Jeunes et famille – Animation de jeunes en milieu rural

Préoccupation régionale

Objectifs Soutenir la mise en place d'actions faisant la promotion et facilitant l'adoption d'une saine alimentation, d'un mode de vie physiquement actif et le développement des compétences sociales. Soutenir les locaux de jeunes en milieu rural dans le but de faciliter la consolidation de cette mesure.

Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
Nombre de territoires mettant en place des initiatives de promotion et d'adoption d'une saine alimentation et d'un mode de vie physiquement actif	5/5	5/5	5/5
Nombre de territoires de CSSS participant à l'Entente de concertation régionale Jeunes en milieu rural	5/5	5/5	5/5

Commentaires Depuis la signature de la 3^e Entente de concertation régionale Jeunes en milieu rural, renouvelée en mars 2012, les parties ont concentré leurs actions sur trois axes. Les mandataires, ainsi que les partenaires locaux et régionaux, ont agi sur la prévention des toxicomanies, la participation citoyenne et les saines habitudes de vie (alimentation et activité physique) auprès des jeunes fréquentant la quarantaine de locaux de jeunes en milieu rural qui sont en place en Abitibi-Témiscamingue. Des efforts ont été consentis afin d'associer les parties à la mise en place, au développement, à l'animation et à la consolidation des locaux de Jeunes en milieu rural qui s'adressent plus particulièrement aux jeunes de 12 à 17 ans.

L'Agence soutient activement Jeunes en milieu rural par la participation de deux professionnels à la Table des partenaires, au comité de suivi et au comité de communication et de formation. De plus, les organisateurs communautaires des CSSS sont impliqués dans la majorité des territoires.

Les locaux de jeunes sont représentés au sein des cinq regroupements locaux de partenaires Québec en Forme de la région. Ils sont reconnus comme des lieux privilégiés pour travailler avec la clientèle de 12 à 17 ans en milieu rural. Grâce à cette reconnaissance, ils bénéficient d'un soutien financier de la part des regroupements locaux afin de mettre en place des actions favorisant l'adoption de saines habitudes de vie.

Une formation à l'intention des animateurs des locaux de jeunes a été offerte à l'automne 2013. Au total, 33 animateurs ont ainsi pu mieux comprendre les environnements favorables aux saines habitudes de vie et développer les aptitudes nécessaires à la fonction d'animateur.

Mentionnons qu'en novembre 2013, *Jeunes en milieu rural* a été lauréat régional aux Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux dans la catégorie Partenariat. De plus, un financement de 377 247 \$ réparti sur les trois prochaines années a été obtenu de Santé Canada. Ce montant permettra de mettre en œuvre un projet régional d'envergure en prévention des dépendances chez les jeunes.

↳ Jeunes et famille – Promotion et prévention

Attente administrative

Objectif Maintenir l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.

Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
Proportion de femmes ayant accouché dans l'année rejointes par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	108,4 %	90 %	96,2 %

Nombre moyen de visites à domicile (VAD) de la clientèle inscrite aux SIPPE selon la période pré ou post natale	ND*	Prénatal : 0.50 Postnatal1 : 1.0 Postnatal2 : 0.50 Postnatal3 : 0.25	Prénatal : 0.21 Postnatal1 : 0.55 Postnatal2 : 0.15 Postnatal3 : 0.06
---	-----	---	--

Commentaires

Programme SIPPE – volet 1 (accompagnement et soutien des familles) : Contrairement aux années passées, les résultats présentés sont basés sur les projections du MSSS. Celui-ci retient comme dénominateur le nombre total de femmes avec moins de 11 ans de scolarité ayant accouché au cours de l'année de référence.

Le nombre de femmes rejointes varie beaucoup d'un territoire à l'autre. Ces écarts peuvent s'expliquer par la redéfinition des critères d'admissibilité au programme SIPPE, émise par le MSSS en 2012-2013. En effet, le faible revenu familial fait maintenant partie des critères auxquels les mères doivent répondre pour faire partie du programme. Cependant, la situation économique de la région permet à une clientèle non diplômée (études secondaires ou formation professionnelle) d'obtenir un travail bien rémunéré. Par conséquent, certaines mères de moins de 20 ans se retrouvent exclues du programme parce qu'elles ne répondent pas au critère de faible revenu. Sensibles aux besoins de ces familles, les CSSS déploient des efforts pour offrir des services complémentaires à cette clientèle.

Pour ce qui est de l'intensité des VAD, les cibles ne sont pas atteintes. Certains CSSS ont connu un manque de personnel pour assurer la régularité des suivis. D'autres établissements font face à un manque de formation pour bien se saisir de l'importance d'assurer un suivi plus intense. Finalement, il arrive que le programme soit difficile à appliquer en raison du manque d'intérêt des familles. Afin d'aider les équipes enfance-famille à faire face à ces défis, l'Agence a tenu une journée régionale de réflexion et d'appropriation du cadre de référence SIPPE en compagnie des équipes responsables du programme d'intervention en négligence. L'initiative a été appréciée et a permis aux intervenants de mieux comprendre pourquoi l'Agence aura à surveiller les résultats quant à l'intensité de suivi de la clientèle SIPPE dans les prochaines ententes de gestion.

Tous les CSSS continuent les suivis des SIPPE de la 12^e semaine de grossesse jusqu'à 24 mois de vie de l'enfant. Si le suivi des enfants demeure souhaitable jusqu'à 5 ans, dans les faits, les intervenants n'arrivent pas à assurer l'intensité du suivi jusqu'à cet âge. Cependant, considérant une diminution de la clientèle, certains se sont donnés comme objectif d'allonger la période de suivi.

Dans les communautés autochtones, il demeure difficile pour les CSSS concernés d'obtenir le nombre de femmes enceintes suivies par les cliniques médicales et correspondant aux critères des SIPPE. Ces femmes continuent de recevoir des services en santé maternelle et infantile fournis par Santé Canada, dans leur communauté. Les femmes autochtones qui vivent hors réserve peuvent bénéficier des services par l'entremise d'une infirmière de la Clinique Minowé. Celle-ci collabore étroitement avec l'équipe d'intervenantes des SIPPE du CSSS de la Vallée-de-l'Or.

Programme SIPPE – volet 2 (action intersectorielle) : L'Agence note cette année un renforcement de l'engagement et de la mobilisation des acteurs locaux et régionaux pour les familles qui ont des enfants âgés de 0 à 5 ans. L'Agence est active dans le soutien et l'accompagnement des regroupements locaux de partenaires (RLP). En février 2014, une coordonnatrice a été embauchée afin de soutenir les travaux de la Table régionale enfance famille (TREF) créée en 2012 dans le cadre de la démarche régionale en développement social. Cette instance a pour mission d'unir les forces des partenaires pour maximiser la capacité d'agir des communautés locales dans leur défi de favoriser le développement global des enfants et le soutien aux familles, notamment les plus vulnérables. Parmi ses actions, la TREF contribue aux travaux qui découlent de l'Enquête québécoise du développement des enfants de la maternelle (EQDEM) 2012 et son deuxième volet d'intervention dans l'initiative concertée du développement des jeunes enfants (ICDJE). L'Agence a rencontré tous les RLP afin de les aider à comprendre et à s'approprier les résultats de l'EQDEM. Cet accompagnement personnalisé a permis d'alimenter leur réflexion quant aux actions à mettre en place au cours des trois prochaines années.

* Le nombre moyen de VAD prescrit par le cadre de référence ne figurait pas dans les ententes de gestion 2012-2013. L'Agence a priorisé le soutien des territoires de CSSS dans leur arrimage des programmes SIPPE et d'intervention en négligence tout en préparant aux stratégies à mettre en place pour l'atteinte de l'indicateur « intensité de suivi des SIPPE » qui sera inscrit dans les ententes de gestion 2014-2015.

Attente administrative

Objectif Renforcer la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel dans chaque territoire de CSSS de notre région.

Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
Nombre de territoires ayant un service d'appui à l'allaitement maternel	5/5 territoires	5/5 territoires avec service de soutien à l'allaitement C'MAMAN	5/5 territoires
Nombre de CSSS certifiés ou en processus pour la certification Amis des bébés	Poursuivre le soutien - 65 % des infirmières en périnatalité reçoivent un minimum de 20 h de formation en allaitement	Soutien au processus de certification des 5 territoires - 70 % des infirmières en périnatalité reçoivent un minimum de 20 h de formation en allaitement	Le soutien se poursuit - 70 % des infirmières en périnatalité reçoivent un minimum de 20 h de formation en allaitement
Nombre de territoires de CSSS ayant des activités pour la promotion et le soutien en allaitement maternel	5/5 territoires	5/5 territoires participent au Défi allaitement	5/5 territoires

Commentaires Les mamans des cinq territoires de la région peuvent compter sur le service de soutien à l'allaitement C'MAMAN. Plus de 50 mères bénévoles en allaitement sont maintenant formées. Des pages Facebook ont été créées pour répondre aux questions des mères et échanger avec elles. Un questionnaire d'évaluation de la satisfaction de la clientèle a été introduit.

Certification Amis des bébés : Le soutien aux CSSS de la région se poursuit pour l'avancement vers la certification. Le Comité régional en allaitement tient deux rencontres par année. Le contact peau à peau après l'accouchement et la cohabitation font désormais partie des pratiques dans tous les départements de maternité des CSSS de la région. Dans deux établissements, le contact peau à peau dure au moins une heure. Toutefois, favoriser le contact peau à peau après une naissance par césarienne demeure difficile.

Le suivi statistique pour les taux et la durée de l'allaitement est plus clair maintenant dans les compilations d'I-CLSC.

Attente administrative

Objectif Intensifier les actions de promotion, de prévention et d'intervention précoce pour le développement adéquat des enfants de 0-5 ans.

Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
Soutenir des actions concernant les liens d'attachement parent-enfant en collaboration avec les partenaires	2 projets soutenus	2 projets soutenus : - Portés par la qualité - Programme Générations	2 projets soutenus

Commentaires	<p><i>Portés par la qualité</i> : Il s'agit d'une recherche-action réalisée en partenariat avec l'Université Laval, le Regroupement des centres de la petite enfance (CPE) de l'Abitibi-Témiscamingue et du Nord-du-Québec ainsi que l'Agence. La plupart des CPE des deux régions y participent. Cette recherche comprend notamment une observation du milieu de garde et des interactions éducatrice-enfant. Des formations sont ensuite offertes au personnel selon les besoins identifiés. La formation en lien d'attachement et sécurité émotionnelle des enfants est assurée par un médecin-conseil de l'Agence. Une évaluation postformation permettra de vérifier si les améliorations visées se sont concrétisées. En 2013-2014, cinq groupes d'éducatrices et de gestionnaires des CPE ont été formés en lien d'attachement et sécurité émotionnelle des enfants en milieu de garde</p> <p><i>Programme Générations</i> : Il s'agit d'un programme qui vise à favoriser le développement des attachements sécurisants chez l'enfant en améliorant les comportements des parents. En 2013-2014, un nouveau groupe d'intervenantes des CSSS a été formé. Des tablettes électroniques sont utilisées pour la rétroaction vidéo avec les parents. Finalement, des formations de base en lien d'attachement ont été données aux nouveaux employés travaillant en périnatalité dans les CSSS ainsi que dans des organismes communautaires de la région.</p> <p>Mentionnons que d'autres actions ont aussi été réalisées dans le but d'accroître la promotion, la prévention et l'intervention précoce. Le déploiement du programme de prévention du syndrome du bébé secoué est en cours. La première phase vise les départements de maternité des CSSS. Des formatrices ont été formées dans les cinq CSSS de la région. Ces formatrices ont formé leurs collègues infirmières dans trois départements de maternité. Dans ces trois territoires, le programme est donc officiellement en place. Les parents de nouveau-nés reçoivent des enseignements et sont sensibilisés sur des thèmes comme les pleurs du bébé, la colère qui peut survenir et les conséquences de secouer un bébé. La deuxième phase du projet est aussi en cours dans les cinq CSSS (mission CLSC) pour sensibiliser les parents vulnérables aux conséquences de la colère non contrôlée.</p>
--------------	---

↳ Maladies infectieuses – Immunisation

Préoccupation régionale

Objectif	Augmenter la couverture vaccinale contre l'influenza chez les travailleurs de la santé.			
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
	Pourcentage d'employés qui ont reçu le vaccin contre l'influenza saisonnière	48 %	80 %	50 %
Commentaires	<p>Un léger gain de 2 points est observé à l'échelle de la région, mais le résultat obtenu demeure loin de la cible.</p> <p>Regagner la confiance des membres du personnel de soins afin d'augmenter leur adhésion représente un défi de taille. Les activités de promotion doivent être maintenues dans les CSSS.</p>			

Préoccupation régionale

Objectif	Augmenter le nombre d'enfants recevant leurs vaccins dans les délais convenus.			
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat* 2013-2014
	Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur première dose de vaccins contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	94,3 %	90 %	91,9 %
	Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur première dose de vaccins contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	82,5 %	85 %	83,7 %
	Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur première dose de vaccins contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	82 %	85 %	83,6 %
Commentaires	<p>Pour le premier indicateur, trois CSSS ont maintenu leurs acquis et performent très bien avec des taux variant de 92 à 98 %. L'Agence observe cependant une diminution de 5 à 7 % pour deux CSSS, ce qui les amène sous la cible visée. Il faut rappeler l'importance de maintenir les stratégies permettant de rejoindre la clientèle.</p> <p>Pour les deuxième et troisième indicateurs, l'Agence note une légère augmentation des taux obtenus par rapport à l'an dernier ou le statu quo pour l'ensemble des CSSS de la région, sauf un. Les cibles demeurent difficiles à atteindre et le partage de stratégies doit être préconisé. D'ailleurs, un CSSS se démarque avec une augmentation de 10 points par rapport aux taux de l'an dernier, un résultat obtenu grâce à la mise en place d'un plan d'action.</p>			

↳ *Maladies infectieuses – Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang*

Attente administrative

Objectif	Réduire la transmission des ITSS.			
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
	Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEPE)	1062	1062	1206
Commentaires	<p>Il revient à chaque CSSS de cibler les milieux et les activités à déployer afin de rejoindre le plus efficacement possible les clientèles vulnérables de son territoire. L'organisation des services varie donc d'un territoire à l'autre.</p> <p><i>Travail de rue et de milieu</i> : Le comité de suivi du programme travail de rue et de milieu termine la production du cadre de référence qui en est à l'étape de la validation. La mise à jour du Guide de formation est également en cours. Les documents finaux devraient être prêts à l'automne 2014.</p> <p><i>Échange de seringues, services d'aide et d'information sur le SIDA (ESSAIS)</i> : La diminution de la participation des pharmacies communautaires à ce programme continue de se faire sentir, particulièrement dans le territoire de la Vallée-de-l'Or. Toutefois, des organismes communautaires ont pris la relève. Le profil de consommation des personnes utilisatrices de drogue change : la consommation de substances en comprimés et inhalées semble en hausse. Il importe de poursuivre les efforts de prévention pour éviter le passage à l'injection.</p>			

ITSS : L'infection la plus répandue, la chlamydia, a connu une augmentation en 2013, avec 325 cas déclarés par 100 000 habitants en Abitibi-Témiscamingue, comparativement à 299 cas pour 100 000 habitants en 2012. La région connaît des taux supérieurs aux moyennes provinciales qui se situaient à 276 en 2013 et 252 en 2012. La gonorrhée et la syphilis font un retour et doivent aussi faire l'objet d'un suivi étroit.

Les efforts de prévention doivent être maintenus grâce, d'une part, au travail effectué par les SIDEPS et, d'autre part, au rôle élargi des infirmières. Celles-ci peuvent faire le dépistage et entreprendre un traitement en collaboration avec les pharmaciens. Cette modification des pratiques améliore l'accessibilité aux services. Le travail en complémentarité des infirmières SIDEPS avec les travailleurs de rue et de milieu aide à rejoindre les clientèles vulnérables, même si agir dans les milieux de proximité demeure un défi.

La Clinique Hépatite C du secteur de la Vallée-de-l'Or est très active. Une équipe de professionnels est en place. Pour le secteur de Rouyn-Noranda, des travaux d'arrimage prennent forme entre les cliniques régionales VIH-Sida et méthadone, ce qui permettra un partage d'expertise et une collaboration bénéfique entre les intervenants ainsi qu'une meilleure accessibilité pour la clientèle mono-infectée au virus de l'hépatite C (VHC).

En collaboration avec la Coalition d'aide aux lesbiennes, gais, bisexuels, des actions régionales de sensibilisation et de formation sont menées par le Programme québécois de lutte à l'homophobie.

↳ Santé au travail

Préoccupation régionale

Indicateur	Résultat 2012*	Cible 2013	Résultat 2013
Nombre de demandes de services provenant des entreprises ou de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et traitées par le réseau régional de santé publique en santé au travail (RRSPSAT)	149	187	162
Nombre de demandes reçues pour le programme Maternité sans danger et traitées par le RRSPSAT	942	926	894
Nombre de radiographies pulmonaires effectuées dans le cadre du Règlement sur la santé pulmonaire des travailleurs de mines	2 185	1 600	1 703
Nombre de visites d'appréciation préalables effectuées auprès de nouvelles entreprises pour évaluer la nécessité de réaliser un programme de santé spécifique	67	68	92

Commentaires En 2013, le taux de couverture du programme Santé au travail a augmenté de 10 % pour se situer à près de 60 %. Les milieux de travail qui sont couverts par le programme doivent répondre aux critères de « milieu prioritaire », comme défini par la CSST.

