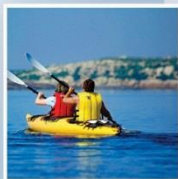


Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de la Côte-Nord

Québec



# RAPPORT DE GESTION

## 2017-2018

communauté

femmes

hommes

services

santé

sociaux

gens

milieu

réseau

humain

région

société

vie

enfants

ânés

famille

côte-nord



**RAPPORT DE GESTION**  
**2017-2018**

Document réalisé par le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord

## **Coordination et rédaction**

Sandra Morin,  
Adjointe au président-directeur général  
et relations avec les médias

Pascal Paradis,  
Conseiller en communication

## **Réalisation technique**

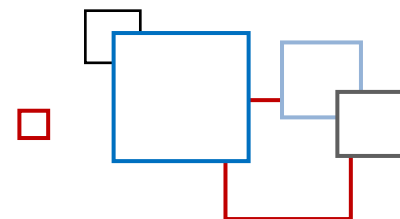
Karine Poirier,  
agente administrative

## **Note**

Dans ce document, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

© Centre intégré de santé et de services sociaux  
de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 2018

Dépôt légal - 4<sup>e</sup> trimestre 2018  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN 978-2-550-82508-1 (version imprimée)  
ISBN 978-2-550-82509-8 (version PDF)

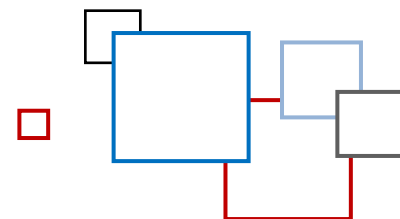


# TABLE DES MATIÈRES

---

	Page
<b>1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS.....</b>	<b>1</b>
<b>2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS.....</b>	<b>3</b>
<b>3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS.....</b>	<b>5</b>
L'ÉTABLISSEMENT.....	5
<i>La mission.....</i>	5
<i>La vision.....</i>	5
<i>Les valeurs.....</i>	6
<i>La structure de l'organisation.....</i>	6
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES.....	7
<i>Le conseil d'administration.....</i>	7
<i>Les comités, les conseils et les instances consultatives.....</i>	8
LES FAITS SAILLANTS DES DIRECTIONS.....	19
<i>Direction de santé publique.....</i>	19
<i>Direction des soins infirmiers.....</i>	24
<i>Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire.....</i>	26
<i>Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique.....</i>	27
<i>Direction de la protection de la jeunesse.....</i>	32
<i>Direction du programme jeunesse.....</i>	33
<i>Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées.....</i>	34
<i>Direction des programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux.....</i>	36
<i>Direction des programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique.....</i>	38
<i>Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques.....</i>	39
<i>Direction des ressources financières et de la logistique.....</i>	39
<i>Direction des services techniques et de l'hôtellerie.....</i>	41
<i>Direction des ressources informationnelles.....</i>	42
<i>Services préhospitaliers d'urgence.....</i>	43
<b>4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ.....</b>	<b>45</b>
<b>5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ.....</b>	<b>59</b>
L'AGRÈMENT.....	59
LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES.....	59
LES PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION MAINTENUE PAR UN ÉTABLISSEMENT.....	66
L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS.....	66
L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION.....	66
<b>6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE.....</b>	<b>69</b>
<b>7. LES RESSOURCES HUMAINES.....</b>	<b>71</b>
<b>8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES.....</b>	<b>75</b>
L'UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMMES.....	75
L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE.....	75
LES CONTRATS DE SERVICES.....	76
<b>9. ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT.....</b>	<b>77</b>

10.	LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	81
ANNEXE A :	LE SCHÉMA ORGANISATIONNEL DU CISSS AU 31 MARS 2018.....	85
ANNEXE B :	LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS .....	89



## LISTE DES TABLEAUX

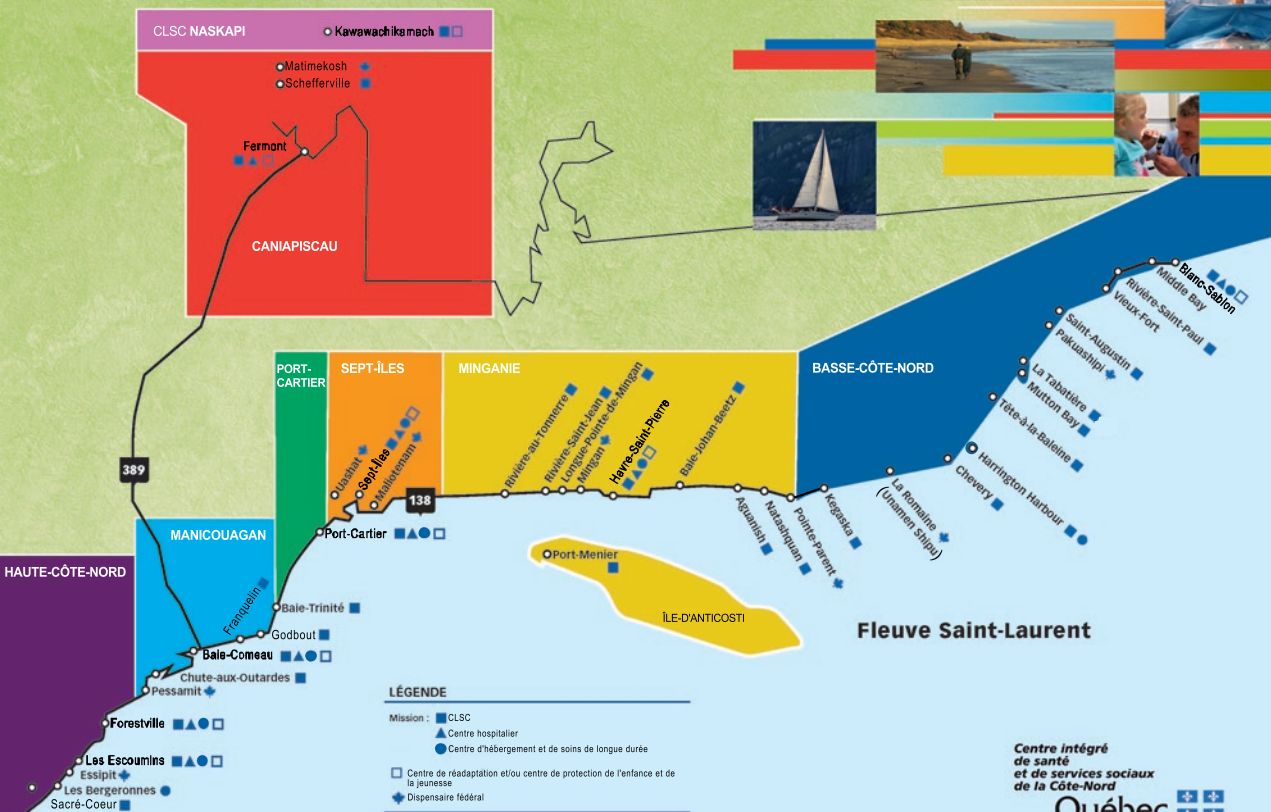
---

Tableau 1	Membres du conseil d'administration .....	7
Tableau 2	Membres du comité des usagers du CISSS de la Côte-Nord .....	10
Tableau 3	Comité de direction du Département régional de médecine générale .....	11
Tableau 4	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire .....	13
Tableau 5	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers .....	17
Tableau 6	Comité de direction du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens .....	18
Tableau 7	Activités du programme de santé au travail réalisées dans les entreprises de la région .....	21
Tableau 8	Réception et traitement des signalements .....	32
Tableau 9	Signalements retenus par problématique en 2017-2018 .....	33
Tableau 10	Source des signalements traités en 2017-2018 .....	33
Tableau 11	Dossiers à l'application des mesures .....	33
Tableau 12	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents .....	33
Tableau 13	Admissions en hébergement de longue durée .....	35
Tableau 14	Personnes hébergées au 31 mars 2018 .....	35
Tableau 15	Personnes en attente d'hébergement au 31 mars 2018 .....	35
Tableau 16	Personnes en soins de courte durée en attente d'hébergement de longue durée au 31 mars 2018 .....	36
Tableau 17	Déplacement des usagers .....	41
Tableau 18	Nombre de transports ambulanciers sur la Côte-Nord .....	43
Tableau 19	Entente de gestion et d'imputabilité - Résultats au regard des attentes signifiées 2017-2018 .....	45
Tableau 20	Entente de gestion et d'imputabilité - Résultats au regard des engagements 2017-2018 .....	49
Tableau 21	Nature des trois principaux incidents au CISSS de la Côte-Nord pour 2017-2018 .....	59
Tableau 22	Nature des trois principaux accidents au CISSS de la Côte-Nord pour 2017-2018 .....	60
Tableau 23	Nombre d'événements par niveau de gravité .....	60
Tableau 24	Échelle de gravité des incidents et accidents .....	61
Tableau 25	Personnes mises sous garde .....	66
Tableau 26	Rapport sur l'application de la Politique régionale relative aux soins palliatifs et de fin de vie .....	69
Tableau 27	Portrait des embauches, des départs et le taux de rétention global .....	71
Tableau 28	Effectifs par catégorie d'emploi au 31 mars 2018 .....	72
Tableau 29	Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs .....	73
Tableau 30	Répartition des charges brutes par programmes .....	75
Tableau 31	Contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1 <sup>er</sup> avril et le 31 mars (non audité) .....	76
Tableau 32	État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant .....	77
Tableau 33	Financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires .....	81





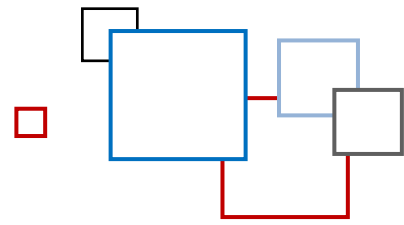
# CÔTE-NORD région 09



Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de la Côte-Nord

Québec





# 1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS

---

M. Denis Miousse  
Président du conseil  
d'administration



M. Marc Fortin  
Président-directeur  
général



Monsieur le Ministre,

Nous vous présentons le Rapport annuel de gestion 2017-2018 du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord. Nous avons encore une fois connu une année des plus chargées, marquée par de belles réalisations et de nombreux défis. Nous avons notamment poursuivi la révision de nos programmes et services afin d'en améliorer l'accès et la continuité pour notre population.

Étant donné le contexte budgétaire difficile, nous avons dû adopter, en cours d'année, un plan de retour à l'équilibre budgétaire. Celui-ci vise un retour en équilibre au 31 mars 2021. Il s'agit d'un exercice difficile, mais que l'équipe de direction et les membres du conseil d'administration considèrent comme étant une opportunité pour évaluer nos façons de faire et remettre en question certaines pratiques afin d'être plus efficace et, en bout de ligne, d'offrir une meilleure prestation de services à nos usagers.

Depuis plusieurs années, nous vivons des défis majeurs en matière de ressources humaines. C'est pourquoi nous redoublons d'ardeur afin d'identifier des stratégies novatrices pour fidéliser notre personnel et attirer des candidats pour combler nos postes vacants. Nous avons débuté l'année par une activité massive de recrutement à Baie-Comeau et Sept-Îles, qui s'est avérée fort positive. L'année s'est terminée par un « Sommet sur la pénurie de la main-d'œuvre », qui regroupait entre autres des membres du personnel, des gestionnaires, des médecins, des représentants syndicaux et des membres du conseil d'administration. Cette activité a permis de générer beaucoup d'idées et nous sommes confiants qu'elle aura des retombées bénéfiques pour notre organisation. Des comités de travail sont déjà à l'œuvre afin de cibler des stratégies favorisant l'attraction et la fidélisation de la main-d'œuvre.

L'implantation de l'approche centrée sur la personne constitue une autre action positive pour notre personnel ainsi que nos usagers. Plusieurs activités ont été réalisées afin d'établir les bases de cette approche, notamment l'identification de nos fondements organisationnels, incluant les valeurs de l'organisation. Le comité de direction en tient maintenant compte lors de la prise de décisions et les démarches se poursuivent grâce à un comité qui soutient l'équipe de coordination pour que les fondements de l'approche s'appliquent à l'ensemble des sphères d'activités du CISSS de la Côte-Nord.

Quelques faits saillants retiennent notre attention en cette fin d'année. Mentionnons le début des travaux d'agrandissement de l'urgence de Sept-Îles et l'annonce pour le développement d'une unité satellite d'hémodialyse à Baie-Comeau. Nous sommes aussi très fiers d'avoir rendu disponibles sur notre site Web diverses données dans des tableaux de bord, ce qui permet de mieux informer notre population. Nous avons aussi implanté des guichets d'accès pour faciliter le recours à divers programmes et services offerts par l'établissement.

Les soins offerts aux aînés demeurent au cœur de nos préoccupations. À cet égard, nous sommes très heureux de constater que la Côte-Nord figure parmi les régions qui ont la plus grande proportion de personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) recevant un deuxième bain. Cela ne pourrait se faire sans l'engagement de nos équipes. L'implantation de nouveaux menus est aussi en cours dans ces milieux de vie afin de mieux répondre aux besoins nutritionnels des usagers. Soyez assuré que le CISSS met tout en œuvre afin d'offrir les soins requis aux personnes en perte d'autonomie, notamment en favorisant les services de maintien à domicile ou en s'assurant qu'elles soient hébergées dans un milieu de vie tenant compte de leur situation.