Soulignons enfin le succès obtenu par le 25^e Colloque régional en santé et sécurité au travail. Cette activité annuelle, organisée de façon conjointe par le RRSPSAT et la CSST, est un évènement incontournable de promotion de la santé et de la sécurité au travail auprès des employeurs et des travailleurs de la région. Plus de 500 personnes, dont une quarantaine d'étudiants en provenance des centres de formation professionnelle, ont participé à l'une ou l'autre des deux journées du colloque.

* Les activités du programme Santé au travail s'échelonnent sur une année civile.

↳ Santé environnementale

Préoccupation régionale

L'équipe en santé environnementale assure à la fois des activités de prévention et de protection de la santé. La prévention s'articule autour de diverses activités visant à sensibiliser la population aux effets que peut entraîner la présence de contaminants chimiques, physiques ou biologiques dans l'environnement. Les citoyens sont également informés des moyens à déployer pour limiter les effets de ces contaminants sur la santé. Quant au volet protection de la santé, il est assuré par des activités de surveillance de certains paramètres environnementaux ciblés ou par des suivis réalisés lors de signalement d'intoxication ou d'autres problématiques liées à la santé environnementale.

Pour l'équipe en santé environnementale, l'année 2013-2014 a été marquée par :

- La réalisation d'un sondage auprès de la population de Malartic afin de cerner les préoccupations en lien avec l'agrandissement de la mine Canadian Malartic et la déviation de la route 117;
- La collaboration à des recherches sur les impacts psychosociaux et le bruit en lien avec les opérations de la mine Canadian Malartic;
- L'analyse de la recevabilité de l'étude d'impact du projet minier nickélicifère Dumont à Launay;
- La représentation du MSSS aux audiences publiques du Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPE) pour le projet Dumont;
- L'analyse de l'acceptabilité du projet de turboalternateur de Tembec à Témiscaming;
- La mise sur pied d'un projet de recherche sur la concentration en cadmium dans les abats d'originaux.

↳ Surveillance de l'état de santé

Préoccupation régionale

Objectif

Documenter l'état de santé de la population résidant en Abitibi-Témiscamingue de même que certaines problématiques, afin de soutenir les CSSS dans leur mandat de responsabilité populationnelle et d'informer les citoyens, les partenaires intersectoriels, les intervenants et les décideurs comme le prescrit la Loi sur la santé publique.

Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
Nombre d'indicateurs mis à jour dans la section « Portrait de santé – Mise à jour continue » du site Web de l'Agence	Mise à jour de 80 indicateurs	Mettre à jour les indicateurs selon les nouvelles données disponibles et ajouter des faits saillants	Mise à jour de 76 indicateurs (sur un total possible de 102, soit 75 %) et ajout de faits saillants
Nombre de fascicules thématiques rédigés et diffusés	6 fascicules rédigés, 3 fascicules diffusés	6 fascicules rédigés et diffusés	6 fascicules rédigés, 3 fascicules diffusés
Nombre de documents rédigés et diffusés concernant l'enquête sur la santé des jeunes au secondaire (EQSJS) 2010-2011	Concept choisi : élaboration de fascicules conjointement avec les responsables concernés en promotion et prévention à la Direction de santé publique	Rédiger et diffuser des fascicules pour chacun des thèmes de l'enquête	13 fascicules rédigés 5 fascicules diffusés et 2 présentations effectuées en visioconférence ayant permis de rejoindre un total de 64 intervenants locaux

Nombre de documents rédigés et diffusés concernant l'EQDEM 2012	S.O.	Produire un document avec les résultats régionaux et diffuser l'information auprès des partenaires	1 fascicule régional, 5 feuillets avec des données locales complémentaires produits et 11 présentations effectuées auprès de divers partenaires
Nombre de documents rédigés et diffusés concernant l'enquête québécoise sur l'expérience de soins (EQES) 2010-2011	S.O.	1 fascicule rédigé et diffusé	1 fascicule en cours de rédaction

Commentaires

La mise à jour des 123 indicateurs dans la section « Portrait de santé – Mise à jour continue » du site Web de l'Agence est tributaire de la disponibilité des données. Ainsi, selon la source, certains indicateurs peuvent être modifiés annuellement, d'autres aux deux ans ou encore aux cinq ans. D'autres facteurs externes (par exemple, disponibilité de personnel chez les fournisseurs de données) peuvent aussi influencer l'accessibilité à des données plus récentes. Ainsi, il peut arriver que nous ne recevions aucune donnée durant une ou deux années, puis deux fichiers couvrant deux années différentes dans un délai de moins d'un an. Le cas advenant, il est possible qu'une seule mise à jour soit effectuée au cours de l'année.



↳ *Services psychosociaux généraux*

Attente administrative

Objectif	Améliorer l'accès aux services psychosociaux généraux dans chaque territoire local.		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	2 775	2 307
	Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,80	3,90
Commentaires	<p>La cible est dépassée en ce qui concerne le nombre d'usagers rejoints et elle est pratiquement atteinte quant à l'intensité des services.</p> <p>Comme par les années passées, ces résultats n'incluent que la clientèle rejointe par les services individuels. Or, les CSSS desservent également plusieurs personnes par des interventions de groupe. L'établissement qui ne rejoint pas la cible (CSSS de Rouyn-Noranda) est celui qui fait le plus d'interventions de groupe. En effet, sur les 52 groupes formés et desservis à travers la région, le CSSS de Rouyn-Noranda en rassemble à lui seul 45, ce qui représente 163 des 180 interventions de groupe réalisées en Abitibi-Témiscamingue.</p>		



↳ Certification des résidences privées pour aînés

Attente administrative

Objectif Assurer aux résidents des RPA de la région des services sécuritaires et de qualité en faisant en sorte que les résidences obtiennent et renouvellent leur certification.

Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
Nombre de résidences ayant obtenu leur certificat	50	49	49
Nombre de résidences devant renouveler leur certificat	4	16	1

Commentaires Le Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une RPA qui en découlent ont été adoptés le 13 février 2013 et sont entrés en vigueur le 13 mars 2013. Les modifications apportées introduisent une définition claire et réservée d'une RPA. La mise en place de catégories de critères et de normes quant à la certification et à l'exploitation d'une RPA a entraîné un resserrement des standards en matière de sécurité, de formation du personnel et de collaboration avec le réseau. Les RPA sont désormais divisées en deux catégories : autonomes ou semi-autonomes.

L'Abitibi-Témiscamingue compte 51 résidences privées pour aînés dont 49 sont certifiées et 2 possèdent des attestations temporaires. Deux nouvelles résidences sont aussi à l'étude afin d'obtenir leurs attestations temporaires. Sur les 49 résidences certifiées, 36 accueillent une clientèle semi-autonome.

Au cours de l'année 2013-2014, 3 résidences certifiées ont mis fin à leurs opérations.

Le CQA a commencé ses visites pour le renouvellement de la certification des résidences de la région en août 2013. Il a transmis ses rapports à l'Agence en février 2014 pour examen. Jusqu'à maintenant, 16 résidences ont été évaluées par le CQA. De celles-là, 9 subissent actuellement un examen et l'Agence est en attente de 6 rapports. Le processus est terminé pour 1 résidence, dont le certificat de conformité a été renouvelé.

L'année 2013-2014 a été marquée par le déploiement de la nouvelle réglementation. Les propriétaires de l'ensemble des résidences ont été rencontrés à ce sujet et un soutien individuel a été apporté aux résidences en processus de renouvellement ainsi qu'à celles demandant des attestations temporaires.

↳ Services aux personnes hébergées en milieu substitut

Attente administrative

Objectif	Améliorer les soins et les services offerts aux personnes hébergées en CHSLD.		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,53	3,00
	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,25	0,23
Commentaires	Les cibles sont atteintes et les résultats dépassent les attentes pour les deux indicateurs.		

↳ Services dans le milieu de vie

Attente administrative

Objectif	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile : <ul style="list-style-type: none"> • en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservie dans la communauté; • en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services. 		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	4 311	3 187
	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	38,80	24
Commentaires	<p>Les services de soutien à domicile pour les personnes en perte d'autonomie rejoignent 17 % de la population âgée de 65 ans et plus en Abitibi-Témiscamingue. Même s'il atteint la cible, le nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile a diminué de 9,2 % comparativement à 2012-2013. Cette baisse est observée plus particulièrement dans deux territoires.</p> <p>Le nombre moyen d'interventions par personne par année a augmenté de manière significative depuis l'an dernier. Mentionnons que cet indicateur ne tient pas compte des services offerts par allocation directe ou par achat de services auprès d'entreprises d'économie sociale.</p>		

↳ *Soutien à l'autonomie***Attente administrative**

Objectif	Assurer une évaluation ou une réévaluation adéquate des besoins de longue durée de la clientèle en soutien à domicile.		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Évaluation de la clientèle soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)	S.O.	100 %
Commentaires	<p>La première phase du projet SAPA visait à ce que tous les usagers aient une évaluation uniforme et à jour. Cette démarche a permis à l'Agence d'avoir un portrait plus précis de l'ensemble des services donnés à la population ainsi que des besoins futurs.</p> <p>Ce portrait indique par exemple que parmi les services à domicile offerts aux personnes âgées de l'Abitibi-Témiscamingue :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la majorité (42 %) sont des services d'aide aux tâches domestiques; • 30 % sont des services d'aide à la motricité; • 25 % sont des services d'aide reliés aux pertes cognitives; • 3 % sont des services d'aide à la mobilité. <p>L'écart entre les résultats attendus et obtenus s'explique par le délai encouru entre la demande de services et la première évaluation.</p>		

PROGRAMMES DE SOUTIEN

 Administration et soutien aux services

↳ Planification de la main-d'œuvre

Attente administrative

Objectif	Normaliser les données selon le cadre normatif de la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (GPMO).		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Nombre d'établissements qui ont normalisé les données	9	9
Commentaires	<p>Les établissements de la région ont tous réalisé leur plan prévisionnel des effectifs et mis à jour leur plan d'action en GPMO. Il s'agit d'un exercice rigoureux et structuré qui vise à fournir à l'organisation les informations les plus fiables qui soient sur ses ressources humaines actuellement en place et la situation à venir. Il fournit un portrait quantitatif et qualitatif de la main-d'œuvre, des mouvements de personnel et des besoins à combler.</p> <p>L'analyse des plans prévisionnels des établissements sert à mieux cerner les problématiques particulières à chaque établissement, à identifier les tendances régionales, à connaître les besoins futurs en main-d'œuvre pour ainsi permettre une meilleure planification. Il sert aussi à soutenir la gestion prévisionnelle stratégique et à prendre des décisions éclairées et des solutions adaptées aux différentes situations.</p>		

Attente administrative

Objectif	Mettre en œuvre la SRMO 2009-2015.
	<p>Les chargés de projet SRMO des établissements de la région ainsi que la coordonnatrice régionale à l'Agence poursuivent les travaux et les actions déjà amorcés, soient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • offrir des emplois d'été aux étudiants; • assurer la coordination régionale des corridors de stages pour des formations hors région ciblées (deux nouveaux corridors de stages ont été développés cette année en psychologie et en physiothérapie); • rencontrer les étudiants des secondaires 1 à 5 afin de promouvoir les carrières en santé et services sociaux; • participer aux activités de recrutement hors région; • augmenter le bassin de main-d'œuvre formée dans la région; • mettre en place un programme régional de soutien financier tripartite visant la répartition des stagiaires – volet social, sur tout le territoire de la région (hors du lieu d'études et hors de la MRC d'origine); • poursuivre les démarches en lien avec la réalisation d'un projet pilote pour l'attraction et la rétention de psychologues en région; • cibler des dossiers d'optimisation et soutenir leur réalisation; • bonifier le Programme régional de soutien financier pour l'hébergement de stagiaires provenant de maisons d'enseignement situées hors région; • réaliser un bilan de la SRMO 2009-2014 (cet exercice se poursuivra en 2014-2015).

Attente administrative

Objectif	Améliorer la planification et la coordination de la formation pratique (stage).		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Nombre d'établissements engagés dans l'implantation de l'entente de collaboration avec les institutions d'enseignement de la région (stages volet social)	9	9
	Nombre d'établissements engagés dans l'implantation de l'entente de collaboration avec les institutions d'enseignement de la région (stages en soins infirmiers)	5	5
Commentaires	L'Agence a entrepris une démarche avec les directions des ressources humaines, les directions des soins infirmiers des établissements de santé et de services sociaux ainsi qu'avec les directions et les responsables des stages en soins infirmiers des maisons d'enseignement de la région afin de repositionner le mandat du comité des stages en soins infirmiers en vue d'améliorer son fonctionnement et de préciser les attentes mutuelles des membres. La démarche entreprise cette année par l'Agence se poursuivra en 2014-2015.		

↳ Recrutement de la main-d'œuvre

Attente administrative

Objectif	Contribuer au recrutement, à la rétention et au maintien du personnel du réseau.		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Participation à des salons de l'emploi selon le calendrier des événements	7 salons de l'emploi (à l'extérieur de la région), 2 sorties avec l'équipe de Valorisation Abitibi-Témiscamingue (VAT), 18 activités régionales	7 salons de l'emploi
			6 salons de l'emploi (à l'extérieur de la région), 1 sortie avec l'équipe de VAT, 22 activités régionales
Commentaires	Au cours de l'année, le réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a été représenté par une agente de liaison à un maximum d'activités de promotion et de recrutement. Celle-ci a pris part à six événements à l'extérieur de la région. Pour une raison hors du contrôle du réseau, il n'a pas été possible de participer au septième événement qui avait été ciblé, soit une visite au Cégep de Chicoutimi. Accompagnée de représentants des établissements, l'agente de liaison a aussi participé à 22 activités en Abitibi-Témiscamingue. Toutes les MRC et les principales villes ont été visitées.		

Au total, environ 600 jeunes témiscabitiens ont pu être sensibilisés aux opportunités de carrière qui existent en santé et services sociaux. Ces activités sont essentielles afin de faire connaître les besoins de main-d'œuvre du réseau et d'inciter les élèves de secondaire 1 à 5 à s'orienter vers une profession en santé ou en services sociaux.

Par son agente de liaison, le réseau assure donc une présence auprès des jeunes dans les écoles secondaires ainsi qu'auprès de candidats éventuels dans les foires et les salons de l'emploi.

↳ Programme d'amélioration des conditions d'exercice des cadres

Préoccupation régionale

Objectif	Recentrer le rôle des cadres clinico-administratifs sur le travail managérial et clinique.			
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
	Nombre de cadres qui perçoivent une augmentation de la quantité de temps de présence au personnel	9/43 (21 %)	À augmenter	ND
	Nombre de cadres qui perçoivent une augmentation de la qualité de présence au personnel	16/43 (37 %)	À augmenter	ND
	Nombre de cadres qui perçoivent une diminution de la charge de gestion administrative du personnel	3/43 (7 %)	À augmenter	ND
	Nombre de cadres qui perçoivent une diminution de la charge de travail compensatoire	2/43 (5 %)	À augmenter	ND
	Nombre de cadres qui perçoivent une diminution du temps passé en réunion par les cadres	14/43 (33 %)	À augmenter	ND
	Nombre de cadres qui sont satisfaits de leurs conditions d'exercice	13/43 (30 %)	À augmenter	ND
Commentaires	<p>L'an dernier, les cibles ont pratiquement toutes été atteintes. À l'hiver 2013, une troisième mesure d'impact a eu lieu avec le même questionnaire que les années précédentes. Un nombre insuffisant de cadres ayant répondu, il est impossible de dresser un portrait régional à l'aide de résultats quantitatifs.</p> <p>Cependant, il est possible de faire un bilan qualitatif du Programme d'amélioration des conditions d'exercice des cadres (PACEC). En effet, le projet régional avait pour finalité de repositionner le rôle des cadres et d'ajuster leurs conditions d'exercice en conséquence. Au final, les quatre établissements qui ont pris part au PACEC ont bien amorcé le repositionnement du rôle de leurs cadres intermédiaires en se dotant d'un nouveau profil de rôles.</p> <p>Aussi, diverses stratégies ont été mises en œuvre pour ajuster les conditions d'exercice des cadres en lien avec ces nouveaux profils. En dépit de divers obstacles, les chargés de projet sentent que leur établissement a entrepris un mouvement vers un changement de culture et que les cadres supérieurs et intermédiaires sont mieux sensibilisés et conscients des conditions d'exercice des cadres en général. Bien que pour certaines organisations, l'impact soit moindre que ce qui était attendu au départ, il n'en demeure pas moins qu'il y a eu des gains dans chaque établissement afin de centrer le travail des cadres davantage vers des dimensions managériales et cliniques.</p>			

De plus, de façon générale, la satisfaction des cadres au travail s'est améliorée entre le début et la fin du programme. D'ailleurs, les conditions d'exercice des cadres sont devenues une préoccupation et des stratégies sont en place pour poursuivre le travail amorcé. En ce sens, l'Agence considère que le projet régional a partiellement atteint son but. L'atteinte complète doit être vue sur un horizon plus long. Les établissements participants en ont d'ailleurs fait un processus d'amélioration continue. Afin de les soutenir en ce sens, le volet Gestionnaires de la SRMO constitue assurément un atout.

↳ Programmes fonctionnels et techniques

Préoccupation régionale

La Direction des ressources financières et matérielles analyse et recommande les programmes fonctionnels et techniques (PFT) des établissements concernés.

PFT du CSSS du Témiscamingue — Pavillon Sainte-Famille : À la suite de l'annonce ministérielle du 11 novembre 2011, les appels d'offres concernant les services professionnels ont été effectués par la Société québécoise des infrastructures (SQI). Les professionnels (architectes et ingénieurs) ont été choisis et ont établi le concept du projet, en étroite collaboration avec la SQI et l'établissement. Un rapport préliminaire a été déposé le 22 janvier 2014. Le dépôt des plans et devis définitifs est prévu en octobre 2014 pour acceptation par le MSSS en décembre 2014. L'octroi du contrat de construction pourrait avoir lieu en mars 2015 et la fin des travaux en octobre 2016.

PFT du CSSS Les Eskers de l'Abitibi : Le PFT a été transmis au MSSS en mai 2011 et une équipe du MSSS a rencontré en 2012-2013 l'équipe de direction du CSSS afin d'éclaircir certains points. À la suite de cette visite, des commentaires ont été émis et des questions ont été transmises à l'établissement. Les recommandations du MSSS seront déposées en 2014-2015.

PFT du CSSS des Aurores-Boréales — Pavillon Macamic — volet hébergement : La SQI a remis son rapport de recommandations le 30 mars 2012. Celui-ci a été élaboré à partir du PFT révisé transmis au MSSS en juillet 2010 et de la visite du bâtiment effectuée par les experts de la SQI. Le 4 juillet 2013, l'établissement a reçu la lettre du MSSS autorisant le projet ainsi que le rehaussement de financement alloué. L'allocation budgétaire dévolue à la réfection des étages 2 et 3 du CHSLD de Macamic est de 19 500 000 \$. Les appels d'offres pour les professionnels ont été lancés et le choix s'effectuera en avril 2014.

Développement d'un service de radiothérapie : Le 21 mars 2012, la région a reçu l'autorisation ministérielle d'amorcer l'élaboration d'un dossier de présentation stratégique pour le développement de ce service au CSSS de Rouyn-Noranda. Le coût du projet étant estimé à plus de 40 millions de dollars, il est assujéti à la Politique-cadre sur la gouvernance des grands projets d'infrastructure publique et se fait en étroite collaboration avec Infrastructure Québec. Le dossier de présentation stratégique, qui constitue la première étape à franchir, a été complété et déposé au MSSS le 18 mars 2013.

PFT du Centre de réadaptation La Maison : Le Centre de réadaptation La Maison a déposé au MSSS un projet d'agrandissement de son siège social situé à Rouyn-Noranda. Ce projet, entièrement autofinancé par l'établissement, lui permettra de regrouper sous un même toit l'ensemble des services de réadaptation offerts à Rouyn-Noranda. Le Conseil du trésor a donné son accord au projet. L'Agence est en attente des correspondances officielles qui permettront d'entreprendre les travaux.



↳ Dossier clinique informatisé

Attente administrative

Objectif	Positionner la région en vue du déploiement du dossier clinique informatisé (DCI).		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Procéder à l'analyse de pré faisabilité concernant l'acquisition et la mise en œuvre d'une solution de DCI pour tous les établissements de la région	Les travaux de pré faisabilité ont été réalisés et le projet DCI a été priorisé dans le plan annuel des ressources informationnelles (PARI) 2013-2014	Réaliser un dossier d'affaires DCI régional et le soumettre au MSSS pour approbation
			Résultat 2013-2014
			Le projet figure toujours au plan triennal 2014-2017, mais le dossier d'affaires n'est pas complété
Commentaires	Le DCI constitue l'une des priorités régionales d'informatisation, recommandée par le comité directeur clinique des ressources informationnelles et soutenue par les directeurs généraux de tous les établissements de la région. Ce projet a été inscrit à la planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles (PTPARI) pour 2014-2017 et s'amorcera normalement à compter de la prochaine année, sous réserve de son approbation par le MSSS.		

↳ Dossier Santé Québec

Attente administrative

Objectif	Appliquer les démarches de planification du DSQ.		
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014
	Réalisation de travaux préalables au DSQ	La région a suivi le calendrier de déploiement du MSSS	Suivre les travaux de l'équipe provinciale DSQ
			Résultat 2013-2014
			La région a suivi le calendrier de déploiement du MSSS
	Branchement au DSQ d'au moins un site de consultation clinique avant le 31 décembre 2013	S.O.	Branchement d'un site clinique avant le 31 décembre 2013
			Complété dans les délais
	Amorcer les travaux relatifs à l'alimentation du domaine laboratoire		Mise en place de l'interface DSQ et amorce des travaux laboratoire avant le 31 mars 2014
			Complété dans les délais

Commentaires	La région a réalisé les travaux nécessaires afin de respecter les échéanciers ministériels. L'Agence a mis en place la structure de gestion de projet et alloué du financement pour que les établissements de santé puissent déployer la consultation du DSQ auprès des cliniciens de leur territoire. Un plan de déploiement a été partagé avec les répondants locaux au cours du mois de mars 2014 afin d'atteindre la cible de 1010 utilisateurs branchés au DSQ en Abitibi-Témiscamingue d'ici le 31 mars 2015.
--------------	---

↳ Entente de partenariat en ressources informationnelles avec l'Estrie

Préoccupation régionale

L'année 2013-2014 a été marquée par la signature d'une entente de partenariat en gestion des ressources informationnelles entre l'Abitibi-Témiscamingue et la région de l'Estrie. Cette entente représente une formidable occasion de mettre en commun les expertises, tout en combinant les capacités humaines et financières des organisations, dans le but de faciliter l'atteinte de résultats mutuellement bénéfiques.

Ce partenariat s'appuie sur des valeurs communes de collaboration et d'optimisation ainsi que sur une vision convergente de développement en ressources informationnelles. Concrètement, la mise en œuvre de projets d'informatisation clinique exige une masse critique que les régions périphériques comme l'Abitibi-Témiscamingue ont de la difficulté à atteindre, tant au niveau des effectifs spécialisés en ressources informationnelles que du seuil de rentabilité de différents systèmes d'information. Il apparaît évident que l'Agence a tout intérêt à mettre en commun ses efforts avec l'Estrie afin de limiter les doublons et maximiser les retombées des initiatives informationnelles.

↳ Gouvernance et planification en ressources informationnelles

Attente administrative

Objectif Mettre en place les mécanismes de planification, de gouvernance et de reddition de comptes en ressources informationnelles.

Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
Revoir la gouvernance régionale en ressources informationnelles	Réalisé	Adopter un cadre de référence portant sur la structure de fonctionnement de la nouvelle gouvernance	Cadre de référence adopté
Produire un état des projets de 100 000 \$ et plus (deux fois par année)	S.O.	Complété	Complété
Analyser et approuver les PTPARI des établissements pour 2014 à 2017	S.O.	9/9 établissements au 5 février 2014	9/9 établissements au 5 février 2014
Produire et faire approuver le PTPARI de l'Agence par le conseil d'administration pour 2014-2017	S.O.	Adoption du PTPARI par le conseil d'administration de l'Agence	Adopté le 5 février 2014

Commentaires	<p>La direction de l'Agence s'est étroitement impliquée quant à la gouvernance des ressources informationnelles et de l'informatisation clinique au cours de l'année 2013-2014. En concertation avec tous les établissements de la région, un cadre de référence a été convenu, dressant les prémisses d'une nouvelle structure de gestion des ressources informationnelles en Abitibi-Témiscamingue.</p> <p>Mentionnons par ailleurs que l'Agence a démontré un grand leadership quant à la mise en œuvre du plan de gestion des ressources informationnelles (PGRI). Elle a été l'une des premières au Québec à avoir déposé son PARI 2014-2015. Celui-ci a été présenté au conseil d'administration, pour adoption, lors de la séance régulière du mois d'avril 2014.</p> <p>L'Agence a par ailleurs fait preuve de vigilance dans sa démarche, veillant au respect du moratoire en ressources informationnelles, sans pour autant négliger les besoins régionaux prioritaires, en accordant la priorité aux projets d'informatisation clinique et de mise en commun.</p>
--------------	--

↳ *Maintien des actifs informationnels*

Attente administrative

L'Agence soutient l'ensemble des établissements du réseau dans la planification du remplacement des postes informatiques, dans le respect du plan triennal. Cette année, les établissements ont été appelés à limiter leurs acquisitions pour des postes informatiques et des serveurs, de manière à investir davantage dans la mise en place de bureaux virtuels des intervenants et dans l'optimisation des centres de traitement informatique (CTI). L'objectif de ces initiatives consiste à réduire les frais de fonctionnement associés à la gestion du parc informatique par une meilleure utilisation de la virtualisation des infrastructures. Le projet de rehaussement du parc informatique est prévu pour 2014-2015.

↳ *Regroupement de centres de traitement informatique*

Attente administrative

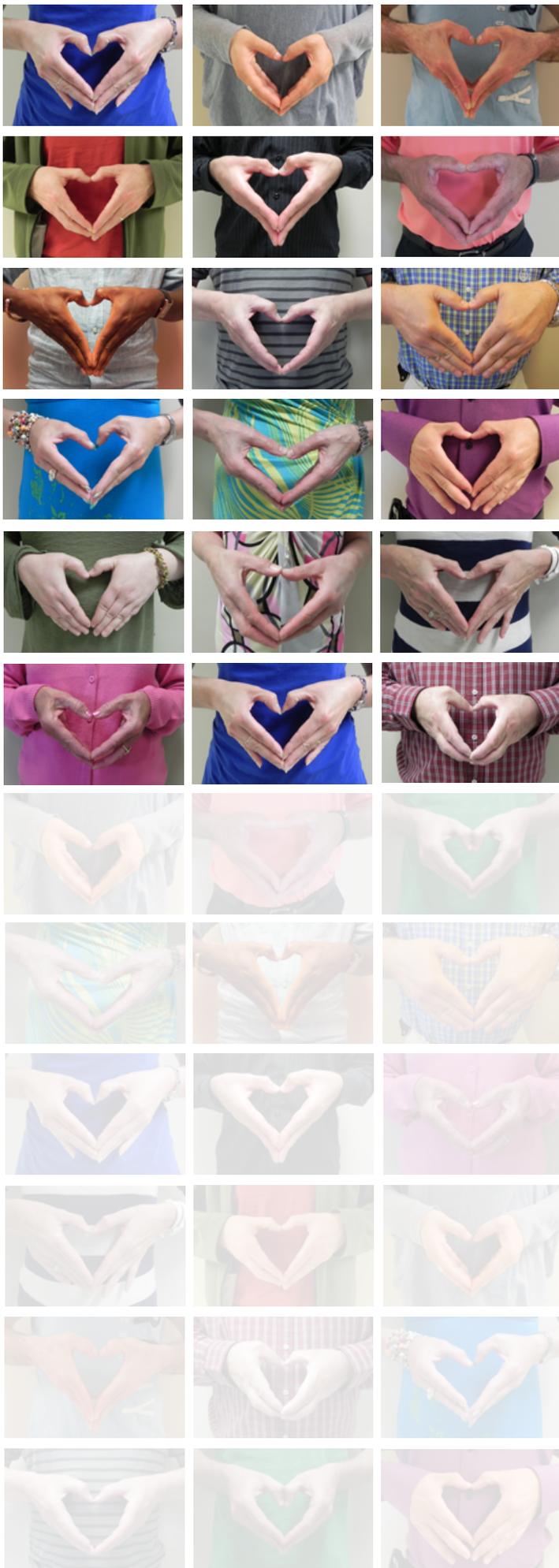
Objectif	Poursuivre le projet d'optimisation des CTI.			
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
	Préparer les locaux des deux CTI régionaux	Travaux en cours dans les 2 CTI	Terminer la préparation des 2 CTI	Complété
	Déposer un dossier d'affaires au MSSS avant le 31 mars 2014	S.O.	Déposer le dossier d'affaires	Déposé au MSSS en février 2014 pour approbation
	Amorcer la migration d'actifs informationnels dans les 2 CTI	En cours	Amorcer la migration (CTI Phase 0)	Certains actifs locaux ont été transférés

Commentaires	<p>Le regroupement des CTI fait partie des priorités régionales inscrites dans la planification triennale 2014-2017. Un dossier d'affaires devait être produit et déposé au MSSS pour approbation. La version finale a été acheminée en février 2014, après validation auprès des différentes instances régionales.</p> <p>La mise en commun des actifs informationnels dans les deux CTI est amorcée à des fins d'optimisation. En 2013-2014, les actifs <i>banque de sang – Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIATH)</i>, <i>serveur glucomètre et paie régionale</i> (pour 4 établissements et l'Agence) ainsi que <i>registre local du cancer - SARDO</i> ont été déployés dans les CTI.</p>
--------------	--

↳ *Solution régionale de laboratoire*

Attente administrative

Objectif	Dépôt d'un dossier d'affaires et lancement du projet Solution régionale de laboratoire (SRL).			
	Indicateur	Résultat 2012-2013	Cible 2013-2014	Résultat 2013-2014
	Dépôt de la demande de financement SRL au MSSS (dossier justificatif sommaire)	S.O.	Présenter une demande de financement au MSSS avant le 31 juillet 2013	Demande déposée dans les délais
	Début des travaux du projet SRL		Lancer le projet SRL	En attente de la lettre de confirmation financière
Commentaires	Un financement ministériel de 1,1 million de dollars est prévu pour le déploiement d'une SRL, comportant notamment le rehaussement du système d'information de laboratoire régional. Ce budget prévoit également la mise en place d'un mécanisme permanent d'alimentation de résultats vers les DMÉ des médecins de famille de la région. Ce projet vise particulièrement les cinq CSSS et l'ensemble des cliniques médicales de leur territoire respectif.			



SECTION 3
Organismes
communautaires
subventionnés par l'Agence

SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET SUIVI DE GESTION

En 2013-2014, l'Agence a subventionné un total de 143 organismes communautaires dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). De ce nombre, 121 organismes œuvrant principalement en santé et services sociaux ont été financés en soutien à leur mission globale pour un montant total de 12 393 389 \$, soit une augmentation de 655 686 \$ par rapport à l'année 2012-2013.

Cette hausse s'explique en partie par l'indexation des subventions accordées, qui représente une somme récurrente totale de 215 349 \$. Par ailleurs, les organismes offrant des services aux proches aidants ainsi qu'en maintien à domicile ont bénéficié de rehaussement récurrent à hauteur de 76 200 \$ pour la région. En tout, sept organismes communautaires se sont partagé cette somme. Mentionnons qu'un organisme qui avait été reconnu au courant de l'exercice précédent a pu, grâce à ces crédits additionnels, recevoir un premier financement en soutien à sa mission, soit le Regroupement des proches aidants d'Abitibi-Ouest.

L'Agence a également investi un total de 2 159 131 \$ pour des ententes spécifiques, la réalisation de projets et du soutien ponctuel à des organismes. Les sommes versées sont non récurrentes. Plus précisément, le soutien pour des projets est versé afin de permettre aux organismes de réaliser des objets promotionnels et de participer à des colloques ou des formations. Quant au fonds de dépannage, il est utilisé afin de réduire le risque de rupture de services lorsqu'un organisme fait face à des difficultés.

À la suite de l'annonce du transfert des sommes versées en entente pour les activités en sécurité alimentaire, des travaux ont été entrepris entre deux directions de l'Agence, soit la Direction de l'organisation des services et la Direction de santé publique. À compter de l'exercice 2014-2015, les organismes dont la mission touche la sécurité alimentaire devraient recevoir leur financement de façon récurrente à même le PSOC. Le transfert pourra se faire tel que demandé par le MSSS, au printemps 2014.

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

Dans le cas de suivis de gestion auprès d'organismes faisant face à de grandes difficultés, l'Agence s'assure d'inclure à la démarche les autres professionnels et directions impliquées, ainsi que le personnel des programmes-services concernés dans le CSSS du réseau local concerné. Il en est de même lorsque des organismes communautaires ferment leurs portes, comme cela a été le cas pour deux d'entre eux au cours de l'année.

En plus du suivi de gestion des organismes communautaires, les activités de l'Agence auprès de ces derniers se sont poursuivies :

- Évaluation de la réponse des organismes communautaires au regard des activités offertes à la population et du soutien budgétaire accordé;
- Analyse de demandes de reconnaissance provenant d'organismes communautaires en santé et services sociaux;
- Analyse de plus d'une vingtaine de demandes de soutien financier ponctuel;
- Soutien et accompagnement auprès des organismes communautaires en difficulté;
- Poursuite des mécanismes de concertation instaurés avec les organismes communautaires dans le cadre du comité de partenariat;
- Soutien à la création de liens significatifs avec les CSSS et les établissements régionaux.

CONCERTATION RÉGIONALE

Le comité de partenariat s'est réuni à cinq reprises durant l'année. Il est composé de membres qui représentent les organismes communautaires, les établissements et l'Agence. Dans la foulée de la Déclaration d'intention signée en juin 2012, un comité de travail a été formé afin de poursuivre cette initiative en organisant un forum à l'hiver 2015. L'événement réunira les organismes communautaires et les établissements du réseau. L'objectif poursuivi est de permettre aux partenaires de mieux comprendre les différentes cultures organisationnelles et d'identifier des points de convergence.