Finalement, un sondage interne réalisé au cours de l'année a fait ressortir l'engagement continu du personnel envers les usagers. Nous tenons à remercier toutes ces personnes, qui ont à cœur la qualité des soins et des services offerts aux usagers du CISSS de la Côte-Nord. Merci également à notre équipe de direction et aux membres du conseil d'administration, qui ne ménagent pas leurs efforts pour relever les défis actuels de l'établissement.

Recevez, Monsieur le Ministre, nos plus cordiales salutations.

Le président du conseil d'administration,

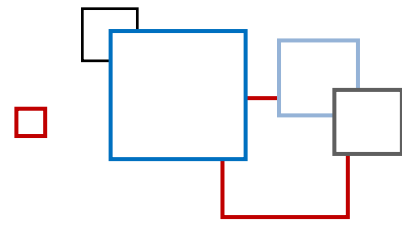
Le président-directeur général,



Denis Miousse



Marc Fortin



## 2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

---

À titre de président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

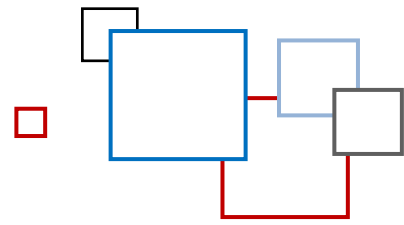
Les résultats et les données du Rapport de gestion de l'exercice 2017-2018 du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2018.

Président-directeur général





### 3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS

---

#### L'ÉTABLISSEMENT

Le CISSS de la Côte-Nord dessert une population d'environ 95 000 personnes sur un territoire s'étendant de Tadoussac à Blanc-Sablon (près de 1 300 km de littoral) en passant par L'Île-d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et de Schefferville. L'établissement compte une cinquantaine d'installations et regroupe un peu plus de 3 500 employés.

À elles seules, les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent la moitié de la population. L'autre moitié est répartie dans une trentaine de municipalités dont certaines ne sont pas reliées par la route. La population est majoritairement francophone, sauf en Basse-Côte-Nord où plus de 60 % des résidents déclarent l'anglais comme langue maternelle. Les autochtones constituent environ 15 % de la population régionale. La Côte-Nord compte huit communautés innues et une communauté naskapie à Kawawachikamach. Cette dernière communauté est desservie par le CLSC Naskapi, un établissement autonome ne faisant pas partie du CISSS de la Côte-Nord.

#### La mission

Selon la loi, voici la mission du CISSS de la Côte-Nord :

- Planifier, coordonner, organiser et offrir à la population de son territoire l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles;
- Déterminer les mécanismes de coordination des services à la population;
- Garantir une planification régionale des ressources humaines;
- Réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en fonction de ses attentes;
- Assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de son territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables;
- Assurer une gestion simplifiée de l'accès aux services;
- Établir les ententes, modalités et responsabilités avec les partenaires de son réseau territorial de services comme les médecins, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies et les autres ressources privées.

#### La vision

La Côte-Nord, le milieu de choix pour développer son plein potentiel, sortir des sentiers battus pour aller à la rencontre de la diversité.

**« AU NORD DE TOUT CE QUE L'ON PEUT DEVENIR »**

## Les valeurs

Les valeurs choisies sont applicables à tous les volets de la vision et à l'ensemble des sphères de travail ou d'interactions du CISSS de la Côte-Nord :

- Transparence
- Respect
- Reconnaissance
- Collaboration
- Cohésion

## La structure de l'organisation

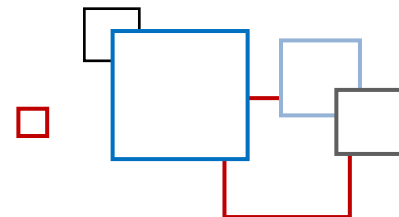
Le CISSS de la Côte-Nord relève d'un conseil d'administration comptant 18 membres, dont 9 indépendants, 6 représentants de comités ou conseils consultatifs du CISSS, 2 membres nommés par le ministre (soit le président-directeur général et un membre issu du milieu de l'enseignement) et un membre observateur (fondation).

Au 31 mars 2018, l'établissement compte 14 directions :

- Direction générale
- Direction de santé publique
- Direction des soins infirmiers
- Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire
- Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique
- Direction de la protection de la jeunesse
- Direction du programme jeunesse
- Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées
- Direction des programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux
- Direction des programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique
- Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques
- Direction des ressources financières et de la logistique
- Direction des services techniques et de l'hôtellerie
- Direction des ressources informationnelles

Les figures à l'annexe A reflètent le schéma organisationnel du CISSS au 31 mars 2018.





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

## Le conseil d'administration

Voici les membres du conseil d'administration du CISSS de la Côte-Nord au 31 mars 2018.

Tableau 1 - Membres du conseil d'administration

Nom	Collège représenté	Municipalité
<b>Membres désignés</b>		
M. Dave Charlton	Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)	Baie-Comeau
Dr Roger Dubé	Département régional de médecine générale (DRMG)	Baie-Comeau
Mme Josée Francoeur	Conseil multidisciplinaire (CM)	Port-Cartier
M. Jean-Pierre Porlier	Comité des usagers (CU)	Sept-Îles
M. François Tremblay	Conseil des infirmières et infirmiers (CII)	Baie-Comeau
Vacant	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	
<b>Membres nommés</b>		
M. Marc Fortin	Président-directeur général	Sept-Îles
M. Roberto Gauthier	Milieu de l'enseignement	Sept-Îles
<b>Membres indépendants</b>		
Mme Johanne Beaudoin	Compétence en gouvernance ou éthique	Blanc-Sablon
M. Claude Belzile - Vice-président	Expertise en santé mentale	Tadoussac
M. Denis Miousse - Président	Expertise dans les organismes communautaires	Sept-Îles
M. Claude Montigny	Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité	Baie-Comeau
M. Michel Paul	Expertise en réadaptation	Schefferville
Mme Solange Turgeon	Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines	Port-Cartier
M. Jean-Marie Vollant	Expertise en protection de la jeunesse	Pessamit
Vacant	Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité	
Vacant	Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux	
<b>Membre observateur</b>		
M. Carolod Boies	Fondation	Havre-Saint-Pierre

Au total, douze rencontres ont été tenues entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 31 mars 2018 dont six régulières et six spéciales. Les membres du conseil d'administration ont également tenu deux séances de travail durant l'année, en septembre et janvier.