Comme par le passé, les membres du comité sont consultés afin de déterminer si les organismes qui présentent des demandes de reconnaissance sont

admissibles, voir à la répartition des budgets de développement ainsi qu'aux transferts de subventions à la suite de fermeture d'organismes. Cette année, des critères d'analyse précis ont été élaborés pour ce type de situations.

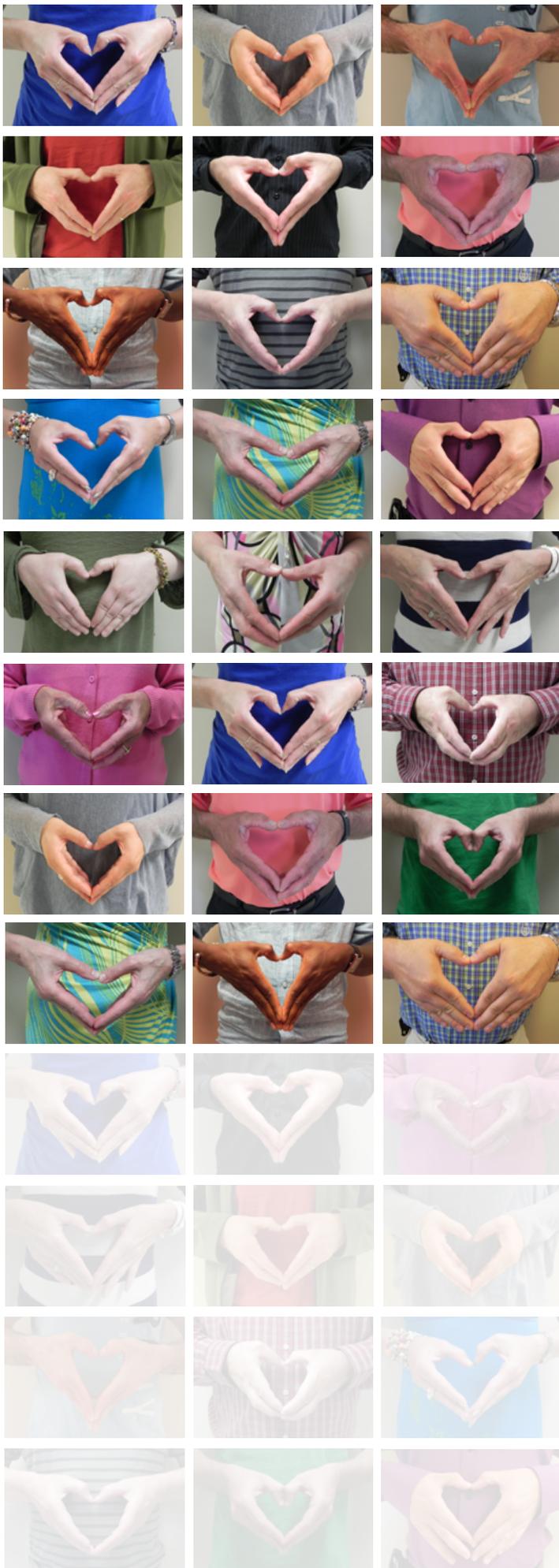
Aussi, des travaux ont débuté à la suite de l'annonce d'un rehaussement récurrent des budgets accordés aux organismes financés au PSOC. L'exercice qui a été entrepris vise à bien baliser une éventuelle distribution de nouvelles ressources financières.

Comme par les années précédentes, le Bottin des organismes communautaires a été mis à jour. Cet outil est diffusé sur le site Internet de l'Agence.

Tableau 18 : Organismes communautaires subventionnés dans le cadre du PSOC au 31 mars 2014

Catégories	2013-2014		2012-2013	
	Nombre d'organismes	PSOC (\$)	Nombre d'organismes	PSOC (\$)
Agressions à caractère sexuel (CALACS)	4	781 918	4	769 492
Autres ressources jeunesse	4	206 472	4	203 191
Centres d'action bénévole	4	323 400	4	318 260
Centres de femmes	3	560 361	3	551 721
Concertation régionale	1	85 035	1	83 683
Dépendances et hébergement d'urgence	8	1 029 488	8	914 004
Hommes en difficulté	2	231 478	2	129 300
Justice alternative	1	557 824	1	548 958
Maintien à domicile	24	439 377	24	365 319
Maisons des jeunes	9	672 015	9	661 334
Maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence	4	2 694 586	4	2 651 760
Personnes démunies	5	184 535	5	176 999
Personnes handicapées	22	1 860 465	22	1 794 567
Santé mentale	24	2 532 657	23	2 329 504
Santé physique	9	86 468	9	94 907
Santé publique	1	88 376	1	86 971
VIH/Sida	1	58 665	1	57 733
TOTAL*	121	12 393 389	120	11 737 703

* Certains organismes communautaires se retrouvent dans plus d'une catégorie.



SECTION 4

Données financières

SITUATION FINANCIÈRE DE L'AGENCE

Rapport de la direction

Le rapport financier annuel du 31 mars 2014, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de l'Agence qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire de l'information financière et non financière fiable.

La direction a vu à ce que toutes les pages du formulaire AS-475 (copie papier) et le fichier de format prescrit du rapport financier annuel du 31 mars 2014 transmis au

MSSS soient identiques. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'Agence.

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'Agence conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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

Les états financiers, inclus sous la section audité du rapport financier annuel, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour se faire conformément aux Normes canadiennes d'audit. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Le président-directeur général,



Jacques Boissonneault

La directrice des ressources financières et matérielles,



Marie-Lyne Blier

 Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration de
Agence de la santé et des services sociaux
de l'Abitibi-Témiscamingue

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.
50, avenue Dallaire
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 4S7

Téléphone: (819) 762-1714
Télécopieur: (819) 762-3306
www.rcgt.com

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent le bilan au 31 mars 2014 et les états des résultats et les états des soldes de fonds pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 18 juin 2014 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.26) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue pour

l'exercice terminé le 31 mars 2014 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.26) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 18 juin 2014. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2014 et 2013 n'ont pu être déterminées.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités et de la variation des soldes de fonds pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

1

Raymond Chabot Grant Thornton S.E. N.C. R. L.

Rouyn-Noranda

Le 24 septembre 2014

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A108945

Tableau 19 : État du suivi des réserves, des commentaires et des observations formulés par l'auditeur indépendant

Description des réserves, commentaires et observations 1	Année 20XX-XX 2	Nature (R, O ou C) 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2014		
				R 5	PR 6	NR 7
Signification des codes :						
Colonne 3 :			Colonnes 5, 6 et 7 :			
R pour réserve			R pour réglée			
O pour observation			PR pour partiellement réglée			
C pour commentaire			NR pour non réglée			

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières						
Les contrats de location d'immeuble conclus entre l'Agence et la SQI sont comptabilisés comme contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.	2014-01	R	S/O			

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant						

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou visés à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						

Rapport à la gouvernance						

Note : Données extraites de la page 140 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2013-2014.

Tableau 20 : Fonds d'exploitation - État des résultats - Exercice terminé le 31 mars 2014

		Activités principales		Activités accessoires	
		2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
		\$	\$	\$	\$
REVENUS DE SUBVENTION DU MSSS					
Budget signifié	01	6 456 124	6 641 198	118 590	115 253
(Diminution) ou augmentation du financement (cf. P. 290-1)	02	54 375	200 146		13 978
Variation des revenus reportés – MSSS	03	130 061	(159 044)	(12 430)	
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04		10 327		
Total Subventions MSSS (L.01 à L.04)	05	6 640 560	6 692 627	106 160	129 231
AUTRES REVENUS					
Revenus de placements	06	22 454	18 588		
Revenus de type commercial	07	xxxx	xxxx		
Revenus d'autres sources					
Ventes de services et recouvrements	08	119 057	99 042		
Subventions du Gouvernement du Canada	09				
Autres revenus (cf. P. 290-2)	10	111 480	179 650	20 626	39 374
Total des revenus (L.05 à L.10)	11	6 893 551	6 989 907	126 786	168 605
CHARGES					
Salaires	12	3 961 031	3 826 060		
Avantages sociaux	13	965 145	1 075 151		
Charges sociales (cf. P. 290-2)	14	581 556	561 907		
Frais de déplacement et représentation	15	258 137	263 416	xxxx	xxxx
Services achetés (cf. P. 290-3 et 290-4)	16	267 843	388 627	125 118	137 110
Publicité et communication	17	148 938	176 867		
Loyers	18	303 611	297 220		686
Location d'équipement	19	30 776	51 948		
Fournitures de bureau	20	36 806	40 295		
Dépenses de transfert	21	152 085	158 699		
Entretien et réparations	22				
Frais financiers	23				
Créances douteuses	24				
Autres charges	25	69 155	58 237	1 595	30 736
Charges extraordinaires	26	xxxx	xxxx		
Total des charges (L.12 à L.26)	27	6 775 083	6 898 427	126 713	168 532
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.11 – L.27)	28	118 468	91 480	73	73

Renseignement à titre informatif seulement

Contributions de l'avoir propre (+)	29				
Transfert interfonds - En provenance					
de Fonds affectés (+)	30		8 478	xxxx	xxxx
du Fonds des activités régionalisées (+)	31	35 347	34 594	xxxx	xxxx
du Fonds de stationnement (+)	32				
Transfert interfonds - Affectations					
au Fonds d'immobilisations (-)	33	(31 100)	(27 583)		
au Fonds de stationnement (c/a 8610) (-)	34	xxxx	xxxx		
à d'autres fonds (-)	35		(1 845)		
Surplus (Déficit) de l'exercice après contributions et transferts interfonds (L.28 à L.35)	36	122 715	105 124	73	73

Note : Données extraites de la page 200 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2013-2014.

Tableau 21 : Fonds des activités régionalisées - État des résultats - Exercice terminé le 31 mars 2014

		2013-2014	2012-2013
		\$	\$
REVENUS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	2 359 268	2 156 604
Variation des revenus reportés – MSSS	02	221 652	76 084
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	03		
FINESSES			
Contributions des établissements	05	224 147	127 878
Revenus de placements	06	23 652	24 461
Revenus d'autres sources			
Ventes de services et recouvrements	07	24 229	5 776
Subventions du Gouvernement du Canada	08		
Autres revenus (cf. P. 291)	09	223 478	377 465
Total des revenus (L.01 à L.09)	10	3 076 426	2 768 268
CHARGES			
Salaires	11	607 077	502 780
Avantages sociaux	12	136 590	134 997
Charges sociales – Fonds des services de santé (FSS)	13	31 894	27 327
Charges sociales – autres	14	63 579	52 085
Frais de déplacement et de représentation	15	86 504	73 927
Services achetés (cf. P. 291)	16	1 335 238	1 052 410
Publicité et communication	17	36 763	7 601
Loyers	18	8 972	9 368
Dépenses de transfert	19	255 379	680 920
Fournitures de bureau	20	58 498	111 747
Entretien et réparations	21	1 671	1 672
Créances douteuses	22		
Autres charges (cf. P. 291)	23	93 520	133
Total des charges (L.11 à L.23)	24	2 715 685	2 654 967
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.10 – L.24)	25	360 741	113 301

Renseignement à titre informatif seulement

Contributions de l'avoir propre (+)	26		
Transferts interfonds – En provenance			
du Fonds d'exploitation (+)	27		1 246
du Fonds des activités régionalisées (+)	28		
de Fonds affectés (+)	29	27 225	23 530
Transferts interfonds - Affectations			
au Fonds d'exploitation (-)	30	(35 347)	(34 594)
au Fonds des activités régionalisées (-)	31		42 444
à des Fonds affectés (-)	32		(500)
au Fonds d'immobilisations (-)	33	(56 017)	(81 379)
Autres transferts interfonds	34	4 355	
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions de l'avoir propre et transfert interfonds (L.25 à L.34)	35	300 957	64 048

Note : Données extraites de la page 201 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2013-2014.

Tableau 22 : Fonds d'immobilisations - État des résultats - Exercice terminé le 31 mars 2014

		2013-2014	2012-2013
		\$	\$
REVENUS			
Ministère de la Santé et des Services sociaux			
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	556 103	547 939
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêts	02	811 340	947 441
Autres subventions	03		
Revenus de placements	04		
Gain sur dispositions d'immobilisations	05		
Revenus d'autres sources			
Subventions du Gouvernement du Canada (cf. P. 389)	06		
Contributions et dons (cf. P. 289)	07		
Autres revenus (cf. P. 292)	08		
Total des revenus (L.01 à L.08)	09	1 367 443	1 495 380
CHARGES			
Frais financiers			
Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette (cf. P. 366)	10	814 690	949 335
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	12	15 213	15 137
Dépenses d'immobilisations non capitalisées			
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	75 000	75 000
Services achetés (cf. P. 292)	14		
Entretien et maintien des actifs	15		77 226
Autres charges non capitalisées (cf. P. 292)	16	198 115	
Amortissement des immobilisations	17	336 900	297 816
Pertes sur dispositions d'immobilisations	18		
Total des charges (L.10 à L.18)	19	1 439 918	1 414 514
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.09 – L.19)	20	(72 475)	80 866

Renseignement à titre informatif seulement : Contributions

Contributions en provenance du			
Fonds d'exploitation-activités principales (+)	21	31 100	27 583
Fonds d'exploitation-activités accessoires complémentaires (+)	22		
Fonds d'exploitation-activités accessoires commerciales (+)	23		
Fonds des activités régionalisées (+)	24	56 017	81 379
Fonds affectés (+)	25	98 429	40 162
Fonds de stationnement (+)	26		
Contributions affectées à d'autres fonds (-)	27		(50 922)
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions et affectations interfonds (L.20 à L.27)	28	113 071	179 068

Note : Données extraites de la page 202 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2013-2014.

Tableau 23 : Fonds d'exploitation - État des soldes de fonds - Exercice terminé le 31 mars 2014

		Activités principales \$	Avoir propre \$	Exercice courant (C.1 + C.2) \$	Exercice précédent \$
		1	2	3	4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	341 434	1 015 563	1 356 997	1 251 800
ACTIVITÉS PRINCIPALES :					
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	118 468		118 468	91 480
Transferts interfonds – En provenance					
de Fonds affectés (+) (préciser)	03	xxxx			8 478
du Fonds des activités régionalisées (+) (note 2-01)	04	xxxx	35 347	35 347	34 594
du Fonds de stationnement (+) (préciser)	05	Xxxx			
Transferts interfonds - Affectations					
au Fonds d'immobilisations (-) (1)	06	xxxx	(31 100)	(31 100)	(27 583)
à d'autres fonds(-)	07	xxxx			(1 845)
ACTIVITÉS ACCESSOIRES					
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	08	xxxx	73	73	73
Transferts interfonds – En provenance					
du Fonds de stationnement (+)	09	xxxx			
Transferts interfonds – Affectations					
au Fonds d'immobilisations (-)	10	xxxx			
au Fonds de stationnement (c-a 8610) (-)	11	xxxx			
à d'autres fonds (-)	12	xxxx			
AUTRES ÉLÉMENTS					
Libération de surplus	13				
Contributions de l'avoir propre aux autres fonds (préciser)	14	xxxx			
Autres corrections (cf. page 268)	15	(341 434)	341 434		
Variation de l'exercice (L.02 à L.15)	16	(222 966)	345 754	122 788	105 197
Redressements demandés par le MSSS (cf. page 268)	17	(341 434)	341 434		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.16 + L.17)	18	(222 966)	1 702 751	1 479 785	1 356 997

- (1) Exceptionnellement pour les fins de reports, lorsque l'Agence n'a pas transféré les économies liées aux projets d'investissement financés par les activités principales des exercices antérieurs, elle doit les inscrire aux activités principales de l'exercice courant à la ligne 06.

Note : Données extraites de la page 250 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2013-2014.

Tableau 24 : Fonds d'immobilisations - Fonds des activités régionalisées - État des soldes de fonds - Exercice terminé le 31 mars 2014

		Fonds d'immobilisations		Fonds des activités régionalisées	
		2013-2014 \$	2012-2013 \$	2013-2014 \$	2012-2013 \$
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	179 068		1 851 446	1 787 398
Surplus (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	(72 475)	80 866	360 741	113 301
Transferts interfonds – En provenance					
du Fonds d'exploitation (+) (préciser C.3)	03	31 100	27 583		1 246
du Fonds des activités régionalisées (+) (préciser C.3)	04	56 017	81 379		
de Fonds affectés (+) (note 2-02)	05	98 429	40 162	27 225	23 530
du Fonds de stationnement (+)	06			xxxx	xxxx
Transferts interfonds - Affectations					
au Fonds d'exploitation (-) (note 2-03)	07		(8 478)	(35 347)	(34 594)
au Fonds des activités régionalisées (-) (préciser C.3)	08		(42 444)		42 444
à des Fonds affectés (-) (préciser C.3)	09				(500)
au Fonds d'immobilisations (-) (préciser C.3)	10	xxxx	xxxx	(56 017)	(81 379)
Autres transferts interfonds (note 2-04)	11	(4 355)		4 355	
Contributions de l'avoir propre (+)	12				
Autres additions (déductions)	13				
Variation de l'exercice (L.02 à L.13)	14	108 716	179 068	300 957	64 048
Redressements (préciser)	15				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.14 + L.15)	16	287 784	179 068	2 152 403	1 851 446

Note : Données extraites de la page 251 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2013-2014.

Tableau 25 : Fonds d'exploitation - Fonds des activités régionalisées - Bilan au 31 mars 2014

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
		1	2	3	4
ACTIF					
Encaisse	01	2 008 372	1 922 574	2 023 448	2 027 444
Placements temporaires	02				
Débiteurs					
MSSS (cf. P. 295 et P. 296)	03	137 502	315 325	334 511	181 899
FINESSES	04	xxxx	xxxx		
Établissements publics (cf. P. 295 et P. 296)	05	526 300	405 909	146 996	
Gouvernement du Canada	06				
Créances interfonds (préciser)	07				
Autres débiteurs (cf. P. 295 et P. 296-1)	08	77 465	137 401	1 225 789	406 935
Frais payés d'avance	09	40 083	15 840	11 004	100 471
Stocks de fournitures	10				
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	11	676 759	676 759	39 650	39 650
Autres éléments d'actif (cf. P. 295-1 et P. 296-1)	12				12 124
Total de l'actif (L.01 à L.12)	13	3 466 481	3 473 808	3 781 398	2 768 523
PASSIF					
Découvert bancaire	14			26 690	
Emprunts temporaires	15				
Intérêts courus à payer	16				
Créditeurs et autres charges à payer					
MSSS (cf. P. 295-1 et P. 296-1)	17				
Établissements publics (cf. P. 295-1 et P. 296-2)	18	122 190	10 162	1 164 465	
Dette interfonds (préciser)	19				
Salaires courus à payer	20	344 328	517 304	7 928	7 695
Fonds des services de santé (FSS) à payer	21	17 152	17 276		
Autres créditeurs et charges à payer (cf. P. 295-2 et 296-2)	22	647 295	577 382	153 028	402 879
Passif au titre des avantages sociaux futurs (cf. P. 221 et 221-1)	23	730 622	743 010	75 369	79 483
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	24				
Autres revenus reportés (cf. P. 345, P. 346 et P. 459)	25	125 109	251 677	201 515	427 020
Dettes à long terme	26	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres éléments de passif (cf. P. 295-2 et P. 296-2)	27				
Total du passif (L.14 à L.27)	28	1 986 696	2 116 811	1 628 995	917 077
SOLDE DE FONDS	29	1 479 785	1 356 997	2 152 403	1 851 446
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	3 466 481	3 473 808	3 781 398	2 768 523

Note : Données extraites de la page 260 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2013-2014.

Tableau 26 : Fonds d'immobilisations - Bilan au 31 mars 2014

	2013-2014	2012-2013
	\$	\$
	1	2
ACTIF		
Encaisse	01	
Placements temporaires	02	
Avances de fonds aux agences et aux établissements publics	03	6 238 700 10 184 106
Débiteur		
MSSS (cf. P. 360)	04	168 723 194 098
Gouvernement du Canada	05	
Créances interfonds (préciser)	06	
Autres éléments (cf. P. 297)	07	
Frais payés d'avance	08	
Immobilisations	09	1 485 913 1 549 924
Subvention à recevoir - réforme comptable (cf. P. 360)	10	15 943 509 18 531 898
Frais reportés liés aux dettes	11	39 528 54 737
Autres éléments d'actif (cf. P. 297)	12	
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	23 876 373 30 514 763
PASSIF		
Découvert bancaire	14	78 094 38 335
Emprunts temporaires (cf. P. 367)	15	7 110 115 10 521 004
Intérêts courus à payer (cf. P. 366)	16	168 723 194 098
Créditeurs et autres charges à payer		
MSSS (cf. P. 360)	17	
Dettes interfonds (préciser)	18	
Salaires courus à payer	19	
Fonds des services de santé (FSS) à payer	20	
Autres créditeurs et charges à payer (cf. P. 297-1)	21	
Passif au titre des avantages sociaux futurs (cf. P. 221-1)	22	
Avances de fonds en provenance des agences et des établissements publics	23	
Revenus reportés – Gouvernement du Canada (cf. P. 389)	24	
Autres revenus reportés (cf. P. 389)	25	
Passifs environnementaux (cf. P. 297-1)	26	
Dettes à long terme (cf. P. 367)	27	16 231 657 19 570 134
Autres éléments de passif (cf. P. 297-1)	28	12 124
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.28)	29	23 588 589 30 335 695
SOLDE DE FONDS	30	287 784 179 068
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.29 + L.30)	31	23 876 373 30 514 763

Note : Données extraites de la page 261 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2013-2014.

Tableau 27 : Fonds affectés cumulés - Bilan au 31 mars 2014

		2013-2014	2012-2013
		\$	\$
		1	2
ACTIF			
Encaisse	01	2 201 899	1 687 851
Placements temporaires	02		
Débiteurs			
MSSS (cf. P. 294)	03	85 303	1 090 289
FINESSS	04		
Établissements publics (cf. 294)	05	1 340	
Gouvernement du Canada	06		
Créances interfonds (préciser)	07		
Autres débiteurs (cf. 294-1)	08	40 659	27 111
Frais payés d'avance	09	198 737	164 625
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	10	21 609	21 609
Placements de portefeuilles	11		
Autres éléments d'actif (cf. 294-1)	12		
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	2 549 547	2 991 485
PASSIF			
Découvert bancaire	14		
Emprunts temporaires	15		
Intérêts courus à payer	16		
Créditeurs et autres charges à payer			
Établissements publics (cf. P. 294-1)	17	49 310	
Organismes	18		
Dettes interfonds (préciser)	19		
Salaires courus à payer	20	5 671	4 080
Fonds des services de santé (FSS) à payer	21		
Autres créditeurs et charges à payer (cf. P. 294-2)	22	689 090	886 156
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	38 017	32 502
Revenus reportés – MSSS (cf. 559)	24		9 000
Revenus reportés – Gouvernement du Canada (cf. 559)	25		
Autres revenus reportés (cf. P. 559)	26	500	
Autres éléments de passif (cf. P. 294-2)	27		
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.27)	28	782 588	931 738
SOLDE DE FONDS	29	1 766 959	2 059 747
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	2 549 547	2 991 485

Note : Données extraites des pages 262 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2013-2014.

Tableau 28 : Fonds affectés cumulés - État des résultats au 31 mars 2014

		2013-2014	2012-2013
		\$	\$
		1	2
REVENUS			
Subventions MSSS	01	15 527 747	15 001 645
Crédits régionaux	02		285 965
Variation des revenus reportés – MSSS et FINESSS	03	9 000	(4 964)
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04		
FINESSS	05	2 258 431	2 250 662
Revenus de placements	06	26 912	27 276
Revenus d'autres sources			
Subventions Gouvernement du Canada	07		
Autres revenus (cf. P. 293)	08	2 288 333	2 359 948
Total des revenus (L.01 à L.08)	09	20 110 423	19 920 532
CHARGES			
Dépenses de transfert	10	18 436 631	18 245 981
	11	xxxx	xxxx
Frais financiers	12		
Charges d'exploitation			
Salaires	13	299 234	255 713
Avantages sociaux	14	42 993	42 948
Charges sociales – Fonds des services de santé (FSS)	15	11 939	10 024
Charges sociales – Autres	16	19 453	18 423
Frais de déplacement et de représentation	17	133 696	132 818
Services achetés (cf. P. 293)	18	57 404	108 531
Location d'équipement	19		90
Fournitures de bureau	20	6 113	2 576
Autres charges (cf. P. 293)	21	1 270 094	988 009
Total des charges (L.10 à L.21)	22	20 277 557	19 805 113
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.09 – L.22)	23	(167 134)	115 419

Note : Données extraites des pages 263 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2013-2014.

Tableau 29 : Fonds affectés cumulés - État des soldes de fonds au 31 mars 2014

		2013-2014	2012-2013
		\$	\$
		1	2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	2 059 747	2 006 921
Additions (déductions)			
Surplus (Déficit) de l'exercice	02	(167 134)	115 419
Transferts interfonds – En provenance			
du Fonds d'exploitation (+)	03		
du Fonds des activités régionalisées (+)	04		500
de Fonds affectés (+) (préciser)	05		
Transferts interfonds - Affectations			
au Fonds d'exploitation (-)	06		
au Fonds des activités régionalisées (-)	07	(27 225)	(23 530)
à d'autres Fonds affectés (-) (préciser)	08		
au Fonds d'immobilisations (-)	09	(98 429)	(40 162)
Autres transferts interfonds (pages 529, 530 et 531)	10		599
Autres additions (déductions) (préciser)	11		
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	(292 788)	52 826
Redressements (préciser)	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	1 766 959	2 059 747

Note : Données extraites des pages 263 -1 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2013-2014.

NOTES COMPLÉMENTAIRES AUX ÉTATS FINANCIERS CUMULÉS – EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2014

Note 1 – Statut et nature des opérations

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a été constituée le 1^{er} janvier 2006 en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Elle a pour mandat d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Le siège social de l'Agence est situé au 1, 9^e Rue, Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

Note 2 – Description des principales conventions comptables

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des éléments suivants :

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise d'infrastructure (SQI) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation no 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard des montants de l'actif et de passif comptabilisés, sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels ainsi que sur les montants des revenus et des charges comptabilisés.

Les principaux éléments pour lesquels la direction a établi des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, le passif au titre des avantages sociaux futurs.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés au moment où ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'Agence comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'agence bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'agence bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'agence bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passés aux résultats au fur et à mesure que l'agence bénéficiaire rencontre les stipulations.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement

voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement.

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

↳ Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

↳ Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou du Québec, ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont désormais présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

↳ Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées payées ou à payer sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'Agence cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Ils sont donc constatés à titre de charge d'exercice.

↳ Salaires

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux dépenses de l'exercice.

↳ Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à équilibrer les montants des revenus correspondants.

↳ Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

↳ Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

↳ Crédoiteurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux crédoiteurs et autres charges à payer.

↳ Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

↳ Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements

qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

↳ *Avantages sociaux futurs*

Les obligations à long terme découlant des congés de maladie et de vacances accumulés, de congé parental et d'assurance-salaire sont comptabilisées dans les passifs au titre des avantages sociaux futurs.

↳ *Régimes de retraite*

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

↳ *Immobilisations*

Les immobilisations acquises sont des actifs non financiers comptabilisés au coût. Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile :

<u>Catégorie</u>	<u>Durée</u>
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max 10 ans)
Équipements de communication multimédia	5 ans
Mobilier et équipement de bureau	5 ans
Équipements médicaux (Agence)	12 ans
Machinerie, mobilier et équipement	10 ans
Développement informatique	5 ans

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

↳ *Frais payés d'avance*

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'Agence consomme effectivement le service.

↳ *Instruments financiers devant être évalués à la juste valeur*

Conformément aux directives du MSSS, les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués au coût ou au coût après amortissement au lieu de leur juste valeur, comme le veut la norme comptable.

L'Agence ne détient pas au 31 mars 2014 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

↳ *Comptabilité par fonds*

Pour les fins de présentation du rapport annuel, l'Agence utilise la comptabilité par fonds. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);
- Le fonds d'immobilisations regroupe les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations;
- Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentation d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs;
- Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux

programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées;

- Le fonds de santé au travail regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST). Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la CSST et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

↳ Prêt interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements réalisés à partir d'un solde prêté appartiennent au fonds prêteur.

↳ Classification des activités

La classification des activités du fonds d'exploitation de l'Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes.

Activités principales :

- Les activités principales regroupent les opérations qui découlent de la fonction que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

Activités accessoires :

- Les activités accessoires comprennent les fonctions qu'elle exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales. Elles se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial :

Les activités accessoires complémentaires sont celles découlant des fonctions additionnelles que l'Agence exerce en sus des fonctions qui lui sont confiées. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

↳ Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'Agence dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

↳ Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

Note 3 – Présentations des données budgétaires

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes conventions comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 12 juin 2013.

Note 4 – Instruments financiers

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le MSSS détermine le format du rapport financier annuel applicable aux agences. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2014, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par la Loi en ce sens, et par le fait que les données financières de l'Agence sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'applique pas la norme sur les instruments financiers.

L'Agence ne détenait pas au 31 mars 2014 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Note 5 – Emprunts bancaires

L'Agence est autorisée à emprunter sous forme d'emprunts temporaires afin de pourvoir aux paiements des dépenses effectuées par les établissements publics dans le cadre des enveloppes décentralisées. L'Agence dispose d'autorisations d'emprunts pour des montants totalisant 50 257 002 \$ dont un montant de 6 342 744 \$ était utilisé au 31 mars 2014.

Pour réaliser ces emprunts temporaires, l'Agence dispose d'une marge de crédit d'appoint autorisée de 100 000 \$ portant intérêt au taux préférentiel du prêteur moins 1,1 % (1,9 % au 31 mars 2014) afin de financer la portion de l'encours des emprunts inférieure à 100 000 \$.

De plus, l'Agence dispose d'autorisations d'emprunts à court terme par voie d'acceptations bancaires. Ces emprunts portent intérêt au taux des acceptations bancaires majoré de 0,3 % (1,53 % au 31 mars 2014) afin de financer la portion de l'encours des emprunts excédant 100 000 \$.

L'Agence dispose également d'emprunts temporaires sous forme de billets à escompte afin de financer temporairement des projets issus des enveloppes décentralisées, des dettes à long terme venant à échéance et en attente de refinancement, des projets d'immobilisations et des besoins de liquidités liées au fonds d'exploitation.

Ces billets à escompte d'un montant autorisé de 767 372 \$ qui évolue en fonction des autorisations ministérielles, portent intérêts au taux des acceptations bancaires à un mois majoré de 0,05 % (1,28 % au 31 mars 2014). Au 31 mars 2014, le montant autorisé de 767 372 \$ est utilisé afin de financer des projets issus des enveloppes décentralisées d'un montant de 383 906 \$ et pour le refinancement de la dette à long terme d'un montant de 383 466 \$.

Note 6 – Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle, les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire. Cependant, selon le chapitre SP 3450 Instruments financiers, la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

Note 7 – Risques financiers

Les principaux risques financiers auxquels l'Agence est exposée sont détaillés ci-après.

↳ *Risque de crédit*

L'Agence est exposée au risque de crédit relativement aux actifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière. L'Agence a déterminé que les actifs financiers l'exposant davantage au risque de crédit sont principalement les subventions à recevoir dont le risque est considéré comme négligeable puisque la contrepartie est le ministère de la Santé et des Services sociaux.

↳ *Risque de marché*

Les instruments financiers de l'Agence l'exposent au risque de marché, plus particulièrement au risque de taux d'intérêt, lequel découle à la fois des activités de fonctionnement et de financement :

Risque de taux d'intérêt

L'Agence est exposée au risque de taux d'intérêt relativement aux actifs et passifs financiers portant intérêt à taux fixe et variable.

Les dettes à long terme portent intérêt à taux fixe et exposent donc l'Agence au risque de variations de la juste valeur découlant des fluctuations des taux d'intérêt.

Les acceptations bancaires et les emprunts temporaires portent intérêt à taux variable et exposent donc l'Agence à un risque de flux de trésorerie découlant des variations des taux d'intérêt.

Les autres actifs et passifs financiers de l'Agence ne présentent aucun risque de taux d'intérêt étant donné qu'ils ne portent pas intérêt.

↳ *Risque de liquidité*

Le risque de liquidité de l'Agence est le risque qu'elle éprouve des difficultés à honorer des engagements liés à ses passifs financiers. L'Agence est donc exposée au risque de liquidité relativement à l'ensemble des passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière.

Note 8 – Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence

est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

Note 9 – Maintien de l'équilibre budgétaire

En vertu de l'article 387 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), l'Agence doit maintenir l'équilibre entre ses prévisions budgétaires de revenus et ses dépenses.

Selon les résultats fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-475 pour l'exercice clos le 31 mars, l'Agence a respecté cette obligation légale.

Note 10 – Obligations contractuelles

L'Agence a conclu avec la SIQ, le 24 avril 2013, une location d'immeuble. Le bail était en vigueur depuis le 25 octobre 2012 et se termine le 24 octobre 2027. L'Agence a l'option de renouveler le présent bail pour une période additionnelle de cinq (5) ans.

Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2014-2015	91 558 \$
2015-2016	91 558 \$
2016-2017	91 558 \$
2017-2018	91 558 \$
2018-2019	91 558 \$
2019-2024	457 790 \$
2024-2028	<u>457 790 \$</u>
	<u>1 373 370 \$</u>

L'Agence s'est engagée en vertu de contrats long terme échéants à diverses dates jusqu'au 18 novembre 2018.

Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2014-2015	34 591 \$
2015-2016	28 304 \$
2016-2017	19 407 \$
2017-2018	18 537 \$
2018-2019	<u>9 532 \$</u>
	<u>110 371 \$</u>

L'Agence possède un contrat pour le changement du système informatique qui devrait être effectué dans son année financière 2015-2016.

Les paiements minimums futurs s'établissement comme suit :

2015-2016	<u>134 651 \$</u>
-----------	-------------------

SITUATION FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS

Budget net de fonctionnement

L'exercice financier 2013-2014 s'est soldé par un déficit régional de 2 981 355 \$.

En 2013-2014, trois CSSS et un centre de réadaptation présentent un déficit. En ce qui concerne trois de ces établissements, le déficit est comblé par l'avoire propre. Pour le dernier CSSS déficitaire, des mesures sont mises en place pour le retour à l'équilibre budgétaire.