### Code d'éthique et de déontologie

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs est joint au rapport à l'annexe B. Il est également disponible sur le site Internet au [www.ciass-cotenord.gouv.qc.ca](http://www.ciass-cotenord.gouv.qc.ca). Ce code porte sur les devoirs et obligations des administrateurs, traite des situations de conflits d'intérêts, interdit certaines pratiques et prévoit des mécanismes d'application de sanctions en cas de non-respect. Le conseil d'administration considère qu'il est important de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration des fonds publics, de favoriser la transparence et de confirmer la responsabilité individuelle et collective des administrateurs.

Au cours de l'année 2017-2018, aucune situation pouvant contrevenir au code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS de la Côte-Nord n'a été signalée.

Le comité de gouvernance et d'éthique voit à son application.

## Les comités, les conseils et les instances consultatives

Vous trouverez ici la liste des instances consultatives, comités et conseils relevant du conseil d'administration du CISSS, de même que la liste des membres, un résumé de leur mandat et des actions réalisées en 2017-2018 :

- Comité de vérification
- Comité de gouvernance et d'éthique (CGÉ)
- Comité de vigilance et de la qualité (CVQ)\*
- Comité ressources humaines du conseil d'administration (CRH-CA)
- Comité des usagers (CU)
- Département régional de médecine générale (DRMG)
- Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
- Conseil multidisciplinaire (CM)
- Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
- Comité de gestion des risques\*

\* Les informations concernant le comité de vigilance et de la qualité et le comité de gestion des risques se trouvent à la section traitant des activités relatives à la gestion des risques et de la qualité (section 5) aux pages 61 et 63.

### **Comité de vérification**

Voici les membres qui siégeaient au comité de vérification au 31 mars 2018 :

- M. Claude Montigny, président
- Mme Johanne Beaudoin
- M. Carold Boies
- M. Jean-Pierre Porlier
- Mme Solange Turgeon

Durant l'année qui vient de s'écouler, cinq réunions ont eu lieu.

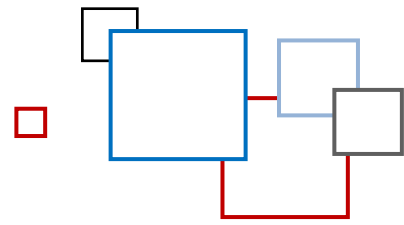
### **Comité de gouvernance et d'éthique**

Le comité de gouvernance et d'éthique (CGÉ) est composé de six membres dont une majorité de membres indépendants :

- M. Claude Belzile, président
- Mme Johanne Beaudoin, vice-présidente
- Mme Josée Francoeur, administratrice
- M. Michel Paul, administrateur
- M. Denis Miousse, président du conseil d'administration (membre d'office)
- M. Marc Fortin, président-directeur général (membre d'office)

Les fonctions du comité sont définies dans le règlement de régie interne du conseil d'administration et consistent à :

- Élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- Élaborer un code d'éthique et de déontologie des administrateurs, conformément à l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, c. M-30);
- Élaborer des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration avec le souci d'identifier les compétences diversifiées qui sont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques;
- Élaborer des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, lesquels critères sont approuvés par le conseil d'administration;
- Élaborer un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;



- En outre, il doit procéder à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, selon les critères approuvés par le conseil d'administration;
- Étudier les dossiers stratégiques du conseil d'administration en vue de recommander des orientations;
- Assumer toute autre fonction confiée par le conseil d'administration.

Le comité a débuté ses activités en novembre 2016 et s'est réuni à quatre reprises au cours de l'exercice 2017-2018.

Parmi les dossiers traités, notons :

- L'ajout de façon permanente à l'ordre du jour de toutes les séances du conseil d'administration et de ses comités l'identification de situations de conflits d'intérêts, et ce, au moment de l'adoption de l'ordre du jour;
- Le début de l'évaluation des séances à l'aide de l'outil développé à cet effet. L'analyse des résultats sera réalisée par le comité de gouvernance et d'éthique et des pistes d'amélioration seront recommandées au conseil, le cas échéant;
- L'adoption des ententes avec les fondations;
- La recommandation de l'adoption des fondements organisationnels;
- La recommandation de l'adoption de la règle de gouvernance auprès du conseil (rôles et responsabilités du président du CA).

### **Comité ressources humaines du conseil d'administration**

Le comité ressources humaines du conseil d'administration (CRH-CA) est composé de quatre membres :

- Mme Solange Turgeon, présidente
- M. Jean-Pierre Porlier, vice-président
- M. Denis Miousse, président du conseil d'administration
- M. Marc Fortin, président-directeur général et directeur des ressources humaines, communications et affaires juridiques par intérim

Le comité s'est réuni à cinq reprises au cours de l'exercice 2017-2018.

Parmi les dossiers traités pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2017 au 31 mars 2018, notons :

- Départ de la directrice des ressources humaines, communications et affaires juridiques;
- Participation à différents comités de sélection à la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (DRHCAJ);
- Implication dans la sélection des candidats pour les postes de coordonnateurs et de directeurs;
- Amélioration des indicateurs de gestion;
- Contribution au sommet de la main-d'œuvre;
- Suivi de la négociation locale au CISSS de la Côte-Nord;
- Activités reliées à l'embauche;
- Dossier reconnaissance du personnel;
- Échanges entre l'équipe de gestion et le comité quant aux grands enjeux de ressources humaines et suivi des dossiers organisationnels des ressources humaines.

### **Comité des usagers**

Le comité des usagers du CISSS de la Côte-Nord regroupe des représentants des comités des usagers et comités de résidents de l'ensemble de la Côte-Nord qui réunit environ 70 bénévoles.

Voici les membres qui siègent au conseil d'administration du comité des usagers du centre intégré (CUCI) en date du 31 mars 2018. En cours d'année, Mmes Céline Foster et Rosabelle Boudreault ont laissé la place à de nouvelles personnes au sein de leurs comités respectifs.

**Tableau 2 - Membres du comité des usagers du CISSS de la Côte-Nord**

Nom du représentant	Comité des usagers ou comité de résidents
M. Michel Baron	Comité des usagers de l'Hémathite
Mme Claire Fontaine	Comité des usagers de Port-Cartier
M. Michel Fournier - Président	Comité des usagers du CPRCN
M. Randy Jones	Comité des usagers de la Basse-Côte-Nord
Mme Noëlle Noël	Comité des usagers de la Minganie
Mme Marie-Josée Ouellet	Comité des usagers du CPRCN
Mme Nicole Pellerin	Comité des usagers de la Haute-Côte-Nord/Manicouagan
M. Michel Roy	Comité des usagers de Sept-Îles
Mme Suzie Lévesque	Comité de résidents de Port-Cartier
M. Jean-Edmond Boudreault	Comité de résidents de Sept-Îles
M. Jean-Pierre Porlier	Comité de résidents de Sept-Îles
Mme Louise Bertrand, collaboratrice pour des mandats spécifiques	
Mme Annie Dumas, agente de liaison, coordonnatrice et soutien	

Au cours de l'année 2017-2018, le comité des usagers s'est réuni à plusieurs reprises en plus des rencontres spéciales pour suivre certains dossiers qui préoccupent les membres.