Tableau 30 : Budget net de fonctionnement - Excédent ou (déficit) au 31 mars 2014

ÉTABLISSEMENTS	Budget net de fonctionnement		Excédent (déficit) du Fonds d'exploitation*	
	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
	\$	\$	\$	\$
CSSS				
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	58 059 631	57 312 473	(71 117)	(72 436)
CSSS des Aurores-Boréales	46 023 037	44 739 387	(127 638)	817 736
CSSS de Rouyn-Noranda	75 667 990	73 152 258	260 246	56 596
CSSS de la Vallée-de-l'Or	81 214 927	79 035 409	(5 160 965)	(3 187 004)
CSSS du Témiscamingue	34 510 092	33 719 385	405 811	(495 557)
SOUS-TOTAL	295 475 677	287 958 912	(4 693 663)	(2 880 665)
CRPDI – CRPDP - CRPAT				
CRDIAT Clair Foyer	24 052 128	22 556 658	515 387	203 802
CR La Maison	11 280 398	11 190 345	552 118	833 318
Centre Normand	2 736 993	2 679 417	(32 947)	84 518
SOUS-TOTAL	38 069 519	36 426 420	1 034 558	1 121 638
CPEJ - CRJDA				
Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue	27 920 502	26 794 591	677 750	1 931 211
SOUS-TOTAL	27 920 502	26 794 591	677 750	1 931 211
TOTAL RÉGIONAL	361 465 698	351 179 923	(2 981 355)	172 184

Autorisation d'emprunt temporaire accordée

En décembre 2007, des modifications ont été apportées à la Loi sur l'administration financière afin de prévoir, pour les organismes assujettis à l'application du chapitre VIII de cette Loi, des modalités d'exercice de leurs pouvoirs d'emprunter, d'effectuer des placements, de prendre certains engagements financiers et de conclure des produits dérivés.

Le réseau public de la santé et des services sociaux est visé par ces nouvelles dispositions. Les modifications sont en vigueur depuis le 15 décembre 2008 alors que celles concernant les engagements financiers le sont depuis le 6 novembre 2008.

Le pouvoir d'emprunt des établissements publics est encadré par l'article 296 de la LSSSS, l'article 13 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux et l'article 77.1 sur l'administration financière.

Les ajouts à la Loi font en sorte que l'exercice des pouvoirs visés nécessitera dorénavant l'autorisation du ministre de la Santé et des Services sociaux de même que celle du ministre des Finances. Il est toutefois prévu, par règlement, certains cas où l'autorisation du ministre des Finances n'est pas requise ou la possibilité pour le ministre de la Santé et des Services sociaux de déléguer, à toute personne qu'il désigne, le pouvoir de donner les autorisations requises.

Les autorisations d'emprunts temporaires au titre des dépenses courantes de fonctionnement sont sous la responsabilité entière du Ministre. Toute demande d'emprunt est acheminée à l'Agence qui l'analyse et fait les recommandations au MSSS. Sur recommandation favorable de l'Agence, le MSSS autorise l'emprunt temporaire. Aucune limite ou plafond régional n'est considéré pour les dépenses courantes de fonctionnement.

En ce qui concerne les autorisations d'emprunts temporaires au titre des dépenses en immobilisation à la charge du fonds d'exploitation, avec des limites clairement définies, l'instance régionale doit obtenir une autorisation ministérielle *ad hoc* avant d'autoriser un établissement à emprunter.

Tableau 31 : Autorisation d'emprunt temporaire accordée au 31 mars 2014

Nature des dépenses	\$	%
Dépenses courantes de fonctionnement	11 000 000	2,693
Dépenses en immobilisation	759 264	0,186
TOTAL RÉGIONAL	11 759 264	2,879

SUBVENTION AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

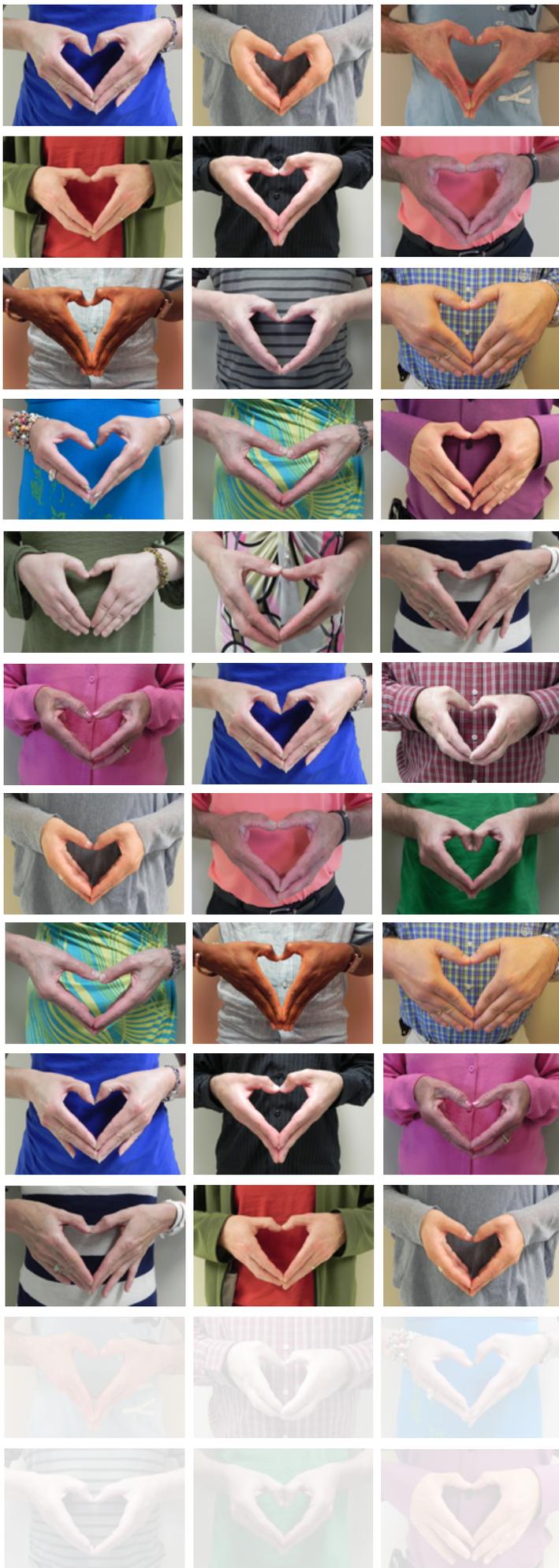
Tableau 32 : Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités

Organisme	Subvention accordée PSOC		Entente de service et projet ponctuel	
	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
	\$	\$	\$	\$
ACCÈS LOGIS				
Résidence Témiscaming			11 930	11 650
Table de concertation pour personnes âgées du Témiscamingue			19 521	19 064
Sous-total	-	-	31 451	30 714
ALCOOLISME ET AUTRES TOXICOMANIES				
Accueil Giboulée Harvey Bibeau	317 670	200 538		51 309
Maison du compagnon de La Sarre	150 502	146 944	2 000	22 811
Maison du Soleil levant de Rouyn-Noranda	217 842	212 692	3 450	2 259
Manoir du chemin pour la sobriété	28 609	27 933		
Piaule de Val-d'Or	153 531	149 901	109 200	2 000
Unité Domrémy de La Sarre	6 128	5 983		
Unité Domrémy de Val-d'Or	64 859	63 326	31 236	34 780
Sous-total	939 141	807 317	145 886	113 159
AUTRES RESSOURCES JEUNESSE				
Arrimage jeunesse			98 297	95 973
Association Grands frères et grandes sœurs Abitibi-Ouest	21 420	20 914		2 500
Association Grands frères et grandes sœurs Rouyn-Noranda	16 852	16 454		
Association Grands frères et grandes sœurs de Val-d'Or		12 935		1 500
Centre ressources jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue			15 774	10 047
Conseil territorial de la jeunesse Abitibi-Est			29 425	10 000
Espace Abitibi-Est	132 657	129 521	595	
Groupe IO			53 601	52 334
Interlocal jeunes Rouyn-Noranda			37 932	29 121
Mobilisation espoir jeunesse			31 775	29 040
Projet jeunesse St-Michel	32 262	31 499		
Sous-total	203 191	211 323	267 399	230 515
AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL (CALACS)				
Assaut sexuel secours	252 771	246 795	200	40 120
Centre aide et lutte contre les agres. à car. sexuel Abitibi (CALACS)	131 907	128 789	552	9 606
Centre aide et prévention des agressions à caractère sexuel (CAPACS Abitibi-Ouest)	131 358	128 252		7 606
Point d'appui	253 456	247 464		9 303
Sous-total	769 492	751 300	752	66 635
CENTRES D'ACTION BÉNÉVOLE				
Centre de bénévolat de Rouyn-Noranda	123 316	120 401		
Centre de bénévolat de Val-d'Or	93 900	91 680	24 112	45 246
Centre de Bénévolat Lac-Témiscamingue	45 781	44 699		
Centre d'action bénévole l'amicale	55 263	53 956		
Sous-total	318 260	310 736	24 112	45 246
CENTRES DE FEMMES				
Centre de femme l'ÉRIGE	183 805	179 460	2 090	
Collectif féministe	183 986	179 636		
Comité de la condition féminine	183 930	179 581		
Sous-total	551 721	538 677	2 090	-
COMMUNAUTÉS CULTURELLES				
Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or			1 000	1 600
Centre d'entraide et d'amitié autochtone Senneterre				200
Conseil de bande de Kitcisakik				1 760
Sous-total	-	-	1 000	3 560

Organisme	Subvention accordée PSOC		Entente de service et projet ponctuel	
	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
	\$	\$	\$	\$
CONCERTATION RÉGIONALE				
CROC-AT	83 683	81 705	346	
Sous-total	83 683	81 705	346	-
FAMILLE				
CPE Abinodjic-Miguam				1 548
Maison de la famille Amos			22 774	22 363
Maison de la famille La Sarre			23 853	23 868
Maison de la famille Malartic			7 102	7 804
Maison de la famille Rouyn-Noranda			41 700	41 601
Maison de la famille Senneterre			5 838	6 628
Maison de la famille Val-d'Or			26 780	26 491
Pour tous les bouts de chou			9 042	10 005
Sous-total	-	-	137 089	140 308
HOMMES EN DIFFICULTÉ				
Centre Gérard-Brison (Groupe Image du Témiscamingue)	145 562	142 121	106 403	91 906
Service d'aide et de traitement en apprentissage social (SATAS)	93 853	91 634		16 000
Sous-total	239 415	233 755	106 403	107 906
MAINTIEN À DOMICILE				
Bénévoles de Belcourt	4 630	4 520		
Bénévoles de Champneuf		5 687		
Comité des bénévoles des Côteaux (Bénévoles de Lamorandière)	19 241	7 150		
Centre des bénévoles Uni-Joie	7 096	6 928		
Club de l'âge d'or de Vassan	3 001	3 876		
Club de l'âge d'or de Ville-Marie		446		
Comité bénévole Papillons dorés	4 968	4 851		
Comité bénévole Santé et Joie	7 252	7 081		
Comité bénévole Tournesol	4 232	4 132		
Comité de bénévoles de Rochebaucourt		5 949		
Comité de bénévoles Landrienne	3 573	3 488		
Comité de bénévoles Les Glaneurs	3 526	3 443		
Comité Main dans la main, La Corne	2 169	2 118		
Corporation Alliance des générations	6 811	6 650		
Coup de pouce communautaire Malartic	17 854	17 432		
Défi-autonomie Abitibi				6 708
Entraide de quartier Le Point d'eau	39 504	38 570		
Groupe d'actions bénévoles Abitibi-Ouest	44 765	43 707		
Groupe de service d'entraide secteur Est du Témiscamingue	2 654	2 591		
Indépendance 65 +	16 881	16 482		2 495
Popote roulante d'Amos	8 546	8 344		
Popote roulante de Val-d'Or	15 787	15 414		
Regroupement des personnes aidantes naturelles Rouyn-Noranda	14 901	14 549		
Table de concertation personnes âgées du Témiscamingue	53 191	51 483		14 312
Sous-total	280 582	274 891	-	23 515
MAISONS D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE				
Alternatives pour elles	757 902	739 984		
Maison d'hébergement l'Équinoxe	579 114	565 423	1 456	
Maison d'hébergement Le Nid	668 498	652 693	212	
Maison Mikana	646 246	630 968	479	
Sous-total	2 651 760	2 589 068	2 147	-
MAISONS DE JEUNES				
Campus Jeunesse de Cadillac	40 679	39 717		
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est			120 369	128 021
Jeunesse Action Val-d'Or inc.	91 654	89 487	2 800	
Liaison 12-18 inc.	79 665	77 782		

Organisme	Subvention accordée PSOC		Entente de service et projet ponctuel	
	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
	\$	\$	\$	\$
Maison des jeunes Le Kao	52 164	50 931		
Maison des jeunes de La Sarre	81 049	79 133	30 318	29 817
Maison des jeunes du Témiscamingue	84 003	82 017	17 000	18 725
Maison des jeunes F.R.A.D. inc.	62 850	61 364		
Refuge jeunesse Malartic inc.	81 730	79 798		
Soupe Maison des jeunes inc.	87 540	85 470		
Sous-total	661 334	645 699	170 487	176 563
MESURES DE RECHARGE				
Liaison justice	548 958	535 980		
Sous-total	548 958	535 980	-	-
MULTICLIENTÈLES				
Corporation de développement communautaire Universeau	19 881	19 411		5 756
Mouvement relève d'Amos			92 445	84 215
ORDET	86 971	84 915		
Sous-total	106 852	104 326	92 445	89 971
PERSONNES DÉMUNIES				
Association Place au soleil	6 056	5 913	3 700	175
Centre Bernard-Hamel	52 655	51 410		5 302
Fraternité St-Michel	23 578	23 021		
Maison St-André Abitibi-Ouest	40 899	39 932		12 986
Regroupement d'entraide sociale du Témiscamingue	53 811	52 539	13 141	18 132
Sous-total	176 999	172 815	16 841	36 595
PERSONNES HANDICAPÉES				
Actia	66 587	65 013		
Aile brisée (L)	61 910	59 204		4 000
Arche d'Amos	375 613	318 681	44 648	
Association de parents d'enfants handicapés du Témiscamingue	62 572	61 093		
Association des personnes handicapées Témiscaming	5 326	5 200		
Association pour personnes handicapées visuelles de l'A-T			2 289	2 118
Association pour l'intégration sociale (Rouyn-Noranda)	144 388	138 928		
Association régionale loisirs personnes handicapées A-T			12 000	
Association du Québec pour enfants avec prob. auditifs (AQEPA)	18 324	17 891		
Association voir sans voir	11 198	10 933		
Centre de jour Les Intrépides	174 857	170 723		8 932
Centre d'intégration physique l'Envol	68 801	67 175		
Centre La Mésange	32 370	31 605		
Club A.C.V. Rouyn-Noranda inc.	10 835	10 579		
Club de l'amitié des handicapés d'Abitibi-Ouest	150 137	146 587		
Club des handicapés de Val-d'Or	126 280	123 295		
Corporation de répit-dépannage La Chrysalide	131 418	127 277		
Parrainage civique de l'A-T	14 536	14 192	225	
Personnes handicapées Amos-région (PHAR)	69 240	67 603		
Pilier (Le)	47 473	46 351		5 731
Ressource pour personnes handicapées, Abitibi-Témiscamingue et Nord-du-Québec	12 271	11 981	621 015	656 806
Société autisme et autres troubles de l'Abitibi-Témiscamingue	147 131	143 653		
Vie autonome Abitibi-Témiscamingue	67 676	45 187		
Sous-total	1 798 943	1 683 151	680 177	677 587
SANTÉ MENTALE				
Accueil Giboulée Harvey Bibeau		109 622	92 203	44 989
Appartements communautaires Le Pont	5 943	5 803		
Bouée d'espoir (Le Relais)	78 463	76 608	781	595
Entretoise du Témiscamingue	124 597	121 651	2 500	
Équipe La Petite Rencontre	155 487	151 811	27 546	26 895
Groupe en toute amitié de Senneterre	11 539	11 266		

Organisme	Subvention accordée PSOC		Entente de service et projet ponctuel	
	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
	\$	\$	\$	\$
Groupe Soleil	142 743	139 368	91 810	89 640
Ligne intervention téléphonique du suicide A-T (centre régional)	269 264	262 898	10 000	8 900
Maison 4 saisons du Témiscamingue	143 242	139 855		
Pont (Le) de Rouyn-Noranda	201 416	196 654	20 363	19 882
Portail (Le)	83 166	81 200	1 700	
Prévention suicide d'Amos (Centre)	75 892	74 098		
Prévention suicide du Témiscamingue (Comité)	48 712	47 560		
Prévention suicide de Rouyn-Noranda (Centre)	110 926	108 304		
Prévention suicide de Malartic (Centre)	27 996	27 334		
Prévention suicide de Senneterre (Comité)	24 915	24 326		
Prévention suicide de Val-d'Or (Comité)	86 158	84 121		
Prévention suicide Abitibi-Ouest (Centre)	62 841	61 355		
Ressource d'aide et d'information en défense des droits de l'Abitibi-Témiscamingue (RAIDD-AT)			74 609	72 845
Rescousse (La)	78 527	76 670		837
Résidence d'hébergement La Chaumière	147 793	144 299		
TCROCASMAT			27 366	27 719
Trait Union (Le)	231 213	225 747	50 259	49 070
Valpabem	83 419	81 447	1 100	
Sous-total	2 194 252	2 251 997	400 237	341 372
SANTÉ PHYSIQUE				
Albatros 08 inc.	19 629	19 165		
Amis de l'Envol	4 768	4 655		
Arc-en-soi de La Sarre	5 505	5 375		
Association de la fibromyalgie	22 687	22 151		
Association des diabétiques du Témiscamingue		5 238		
Association diabète de Rouyn-Noranda	6 853	6 691		
Association épilepsie Abitibi-Témiscamingue	4 339	4 236		
Diabète Val-d'Or	3 254	3 177		
Lueur du phare	2 144	2 093		
Maison du Bouleau blanc				454
Maison des soins palliatifs Rouyn-Noranda				454
Maison de la source Gabriel				453
Société Alzheimer de Rouyn-Noranda/Témiscamingue	30 781	24 815	4 167	
Société Alzheimer de Val-d'Or	29 699	28 997		
Société sclérose en plaques A-T	25 728	25 120		
Sous-total	155 387	151 713	4 167	1 361
SERVICES GÉNÉRAUX				
CAFA (Centre d'animation)			1 020	
Sous-total	-	-	1 020	-
SIDA				
Centre des ROSÉS de l'Abitibi-Témiscamingue	57 733	56 368		
Sous-total	57 733	56 368		
TOTAL	11 737 703	11 400 821	2 084 049	2 085 007



SECTION 5
Bilan de suivi de gestion
de l'entente de gestion et
d'imputabilité

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats à la fin de l'année financière de l'exercice 2013-2014 de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue :

- Les engagements et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de l'année financière de l'exercice 2013-2014.