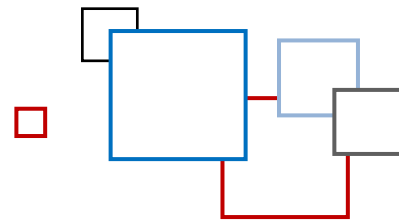
Les principaux dossiers furent :

- Le suivi des enjeux déposés au conseil d'administration du CISSS au mois de juin 2017;
- Organisation des sondages auprès des usagers avec l'aide du Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU);
- Organisation de la rencontre du 16 septembre 2017 avec M. Claude Ménard, président du RPCU, concernant les enjeux de ce qui se vit au quotidien sur le terrain dans la région;
- Sondage sur le soutien à domicile;
- Révision des règles de fonctionnement;
- Cadre de référence des comités des usagers;
- Ajout d'un point statutaire au conseil d'administration du CISSS pour le comité des usagers lors des séances publiques;
- Formation des membres sur les médias sociaux et comment prendre la parole devant les médias;
- La situation dans les petits milieux (Port-Cartier, Minganie, Fermont, Haute-Côte-Nord et Basse-Côte-Nord);
- Rencontre de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- Suivi du dossier OPTILAB;
- Présence au salon des générations qui s'est tenu les 28 et 29 septembre 2017 au Centre Manicouagan (centre commercial) à Baie-Comeau;
- Participation à plusieurs comités du CISSS (vigilance, gestion des risques, Planetree, etc.);
- Accompagnements des usagers, transmission d'information sur divers sujets.

Les comités des usagers sont membres du RPCU, deux comités sont membres du conseil de la protection des malades, le comité des usagers du CPRCN est membre de l'Association québécoise des comités des usagers en DI-TSA et de l'Alliance des comités des usagers des centres jeunesse du Québec. Cette présence sur des regroupements provinciaux est très enrichissante pour les membres qui peuvent échanger sur leurs problématiques et leurs enjeux.

Merci à Mme Nathalie Castilloux et à toutes les personnes que nous avons rencontrées tout au long de l'année et merci surtout aux 70 bénévoles qui oeuvrent au sein des comités des usagers et comités de résidents.

Michel Fournier, président



## Département régional de médecine générale

Le Département régional de médecine générale (DRMG) regroupe l'ensemble des omnipraticiens de la région qui œuvrent en première ligne, rejoignant ainsi les médecins ayant une pratique exclusive en clinique privée et ceux qui pratiquent en établissement.

Sous l'autorité du président-directeur général du CISSS, le DRMG est responsable de :

- Définir, proposer et mettre en place un plan régional des effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille et d'assurer sa mise en œuvre, conformément à la décision du CISSS;
- Définir, proposer et mettre en place un plan régional d'organisation des services médicaux généraux, incluant un réseau de garde intégrée et de garde en disponibilité (maintien à domicile, établissements de longue durée, etc.) et d'assurer sa mise en œuvre, conformément à la décision du CISSS;
- Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux s'inscrivant à l'intérieur du plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- Faire des recommandations sur les programmes prioritaires du CISSS et en assurer la mise en place;
- Faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières (AMP) et d'assurer la mise en place des activités choisies par le CISSS;
- Évaluer l'atteinte des objectifs relatifs au plan régional d'organisation des services médicaux généraux et de ceux liés à la partie du PREM relative aux médecins omnipraticiens;
- Donner son avis sur tout projet concernant les services médicaux généraux à dispenser.

Les responsabilités du DRMG sont exercées par un comité de direction composé de huit médecins de famille au profil de pratique différent et issus des différentes MRC de la Côte-Nord. Dr Roger Dubé, chef du DRMG, assume ses responsabilités sous l'autorité du président-directeur général du CISSS.

Voici le comité de direction en date du 31 mars 2018.

**Tableau 3 - Comité de direction du Département régional de médecine générale**

Nom	Territoire
Dr Roger Dubé - Chef du DRMG	Manicouagan (Baie-Comeau)
Dr Pierre Gosselin	Port-Cartier
Dre Julie Léger	Sept-Îles
Dr Christian Mercier	Fermont
Dr Pierre Moore	Minganie
Dr Maxime Robin-Boudreau	Basse-Côte-Nord
Dre Myriam Tardif Harvey	Haute-Côte-Nord (Les Escoumins)
Dre Claudette Viens	Clinique privée

Au cours de l'année 2017-2018, le comité de direction s'est réuni à quatre reprises.

Les principaux sujets abordés furent :

- Détermination des besoins prioritaires en termes de recrutement en établissement;
- Activités médicales particulières (AMP);
- Collaboration ou avis au regard de certains programmes :
  - Ordonnances collectives;
  - Consolidation des services de première ligne;
- Organisation des services de première ligne sur le territoire nord-côtier :
  - Accessibilité aux services de première ligne dans les cliniques médicales (accès avancé);
- Plan régional des effectifs médicaux (PREM) :
  - Coordination des effectifs médicaux en médecine de famille sur le territoire;
  - Répartition des nouveaux médecins au PREM par sous-territoire;
  - Confirmation des avis de conformité;

- Recrutement médical :
  - Suivi du programme de bourses en région (en territoire éloigné ou isolé) en médecine de famille;
- Groupe de médecine de famille (GMF);
  - Assiduité;
  - Prise en charge de la clientèle inscrite au guichet d'accès.

### **Comité consultatif du DRMG**

Le conseil consultatif vise à assurer une plateforme d'échanges constructifs et d'orientations inspirés du partage des préoccupations, des réalités des réseaux locaux de services et des pistes de solution propices à améliorer l'organisation des services de première ligne du territoire.

Afin d'assurer la représentativité de l'ensemble des acteurs de première ligne, le comité consultatif du DRMG est composé :

- Des membres du comité de direction du DRMG;
- Des coordonnateurs médicaux locaux de tous les réseaux locaux de services présents sur le territoire couvert par le DRMG;
- Du directeur des services professionnels ou son représentant.

Il est présidé d'office par le chef du DRMG.

Au cours de l'année 2017-2018, le comité consultatif ne s'est pas réuni.