Signé à Rouyn-Noranda le 30 mai 2014

Le président-directeur général,



Jacques Boissonneault

L'entente de gestion et d'imputabilité est un contrat qui lie l'Agence et le MSSS. Elle prévoit, entre autres, les engagements de l'Agence au regard des axes d'intervention, des objectifs et des indicateurs du plan stratégique ministériel. Le bilan de l'entente de gestion vous est présenté dans les pages qui suivent.

Direction générale : Coordination, financement, immobilisations et budget

Entente de gestion

Priorité	Résultat 2013-2014	État d'avancement des travaux
Plan québécois des infrastructures 2013-2018	N/A	N/A
Approvisionnement en commun	Entente de gestion et d'imputabilité signée	Réalisé
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Mise en œuvre des phases 1 et 2	N/A
Plan Nord	Mise en œuvre du plan ministériel	En cours de réalisation

Commentaires *Plan québécois des infrastructures 2013-2018* : Aucune reddition de comptes n'est attendue au MSSS.

Stratégie québécoise d'économie d'eau potable : Comme mentionné dans la lettre de M. Dion, la reddition de comptes par le formulaire GESTRED en P-13 a été annulée.

Plan Nord : L'Agence a participé aux rencontres, mais est en attente des orientations ministérielles.

Direction générale : Personnel réseau et ministériel

Entente de gestion

Priorité	Résultat 2013-2014	État d'avancement des travaux
Processus de coordination lié aux projets d'optimisation	Tableau présentant les éléments suivants: <ul style="list-style-type: none"> - Stratégie de coordination régionale ou interrégionale - Analyse des besoins et attentes des établissements de sa région - Objectifs régionaux et livrables visés pour 2013-2015 - Cartographie des projets de la région - Présentation de l'utilisation des sommes versées par le MSSS - Présentation des investissements régionaux 	En cours de réalisation

Commentaires Les travaux sont en cours et réalisés à 75 %. Les redditions de comptes demandées ont été acheminées au MSSS.

Direction générale : Services sociaux**Entente de gestion**

Priorité	Résultat 2013-2014	État d'avancement des travaux
Optimisation en soutien à domicile	N/A	N/A
Augmentation des services communautaires et bénévoles auprès des personnes âgées en perte d'autonomie	Rapport contenant les éléments demandés (utilisation des sommes, liste d'organisme ayant bénéficié d'un montant, nombre de personnes ayant bénéficié de services)	En cours de réalisation
Augmentation du nombre de personnes évaluées ou réévaluées	État de situation des usagers évalués ou réévalués	Réalisé
La gestion de cas pour les personnes âgées en soutien à domicile	État de situation sur le nombre de gestionnaires de cas	En cours de réalisation
Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées	Rapport sur la mise en place des réseaux de services intégrés	Réalisé
Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	État de situation de la planification des composantes	En cours de réalisation
Stratégie d'action jeunesse 2009-2014	État de situation de la mise en œuvre	Réalisé

Commentaires	<p>Pour l'augmentation des services communautaires et bénévoles auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, le nombre des activités en lien avec la mission globale de certains organismes a augmenté à partir des investissements 2013-2014. Le nombre de personnes ayant bénéficié de ces services sera disponible lors du dépôt des rapports annuels de ces organismes, prévu pour le 30 juin 2014.</p> <p>Le nombre de personnes âgées ayant été évaluées pour les services à domicile atteint 94 % des personnes recevant des services.</p> <p>Une formation de formateur de gestionnaires de cas pour les personnes âgées en soutien à domicile a été dispensée par l'Agence : 4 CSSS y ont envoyé 2 participants. Cette formation permettra une augmentation du nombre de gestionnaires de cas et du nombre de personnes desservies.</p> <p>Concernant les réseaux de services intégrés pour les personnes âgées, la cible est atteinte sur le plan régional.</p> <p>Pour l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, la cible est presque atteinte. Les difficultés vécues sont principalement sur deux plans. Un établissement rencontre une problématique à planifier avec les médecins l'algorithme des soins à la personne âgée. Un autre établissement connaît une difficulté à la planification de l'évaluation de la qualité.</p> <p>Pour la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014, les résultats des établissements seront connus à la fin du mois de juin 2014.</p>
--------------	--

Direction générale : Services de santé et médecine universitaire**Entente de gestion**

Priorité	Résultat 2013-2014	État d'avancement des travaux
L'accès aux services spécialisés	- Déposer un plan de travail - Le faire approuver par le SMA de la DGSSMU - Mettre à jour le plan de travail	Réalisé
Imagerie médicale	N/A	N/A
L'accès aux services de santé mentale : les services aux jeunes	N/A	N/A
L'accès aux services de santé mentale : les services aux adultes	N/A	N/A
L'accès aux services de santé mentale : les services tertiaires	N/A	N/A
Accès au service de première ligne	N/A	N/A

Commentaires Le bilan de l'accès aux services spécialisés a été envoyé le 30 mars 2014 au MSSS.

Services médicaux et infirmiers**Entente de gestion**

Objectifs de résultats	2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents).			
	2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne.			
	Indicateur	Résultat* 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat** 2013-2014
	1.09.25 Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF) implantés	7	7	7
	1.09.27 Population inscrite auprès d'un médecin de famille	N/A	70 %	66,9 %
	3.07 Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	1	8	5

Commentaires 3.07
Les résultats 2013-2014 et 2012-2013 pour la région sont en réalité de 8 IPS, mais il y a eu une erreur de saisie dans le système de compilation GESTRED.

* Résultats en date du 15 mai 2013.

** Résultats en date du 14 mai 2014.

Services psychosociaux

Entente de gestion

Objectif de résultats

2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Indicateur	Résultat* 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat** 2013-2014
1.02.05 Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	Poursuite de l'implantation	Poursuite de l'implantation	Poursuite de l'implantation
1.02.04 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	Poursuite de l'implantation	Poursuite de l'implantation	Poursuite de l'implantation

Commentaires

Les travaux pour l'implantation du service Info-Social prévue en mars 2015 ont repris depuis octobre 2013. Ils ont permis des ajustements à partir de l'Offre de service nationale : Services sociaux généraux, laquelle contient les orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience pour la consultation téléphonique psychosociale 24/7. Des rencontres d'information avec les directeurs généraux ainsi que les directeurs cliniques des établissements ont été tenues. Des séances de travail avec le MSSS, les régions du Saguenay-Lac-St-Jean et de l'Outaouais ont permis de clarifier leur offre de service et le soutien possible sur les plans stratégique, organisationnel et clinique.

* Résultats en date du 15 mai 2013.

** Résultats en date du 14 mai 2014.

Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance

Entente de gestion

Objectifs de résultats

2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire.

2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves.

2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique.

Indicateur	Résultat* 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat** 2013-2014
1.08.09 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	2 933	2 891	3 110

Indicateur	Résultat* 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat** 2013-2014
1.08.06 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	NA	NA	NA
1.08.05 Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	102	90	110
1.07.05 Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	282	257	324

Commentaires

1.08.09

La cible a été atteinte en incluant la clientèle suivie en ressource de type familial (RTF) qui a un profil de première ligne. En analysant les résultats selon l'âge, on constate que la cible pour les jeunes (566) est atteinte. En effet, 602 clients de moins de 18 ans ont été desservis. La cible pour les adultes (2 325) est aussi dépassée, la clientèle de 18 ans ou plus totalisant 2 508 usagers.

L'Agence a effectué, en septembre 2013, une tournée de la région avec le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) afin de soutenir tous les CSSS dans la réorganisation des services de première ligne en santé mentale.

1.08.05

La cible est atteinte quant au soutien d'intensité variable dans la communauté pour les 4 CSSS qui procurent les services directement à la clientèle ainsi que pour le CSSS de Rouyn-Noranda qui offre ces services dans le cadre d'une entente avec l'organisme communautaire Le Pont. En complément aux services assurés par les autres CSSS, des organismes communautaires donnent des suivis dans la communauté auprès des personnes atteintes de troubles mentaux, ce qui n'est pas comptabilisé par l'indicateur. C'est le cas de 147 personnes en moyenne par période, certains de ces usagers ayant reçu conjointement les services du CSSS et d'un organisme communautaire.

Ajoutons que les personnes qui requièrent un suivi intensif dans le milieu sont incluses dans l'ensemble de la clientèle, car aucun territoire n'a la masse critique d'usagers pour mettre en place une équipe dédiée au suivi intensif. Les services de soutien d'intensité variable dans la communauté sont donc adaptés à ces personnes. L'Agence continue d'apporter son soutien pour l'amélioration de ces services.

1.07.05

Cible largement dépassée. Des travaux seront menés en 2014-2015 afin de s'assurer de la validité des résultats, compte tenu qu'ils apparaissent très élevés pour la région.

* Résultats en date du 15 mai 2013.

** Résultats en date du 14 mai 2014.

Réseaux de services intégrés

Entente de gestion

Objectif de résultats 2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS.

Indicateur	Résultat* 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat** 2013-2014
1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	67,41 %	67 %	71,87 %

Commentaires Au cours de l'année 2013-2014, une formation de gestionnaire de cas, organisée par l'Agence, a permis à la majorité des établissements de désigner des personnes pouvant agir à ce titre dans leur territoire. De plus, un projet d'envergure sur l'organisation du travail regroupant tous les établissements et visant principalement les cibles de la gestion de cas, des PSI et des mécanismes de concertation avec la communauté a été élaboré par l'Agence en collaboration avec les établissements. La réalisation du projet aura des retombées significatives dans le déploiement des composantes du RSIPA.

* Résultats en date du 15 mai 2013.

** Résultats en date du 14 mai 2014.

Services de soutien à domicile

Entente de gestion

Objectif de résultats 2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants.

Indicateur	Résultat* 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat** 2013-2014
1.03.05.01 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	192 563	248 715	211 609

Commentaires La cible n'est pas atteinte malgré une augmentation d'environ 10 % des heures de service de soutien à domicile longue durée. Le résultat régional atteint 85 %. Il s'explique en grande partie par la situation particulière d'un établissement en 2009-2010 où le nombre d'heures pour le chèque emploi-service était anormalement élevé par rapport aux besoins des personnes éligibles à ce programme. En isolant cette situation particulière, la région atteindrait sa cible.

Au cours de la dernière année, un nouveau service, soit Baluchon Alzheimer, a été implanté en région. Ce service offre un répit spécialisé dans le milieu de vie de la personne, et ce, sur une période de 24 heures pouvant s'échelonner jusqu'à 10 jours.

Une tournée régionale a été effectuée pour mieux cerner les difficultés et soutenir les établissements pour l'atteinte de l'augmentation attendue dans certains territoires des heures de prestation de service. Parmi ces mesures, notons entre autres :

- Les recours à une accompagnatrice clinique pour l'organisation des services SAD;
- La tenue de rencontres régulières des directeurs SAPA, permettant le partage de bonnes pratiques dans chaque CSSS;
- La tenue de rencontres d'analyse, d'échanges et de mise à niveau de la qualité des données statistiques;
- L'élaboration et l'acceptation d'un projet régional d'organisation du travail réunissant les 5 CSSS de la région et ayant comme un des objectifs principaux l'augmentation des services de soutien à domicile.

* Résultats en date du 15 mai 2013.

** Résultats en date du 14 mai 2014.

Services sociaux et de réadaptation

Entente de gestion

Objectifs de résultats

3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :

- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours;
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR;
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an.

3.1.2 Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins.

Indicateur	Résultat* 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat** 2013-2014
1.45.45.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	85,7 %	90 %	80 %
1.45.45.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	85,9 %	90 %	87,7 %
1.45.45.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	97,1 %	90 %	96,6 %
1.07.04 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	66,8 %	70 %	76,8 %

Commentaires

Dans le cadre du plan d'accès, le niveau de priorité urgente n'atteint pas la cible de 90 % parce qu'un CSSS a eu un problème de codification d'un usager qui a été corrigé à la 4^e période administrative. Cet usager est resté dans le système d'information jusqu'à la P-13. Le niveau de priorité élevée s'approche de la cible à 2,3 %. L'écart s'explique également par une erreur de codification. Quant au niveau de priorité modérée, le niveau d'atteinte est élevé avec 96,6 %. Un suivi est assuré auprès des établissements à chacune des périodes administratives et des corrections sont effectuées dans le système, lorsque nécessaires.

Concernant l'indicateur 1.07.04, 76,8 % des personnes ont été évaluées au Centre Normand dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins. La cible est donc dépassée pour cet indicateur.

* Résultats en date du 15 mai 2013.

** Résultats en date du 14 mai 2014.

Médecine et chirurgie

Entente de gestion

Objectifs de résultats

3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois.

3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis.

3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours.

Indicateur	Résultat* 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat** 2013-2014
1.09.20.01 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	54,8 %	90 %	54,1 %
1.09.20.02 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	36,6 %	90 %	41,3 %
1.09.20.03 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	88,3 %	90 %	89,3 %
1.09.20.04 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	95,1 %	90 %	91,8 %
1.09.20.05 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	95,4 %	90 %	94,2 %
1.09.08A Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A	NA	NA	NA
1.09.08B Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B	NA	NA	NA
1.09.09A Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A	NA	NA	NA

Indicateur	Résultat* 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat** 2013-2014
1.09.09B Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie B	NA	NA	NA
1.09.10A Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie A	NA	NA	NA
1.09.10B Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie B	NA	NA	NA
1.09.07 Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	NA	NA	NA
1.09.33.01 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	82 %	80 %	76,6 %

Commentaires La région atteint tous ses engagements pour 2013-2014, sauf pour les arthroplasties totales du genou et de la hanche et pour les chirurgies oncologiques.

Malgré les efforts déployés par le CSSS Les Eskers de l'Abitibi pour diminuer la durée d'hospitalisation et la révision de processus entreprise pour optimiser l'utilisation des salles opératoires, les pourcentages de patients opérés dans les délais de 6 mois sont relativement faibles pour l'arthroplastie totale du genou. Un apport financier de l'Agence pour l'achat d'équipements orthopédiques supplémentaires ainsi que le développement d'outils pour faciliter la préparation des patients et la gestion des listes d'attente devraient avoir un impact sur ces listes d'attente. Au début de mars 2014, l'Agence a déposé au MSSS une demande d'accompagnement par les conseillers-experts de l'équipe de l'accès en révision des processus pour améliorer les mécanismes et augmenter la capacité opératoire.

L'identification des chirurgies oncologiques dans SIMASS s'est nettement améliorée si on compare à l'année 2012-2013. Cependant, une mauvaise compilation des données de chirurgies oncologiques explique les résultats de 2013-2014. Le MSSS a développé des outils pour soutenir les établissements à mieux compiler les données oncologiques. Depuis l'automne 2013, l'Agence fait un suivi hebdomadaire des données enregistrées et intervient auprès des établissements afin qu'ils effectuent les corrections nécessaires. Ces interventions de l'Agence permettent d'améliorer les rapports transmis par les établissements. Nous notons une amélioration depuis que l'Agence a adopté ce mode de fonctionnement.

* Résultats en date du 15 mai 2013.

** Résultats en date du 14 mai 2014.

Urgences

Entente de gestion

Objectif de résultats

3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière.
* Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif.

Indicateur	Résultat* 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat** 2013-2014
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	12,77 %	10	9,68 %
1.09.03 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	2,1 %	1	0,7 %
1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)	11,84	11	11

Commentaires

Tous les objectifs sont atteints pour la région. La Politique régionale de gestion des urgences, adoptée en 2013 par le conseil d'administration de l'Agence, a permis de diminuer significativement les délais d'attente sur civière dans les urgences de la région. Cette politique sensibilise tous les dirigeants des établissements sur la situation quotidienne de leur urgence et les oblige à poser les actions attendues pour diriger le patient au bon endroit. Une surveillance quotidienne des cas dépassant les 24 heures sur civières à l'urgence a permis d'atteindre les résultats attendus.

* Résultats en date du 15 mai 2013.

** Résultats en date du 14 mai 2014.

Contrôle des infections nosocomiales

Entente de gestion

Objectif de résultats

4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis.

Indicateur	Résultat* 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat** 2013-2014
1.01.19.1 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - diarrhées associées au Clostridium difficile	100 %	90 %	100 %
1.01.19.2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	80 %	90 %	80 %
1.01.19.3 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	NA	NA	NA

Commentaires

1.01.19.2

Un seul établissement ne répond pas au seuil établi. Bien que le nombre absolu de bactériémies à SARM soit au nombre de 3, il est possible que ce résultat soit attribuable en partie au manque de personnel en prévention et contrôle des infections (PCI). Or, ce CSSS ne répond pas au ratio d'infirmier en PCI. Bien que des avertissements aient été adressés à l'établissement pour se conformer au ratio, des démarches sont toujours en cours.

* Résultats en date du 15 mai 2013.

** Résultats en date du 14 mai 2014.

Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Entente de gestion

Objectifs de résultats

5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles.

5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail.

5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité.

5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique.

Indicateur	Résultat* 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat** 2013-2014
3.08 Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	100 %	100 %	100 %
3.09 Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	100 %	100 %	100 %
3.05.01 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,40 %	5,26 %	5,28 %
3.05.02 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	3,54 %	3,33 %	3,21 %
3.06.01 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	2,59 %	1,65 %	1,10 %
3.06.02 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	1,05 %	0,24 %	1,08 %
3.06.03 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	1,25 %	0 %	2,27 %
3.06.04 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	1,20 %	0,42 %	0,96 %

Commentaires	3.05.01 et 3.05.02 Les cibles ont été atteintes pour les indicateurs en lien avec le temps supplémentaire.
	3.06.01 L'engagement est atteint.
	3.06.02 et 3.06.03 La situation d'un des CSSS a fait en sorte qu'il a eu recours à ces mains-d'œuvre dans une plus grande proportion que les autres CSSS. Ce qui fait en sorte que ces cibles ne sont pas atteintes. Cependant, la réorganisation au sein de cet établissement aura un effet bénéfique sur la diminution de ces mains-d'œuvre pour la prochaine année.
	3.06.04 La situation a été plus difficile pour 3 CSSS qui ont dû avoir recours à ce personnel. Les indicateurs qui réfèrent au recours à la main-d'œuvre indépendante témoignent d'une tendance à la décroissance de la présence au travail. La région maintient aussi des taux de roulement relativement élevés (PAB) et, à l'inverse, des taux de rétention (PAB) des salariés ayant moins de deux ans d'ancienneté plutôt bas. Enfin, pour plusieurs titres d'emploi, des taux de précarité (PAB) assez élevés sont observés.

* Résultats en date du 15 mai 2013.
** Résultats en date du 14 mai 2014.

Rétention et mieux-être au travail

Entente de gestion

Objectifs de résultats	5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé.			
	5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail.			
	Indicateur	Résultat* 2012-2013	Engagement 2013-2014	Résultat** 2013-2014
	3.14 Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	67 %	100 %	100 %
	3.13 Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	11 %	50 %	22,2 %
	3.01 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,70 %	5,59 %	6,74 %
	3.10 Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	100 %	100 %	100 %

Commentaires

3.13

L'engagement n'est pas atteint. Par contre, le CSSS des Aurores-Boréales a maintenu son accréditation avec la démarche Entreprise en santé et le CSSS Les Eskers de l'Abitibi a obtenu son accréditation en mars 2014. Le CSSS du Témiscamingue devrait l'obtenir à l'hiver 2015. Quant au CSSS de Rouyn-Noranda, il poursuit son processus avec la démarche Planetree. Par ailleurs, un comité régional regroupant les chargés de projet de ces démarches de tous les établissements et de l'Agence a été mis en place. Les membres du comité se rencontrent sur une base régulière afin de favoriser le partage d'information, d'échanges d'outils et de bonnes pratiques.

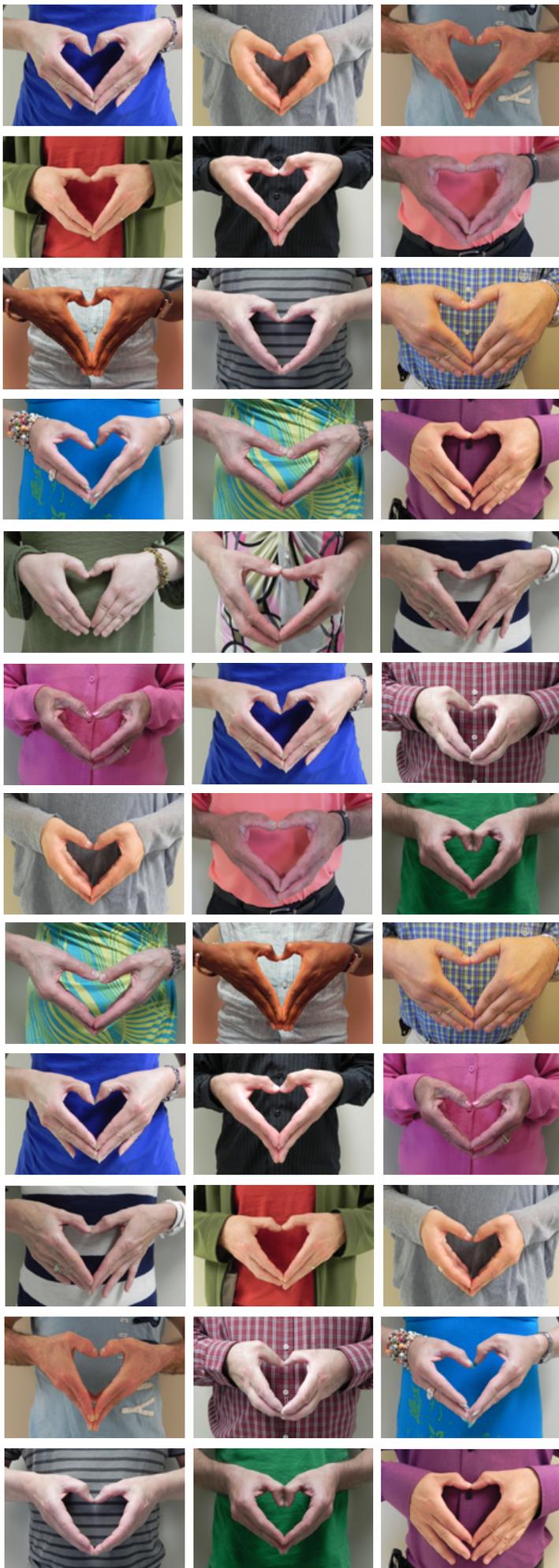
3.01

L'engagement n'est pas atteint. Depuis 2010-2011 nous constatons une progression globale du ratio en assurance salaire dans la région et au national. Cependant, il est parfois difficile pour les établissements d'atteindre leur cible, notamment pour les absences en assurance salaire pour les cas de maladies graves (cancers).

À cet effet, le MSSS a réalisé des travaux sur la normalisation de ces cibles pour 2014-2015 afin de tenir compte des réalités de chacun des établissements et, par le fait même, de chacune des régions.

* Résultats en date du 15 mai 2013.

** Résultats en date du 14 mai 2014.



SECTION 6
Code d'éthique
des administrateurs publics
de l'Agence

En vertu de l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, le conseil d'administration de toute agence 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.

Les formulaires de *Déclaration des intérêts des administrateurs publics et Engagement personnel* ont été remplis et signés par tous les membres du conseil d'administration de l'Agence, sans exception.

À ce jour, il n'y a eu aucun manquement au code d'éthique.

Introduction

La présente section indique les principes d'éthique devant guider les administrateurs publics de l'Agence (ci-après nommé l'administrateur ou les administrateurs). Le terme « administrateurs publics » vise les membres du conseil d'administration, le président-directeur général et le directeur de santé publique.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2 (ci-après, la loi) rappelle les principes émis dans le Code civil du Québec quant aux actions des administrateurs publics. Ils sont formulés en regard des membres de conseil d'administration d'une agence (article 406).

« Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait, en pareilles circonstances, une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'agence et de la population de la région pour laquelle l'agence est instituée. »

D'autre part, le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, c. M-30 a. 3.0.1 et 3.0.2, 1977, c. 6a.1) précise, à l'article 4 :

« Les administrateurs publics sont nommés ou désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens. »

Dans le cadre de la gouverne régionale instaurée en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2), tel qu'amendée par la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (RLRQ 2001, c. 24), le conseil d'administration de l'Agence est appelé à poursuivre son rôle en tant

qu'instance dédiée à la prise de décision sur les grandes politiques et orientations régionales et à la reddition de comptes. Il doit assumer quatre grandes responsabilités :

- assurer la participation de la population;
- définir les politiques et orientations;
- allouer les ressources;
- assurer la surveillance et le contrôle des résultats découlant de ses décisions.

La nomination par le gouvernement des membres du conseil d'administration fait en sorte qu'ils sont assujettis aux dispositions du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics découlant de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (ci-après, le Règlement), lequel Règlement a pour objet (article 1) :

«... de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein des organismes et des entreprises du gouvernement et de responsabiliser les administrateurs et les administrateurs publics. »

Le code d'éthique exprime la volonté de l'ensemble des administrateurs d'avoir des comportements au-dessus de tout soupçon et cohérents avec les obligations de dépositaires de fonds publics.

Déclaration de principes

Attendu que les administrateurs identifient les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir, en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de sa région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population, des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région et d'élaborer des orientations à cet égard;

Attendu que l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité, de la crédibilité et de la confidentialité;

Les administrateurs de l'Agence s'engagent à respecter les principes suivants dans le processus de décisions auxquels ils seront appelés à participer :

- primauté des intérêts de la population à desservir;
- équité dans la distribution des ressources dans la région.

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacun des articles du présent code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence.

Dispositions générales

Le présent code d'éthique détermine les devoirs et les obligations de conduite des administrateurs dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

En cas de doute, l'administrateur agit selon l'esprit des principes et des règles du présent code et du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (RLRQ c. M-30, r. 01). Il doit, de plus, organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

Objectif du code d'éthique

Le présent code d'éthique a pour objectif de faire en sorte que toutes les personnes concernées connaissent les règles que l'organisation leur indique de suivre, pour qu'il y ait, non seulement apparence, mais aussi évidence d'honnêteté, de transparence et absence de bénéfice personnel dans leurs activités à l'Agence.

Personnes concernées par le code d'éthique

Ce code d'éthique s'applique exclusivement aux membres du conseil d'administration, au président-directeur général et au directeur de santé publique de l'Agence, puisqu'ils ont été nommés par le gouvernement.

Devoirs et obligations

L'administrateur s'engage à agir avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances, une personne de bonne foi, raisonnable, avec honnêteté et loyauté.

L'administrateur s'engage à agir de façon courtoise et à maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.

L'administrateur s'engage à rendre ses décisions en fonction de leurs implications sur la qualité et l'accessibilité des services; il tient donc compte de l'ensemble des conséquences que peut avoir son administration sur le service à donner au public et sur le bon usage des fonds publics.

L'administrateur s'engage à assister aux assemblées du conseil d'administration ou à défaut, il motive son absence.

L'administrateur s'engage, dans le processus décisionnel, à prendre connaissance de tous les éléments de la question, à demander des informations complémentaires et des éclaircissements au besoin; il se prononce alors de la manière la plus objective possible. L'administrateur s'engage à agir avec respect et dignité dans la manifestation publique de ses opinions.

L'administrateur s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus dans l'exercice de sa

fonction; à ce chapitre, il devra s'abstenir de toute fuite ou confidence lorsque le conseil aura décidé de les maintenir à huis clos.

L'administrateur s'engage à s'acquitter de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.

L'administrateur s'engage à éviter toute partisanerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

Règles relatives aux conflits d'intérêts, de rôles et de responsabilités

L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

L'administrateur prévient tout conflit d'intérêts, de rôles et de responsabilités et évite de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions.

L'administrateur ne recherche pas, pour lui ou son entourage, des avantages personnels dans l'exercice de ses fonctions.

De plus, l'administrateur ne confond pas les biens de l'organisme avec les siens et ne les utilise pas à son profit ou au profit d'un tiers.

Le fait d'être un administrateur de l'Agence ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit.

Le fait d'être un membre du conseil d'administration de l'Agence ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une assemblée du conseil d'administration dûment convoquée ou qu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil d'administration.

L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne.

Déclaration d'intérêt

Compte tenu des règles énoncées sur les conflits d'intérêts, de rôles et de responsabilités, l'administrateur s'engage à respecter les dispositions de l'article 154 de la loi dans les situations où il a un intérêt pécuniaire dans une entreprise, à savoir :

Article 154

Tout membre d'un conseil d'administration, autre qu'un directeur général, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre, doit, sous peine de

déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Le fait, pour un membre du conseil d'administration, d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article, ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (RLRQ, chapitre V-1.1).

L'administrateur dépose annuellement devant le conseil d'administration une déclaration d'intérêt (annexe I) écrite, mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'Agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

En cours d'année, si sa situation évolue, l'administrateur a la responsabilité et l'obligation de procéder au dépôt d'une nouvelle déclaration d'intérêt.

Activités politiques

Lorsqu'un administrateur est désigné comme porte-parole de l'Agence, il fait preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques.

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

La personne élue à la présidence du conseil d'administration ou le président-directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions; les articles 22 à 26 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (RLRQ, c.M-30, r.01) précisent alors les règles applicables à sa situation.

Règles relatives aux assemblées

Le membre du conseil d'administration respecte les règlements régissant la procédure des réunions; à ce titre, il reconnaît l'autorité de la personne qui préside dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

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

Le membre du conseil d'administration respecte l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la

bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.

Le membre du conseil d'administration, dans le cadre d'une assemblée, conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

Le membre du conseil d'administration peut, s'il le désire, faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.

Le membre du conseil d'administration évite de ternir la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y œuvrent.

Interdiction des pratiques reliées à la rémunération

L'administrateur ne sollicite pas, n'accepte pas et n'exige pas d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

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

Devoirs et obligations de l'après-mandat

Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit qui n'est pas d'ordre public et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

Le membre du conseil d'administration témoigne de respect envers l'Agence et son conseil d'administration.

Mécanisme d'application et de respect du code

Le président ou la présidente du conseil d'administration s'assure du respect des principes d'éthique par les administrateurs.

Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code et signer, à cet effet, l'engagement personnel (annexe II).

Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration remplit, signe et remet une déclaration qui apparaît à l'annexe I

du présent code et elle amende cette déclaration dès qu'elle connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique, en saisit le président ou la présidente du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier ou de cette dernière, le vice-président ou la vice-présidente du conseil d'administration.

Le président ou la présidente du conseil d'administration consulte le comité d'éthique afin de déterminer s'il y a eu manquement au code d'éthique ou, pour l'aider dans sa décision, d'en saisir ou non le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs.

Le président ou la présidente du conseil d'administration qui est d'avis qu'il y a eu un manquement de la part d'un administrateur, pouvant entraîner une sanction disciplinaire, avise le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui est l'autorité compétente pour agir.

Ce comité est consultatif au président ou à la présidente du conseil d'administration à qui la décision finale appartient. Le comité est composé de trois membres du conseil d'administration, excluant les officiers. Il décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation; il est entendu que la confidentialité doit être compatible avec l'équité procédurale.

Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il rédige un rapport contenant un sommaire de l'enquête. Ce rapport est confidentiel.

Le président ou la présidente du conseil d'administration transmet ce rapport au secrétaire général associé, responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

Enquête et immunité

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

Les personnes qui effectuent les enquêtes sont tenues à la confidentialité.

Publicité du code d'éthique

L'Agence rend accessible un exemplaire du code d'éthique des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

L'Agence publie dans son rapport annuel de gestion, le code d'éthique des administrateurs.

Le rapport annuel de gestion de l'Agence fait état :

- ↳ du nombre et de la nature des signalements reçus;
- ↳ du nombre de cas traités et de leur suivi;
- ↳ de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- ↳ des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de leur charge.

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DES ADMINISTRATEURS PUBLICS – CODE D'ÉTHIQUE

Agence de la santé
et des services
sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue

Québec 

Je, _____, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec l'Agence ou qui sont susceptibles d'en faire.

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec l'Agence ou qui est susceptible de le devenir.

3. J'occupe les emplois suivants :

Emploi

Employeur

4. J'occupe une fonction ou suis membre des organismes suivants :

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

Prénom et nom

Signée à

Signature de l'administrateur

Jour / mois / année

ENGAGEMENT PERSONNEL – CODE D'ÉTHIQUE



AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Je, _____, administrateur à l'Agence
de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue,
ai pris connaissance du Code d'éthique des administrateurs

Je déclare en comprendre le sens et la portée.

Signature

Date

*Agence de la santé
et des services
sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue*

Québec 