### **Comité régional sur les services pharmaceutiques**

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques, le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) exerce les responsabilités suivantes :

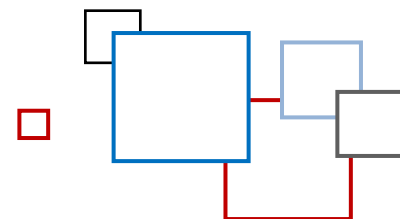
- Faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
- Donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques;
- Exécuter tout autre mandat que lui confie le président-directeur général.

Le comité s'est réuni à trois reprises au cours de la dernière année (mai et novembre 2017, février 2018) afin de s'acquitter de ses fonctions. Voici la composition du comité au 31 mars 2018. Prendre note qu'en vertu du nouveau règlement du CRSP, un membre en provenance du collège des pharmaciens propriétaires a été coopté. Il s'agit de Mme Christine Lacombe.

- Sylvie Comeau, pharmacienne en établissement, Baie-Comeau
- Marie-Pier Dubuc, pharmacienne propriétaire, Baie-Comeau
- Josée Filiatrault, pharmacienne en établissement, Sept-Îles
- Christine Lacombe, pharmacienne propriétaire, Baie-Comeau
- Audrey McIntyre, pharmacienne salariée (pharmacie communautaire), Sept-Îles
- Jessica Proulx King, pharmacienne salariée (pharmacie communautaire), Fermont
- Dave Charlton, chef du département de pharmacie du CISSS de la Côte-Nord
- Marc Fortin, président-directeur général

Les principaux dossiers soumis au CRSP ont touché les enjeux suivants :

- La prescription infirmière;
- La distribution de la pilule abortive (Mifegymiso®);
- Le programme de distribution gratuite de naloxone (Narcan®) en pharmacie communautaire;
- La présence de pharmaciens en GMF selon le nouveau cadre de gestion;
- Application de la loi 41 (Loi modifiant la Loi sur la pharmacie);
- Volonté de développer des ordonnances collectives pour les pharmaciens communautaires;
- La transmission des ordonnances par télécopieur.



Le comité a également rédigé plusieurs communiqués destinés autant aux pharmaciens communautaires qu'hospitaliers sur divers sujets touchant la pratique.

À la suite de l'acceptation de la demande de dérogation au règlement type pour le CRSP du CISSS de la Côte-Nord par le MSSS, le document a été présenté et adopté par le conseil d'administration le 22 novembre 2017.

### **Conseil multidisciplinaire**

L'année 2017-2018 s'est avérée une année d'ajustements et de recrutement de nouveaux membres à l'exécutif du conseil. En effet, plusieurs sièges se sont retrouvés inoccupés à la suite des élections, aucun membre n'ayant exprimé leur intérêt lors de la période de mises en candidature. Par ailleurs, quatre démissions ont obligé l'exécutif à recruter de nouveau des membres pour compléter leur comité exécutif.

Actuellement, l'exécutif est constitué de 12 membres et d'un représentant de la direction. Un siège demeure vacant et est présentement en recrutement. Voici le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CM).

**Tableau 4 - Comité exécutif du conseil multidisciplinaire**

<b>Nom</b>	<b>Fonction ou direction</b>	<b>Territoire</b>
Marilyne Bérubé-Lapointe	Protection de la jeunesse (poste régional)	Baie-Comeau
Émilie Boutin	Programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (secteur est)	Sept-Îles
Marie-Christine Breault	Services professionnels et enseignement universitaire (secteur ouest)	Baie-Comeau
Geneviève Deschênes - Trésorière	Directions multiples (poste régional)	Baie-Comeau
Johanne Dion - Vice-présidente et responsable des communications	Programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux (poste régional)	Baie-Comeau
Josée Francoeur	Programme jeunesse (secteur est)	Port-Cartier
Marie-Hélène Gosselin	Programme jeunesse (secteur ouest)	Baie-Comeau
Sara Munger	Programme jeunesse (cooptation)	Sept-Îles
Clodel Paquin-Jean	Programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (cooptation)	Baie-Comeau
Louise Pichette	Protection de la jeunesse (cooptation)	Sept-Îles
Anne Rioux - Présidente	Programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (secteur ouest)	Baie-Comeau
Stacey Trépanier-Féquet	Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) (secteur est)	Blanc-Sablon
Nathalie Castilloux	Directrice des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique	Baie-Comeau
Vacant	Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) (secteur ouest)	

## Rôle du conseil

Le conseil multidisciplinaire a pour rôle de représenter les professionnels auprès du conseil d'administration, de la Direction générale et des autres instances en donnant son avis sur l'organisation scientifique et technique, les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres ou sur toute autre question que le président-directeur général porte à son attention. Il a aussi le mandat, envers le conseil d'administration, de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et des services dispensés par ses membres et de constituer, au besoin, des comités de pairs pour l'appréciation et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle.

De plus, avec la fusion de tous les établissements de la Côte-Nord, le conseil multidisciplinaire du CISSS de la Côte-Nord dispose également des mandats dédiés anciennement à la Commission multidisciplinaire régionale (CMuR). Ceux-ci sont :

- Donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des services sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre;
- Donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région;
- Donner son avis sur les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population;
- D'exécuter tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration du CISSS et de faire rapport périodiquement au conseil d'administration.

## Faits saillants du 1<sup>er</sup> avril 2017 au 31 mars 2018 et orientations

Au cours de l'année, le comité exécutif du CM (CECM) s'est rencontré à dix reprises pour des rencontres régulières en plus de cinq rencontres pour des discussions d'avis ou des présentations spéciales de diverses directions ou d'instances. Au total, neuf avis ont été produits et transmis aux différentes directions sur les sujets suivants :

- Protocole interdisciplinaire d'application exceptionnelle des mesures de contrôle;
- Avis concernant l'accessibilité, la continuité et la coordination des services au CISSS de la Côte-Nord;
- Politique sur la gestion et l'utilisation des espaces de stationnement;
- Avis concernant le cadre de référence sur les plans d'intervention et les plans de services individualisés;
- Politique pour un environnement sans fumée;
- Politique pour lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées nord-côtières;
- Consultation sur l'intégration des services sociaux de santé et de services sociaux en Côte-Nord;
- Politique d'audits sur le lavage des mains;
- Plan d'action régional 2015-2020 en soins palliatifs et de fin de vie.

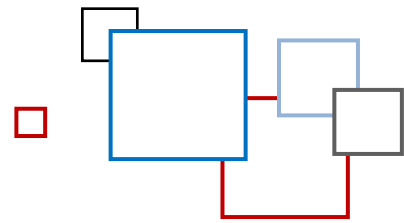
L'assemblée générale annuelle (AGA) pour l'année 2016-2017 (tenue le 1<sup>er</sup> juin 2017) s'est avérée très problématique tant au niveau de la logistique (visioconférence) que par la participation mitigée des membres. Pendant l'année 2017-2018, des actions concrètes ont été effectuées afin de renverser cette situation (sondage auprès des membres, création d'un sous-comité AGA et présentation de Mme Catherine Wilhelmy à l'exécutif portant sur : *l'expérience de l'assemblée générale annuelle en 8 questions*). Nous ne saurons qu'à la fin de mai 2018 si ces efforts auront porté fruit auprès des membres. En plus des efforts concernant l'AGA et des avis produits tout au long de l'année, les travaux de l'exécutif se sont concentrés principalement sur la création des comités de pairs avec l'élaboration d'une politique interne. Le CECM souhaite la mise en place des premiers comités de pairs du CISSS de la Côte-Nord pendant l'année 2018-2019.

À l'automne 2017, des membres de l'exécutif ont participé au congrès de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) et à la table des présidents. Cette participation a permis de constater que plusieurs CM du Québec vivent des réalités semblables aux nôtres. Cette participation, ainsi que la participation de la présidente aux assemblées publiques de l'ACMQ ont permis la création de liens avec les présidents des autres exécutifs des CM des CISSS et CIUSSS du Québec.

Les contacts avec le président de l'exécutif du CM du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean concernant OPTILAB se sont poursuivis en 2017. Une rencontre par visioconférence entre les présidents des deux CECM et les deux directeurs des services multidisciplinaires ont permis d'échanger sur la réalité de la Côte-Nord et de répondre à des interrogations des deux parties. Nous tenons à féliciter l'exécutif du CM du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean qui a ajusté la composition de son exécutif en y intégrant un siège représentant leurs nouveaux membres de la Côte-Nord.

Depuis l'automne 2017, des rencontres régulières entre les présidentes des conseils consultatifs (CII, CMDP et CM) ont permis de discuter de dossiers communs et de consolider les liens. D'ailleurs, le 9 novembre 2017, une seconde rencontre annuelle des instances consultatives avec le président-directeur général, M. Marc Fortin, a permis d'exprimer à la direction diverses préoccupations communes.





Nous sommes convaincus que ces échanges réguliers entre les conseils consultatifs permettront une meilleure collaboration interprofessionnelle et ne pourront qu'être positifs pour le CISSS de la Côte-Nord.

Le CECM Côte-Nord voit l'implantation de l'approche centrée sur la personne (Planetree) comme un élément extrêmement positif dans l'organisation et il s'en inspirera dans ses actions et ses avis à venir.

## Conclusion

Les objectifs de se faire connaître par nos membres, de continuer à consolider nos liens avec les autres instances consultatives ainsi qu'avec l'ACMQ et la création des comités de pairs tout en continuant notre mandat consultatif de façon professionnelle demeurent des priorités de base. L'intégration de la politique de gestion qu'est l'approche centrée sur la personne (Planetree) à ces objectifs ne pourra que bonifier nos actions!

Anne Rioux, présidente du CECM Côte-Nord

## Conseil des infirmières et infirmiers

Un mot pour résumer l'année 2017-2018 pour le conseil des infirmières et infirmiers (CII) : « Action! ».

Des actions concrètes ont été réalisées tout au long de l'année pour que le comité exécutif du CII (CECII) du CISSS de la Côte-Nord puisse occuper pleinement son mandat. Ce sont des passionnées des soins infirmiers qui s'impliquent avec ardeur et dans un esprit de collaboration afin de promouvoir et d'apprécier la qualité de l'acte infirmier dans l'organisation.

Le CII est, pour chaque centre exploité par son établissement, responsable :

Envers le conseil d'administration :

- D'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans chaque centre et, le cas échéant, en collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I-8) et exercées dans les centres;
- De faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments applicables à leurs membres dans les centres;
- De faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à leurs membres dans les centres;
- De faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres dans les centres;
- De donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière;
- De donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers;
- De donner son avis sur les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population;
- Le CII doit faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent;
- D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Envers le président-directeur général, le CII est responsable de donner son avis sur les questions suivantes :

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

Voici donc les principales activités qui ont eu lieu au courant de l'année :

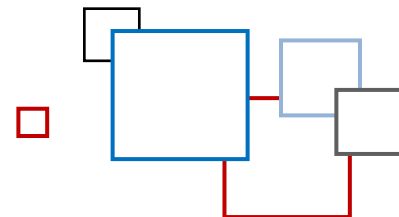
- Bilan du nombre de rencontres :
  - Sept pour le CECII;
  - Douze entre officiers pour faire avancer les dossiers;
  - Plus de onze en comité de travail pour travailler sur les documents cliniques, midis cliniques, semaine de la profession infirmière, comité de diffusion.

- Le comité des infirmières et des infirmiers auxiliaires (CIIA) a finalisé sa création et son organisation et compte désormais cinq infirmières auxiliaires qui contribuent à faire avancer les dossiers qui lui sont confiés. Ce sont plus de 188 heures et 7 rencontres qui ont eu lieu afin d'élaborer le plan d'action et de débiter leurs activités;
- Le comité relève infirmière a débuté ses activités pour favoriser l'intégration des nouvelles infirmières arrivant dans la profession;
- Diffusion de quatre bulletins INFO CII;
- Un midi clinique portant sur les mythes et réalités du plan thérapeutique infirmier (PTI) effectué à deux reprises;
- Représentation sur divers comités du CISSS de la Côte-Nord ainsi qu'un représentant au conseil d'administration;
- Deux rencontres de concertation avec la présidente du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et la présidente du conseil multidisciplinaire (CM);
- Activités de la semaine de la profession infirmière avec capsule d'information et tirages;
- Participation aux activités professionnelles :
  - Assemblée générale annuelle (AGA) de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Côte-Nord (ORIICN);
  - Congrès annuel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ);
  - Congrès annuel de l'Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec (ACIIQ);
  - Table des présidentes de CII pour l'ACIIQ;
  - Rencontre avec le président-directeur général et les conseils professionnels;
  - Rencontre Planetree;
- Ce sont plus de 500 heures qui ont été consacrées par les membres élus et cooptés du CECII au courant de l'année et à ces heures s'ajoutent les heures pour la représentation et participation aux activités professionnelles et les heures de travail individuel pour le CII;
- En collaboration avec le personnel des finances, une structure de suivi budgétaire a été instaurée au courant de l'année et nous permet d'avoir un meilleur suivi au niveau des montants alloués au CII.

Le CECII s'est aussi prononcé sur divers sujets touchant son mandat, dont :

- Informations au plan thérapeutique infirmier (PTI) transmises à un non-professionnel;
- Politiques pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées nord-côtières;
- Règle de soins infirmiers : Prescription infirmière;
- Algorithme décisionnel lors d'une chute;
- Plan d'action régional 2015-2020 en soins palliatifs et de fin de vie;
- Suivi des formations RCR par les ressources humaines;
- Cadre de référence sur les plans d'intervention et plans de services individualisés (PI-PSI);
- Politique sans fumée;
- Règle des soins pour les activités d'exceptions et les autres activités pouvant être faites par le non-professionnel;
- Politique d'établissement : gestion et utilisation des stationnements;
- Valeurs de l'organisation;
- Programme de formation aux préposés aux bénéficiaires (PAB);
- Plan d'action opérationnel du programme des soins sécuritaires;
- Plan d'action organisationnel du programme québécois des soins sécuritaires;
- Plan de mise en œuvre du programme québécois de soins sécuritaires;
- Politique - Audits lavage des mains;
- Guide de fonctionnement des CII (ACIIQ);
- Procédure pour la césarienne au bloc opératoire;
- Politique réseau de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail;
- Ordonnance collective pour initier un électrocardiogramme (ECG);
- Sept ordonnances individuelles standardisées.

Aucune élection n'a eu lieu et voici le tableau représentant la constitution du CECII au 31 mars 2018.



**Tableau 5 - Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers**

Nom	Fonction ou direction	Territoire
<b>Membres élus et cooptés</b>		
Nancy Asselin	Soins infirmiers	Baie-Comeau
Édith Caron - Secrétaire	Siège coopté - Soutien à l'autonomie des personnes âgées	Fermont
Darlene Jones - Vice-présidente	Services professionnels et enseignement universitaire	Blanc-Sablon
Guylaine Raymond	Programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux	Baie-Comeau
Marie-Claude Rioux	Siège coopté	Forestville
France St-Pierre	Soins infirmiers	Sept-Îles
Marie-Hélène St-Pierre - Présidente	Santé publique	Baie-Comeau
Luce Tanguay - Trésorière	Programme jeunesse	Port-Cartier
Vacant	Deux sièges cooptés	
<b>Membres d'office</b>		
Mélanie Bélanger	Présidente du comité des infirmières et des infirmiers auxiliaires (CIIA)	Les Escoumins
Marc Fortin	Président-directeur général	Sept-Îles
Nathalie Landry	Directrice des soins infirmiers par intérim	Baie-Comeau
Karine St-Hilaire	Membre désigné du CIIA	Baie-Comeau
<b>Invités permanents</b>		
Esther Cimon	Représentante du programme universitaire de sciences infirmières	Baie-Comeau
Christine Lebrun	Représentante des collèges d'enseignement général et professionnel	Baie-Comeau
Lynn McKinnon	Représentante des centres de formation professionnelle	Sept-Îles
<b>Membre observateur</b>		
Marie Blanchet Legendre	Présidente de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Côte-Nord (ORIICN)	

Notons que nous avons accueilli la démission de Mmes Sabrina Savard (membre cooptée SAPA, Les Escoumins), Lucie Vigneault (membre cooptée, Minganie), Brigitte Gagnon (représentante des collèges d'enseignement général et professionnel) et le départ de Mme Mireille Vigneault (directrice des soins infirmiers) au courant de l'année.

Pour la prochaine année, le mot d'ordre demeurera « Action! ». Pour poursuivre nos efforts à se faire connaître, afin d'assurer notre présence dans l'établissement et notre pouvoir d'influence.

Marie-Hélène St-Pierre, présidente du CII du CISSS de la Côte-Nord

### **Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens**

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de la Côte-Nord regroupe l'ensemble des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans un centre exploité par l'établissement et qui jouissent du statut requis par règlement pris en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

Sous l'autorité du conseil d'administration, le CMDP est responsable :

- De contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence, des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans le centre;
- D'évaluer et de maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans le centre;
- De faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un médecin ou d'un dentiste qui adresse une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que sur les privilèges et le statut à lui accorder;
- De faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un pharmacien qui adresse une demande de nomination ainsi que sur le statut à lui attribuer;
- De donner son avis sur les mesures disciplinaires que le conseil d'administration devrait imposer à un médecin, un dentiste ou un pharmacien;
- De faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments applicables dans le centre et élaborées par chaque chef de département clinique;

- De faire des recommandations sur les obligations qui peuvent être rattachées à la jouissance des privilèges accordés à un médecin ou à un dentiste par le conseil d'administration eu égard aux exigences propres du centre notamment celles ayant pour objet :
  - La participation d'un médecin ou d'un dentiste aux activités cliniques du centre, y compris la garde;
  - La participation d'un médecin ou d'un dentiste à des activités d'enseignement et de recherche, le cas échéant;
  - La participation d'un médecin ou d'un dentiste à des comités professionnels, scientifiques, médicaux ou administratifs;
  - La participation d'un médecin ou d'un dentiste aux activités médicales prévues à une entente visée aux articles 108 et 109;
- D'élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité de médecins, de dentistes et, le cas échéant, de pharmaciens et de biochimistes cliniques, pour les besoins du centre;
- De donner son avis sur les aspects professionnels des questions suivantes :
  - L'organisation technique et scientifique du centre;
  - Les règles d'utilisation des ressources visées au paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 189 et sur les sanctions administratives qui doivent y être prévues;
- De faire des recommandations sur les aspects professionnels de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques ainsi que sur l'organisation médicale du centre;
- D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Le comité exécutif du CMDP était composé pour l'année 2017-2018 de :

**Tableau 6 - Comité de direction du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens**

Nom	Fonction	Territoire
Dre Sara Garneau	Présidente	Manicouagan
Dr Frédéric Lasnier	Vice-président	Basse-Côte-Nord
Dr Guillaume Lord	Deuxième vice-président	Les Escoumins
Mme Caroline Talbot	Secrétaire	Sept-Îles
Dr Pierre Gosselin	Trésorier	Port-Cartier
Dr Guillaume Dumont	Membre	Sept-Îles
Dr Dan Liviu Gittlan	Membre	Manicouagan
Dr Christian Mercier	Membre	Caniapiscau
Dr Pierre Moore	Membre	Minganie
Dre Stéphanie Thibault	Membre	Forestville
M. Marc Fortin	Président-directeur général	CISSS de la Côte-Nord
Dr Guy Bisson	Directeur des services professionnels et de l'enseignement universitaire	CISSS de la Côte-Nord

### Faits saillants

En date du 10 mai 2018, le CMDP de la Côte-Nord comptait un effectif de 213 membres actifs, dont :

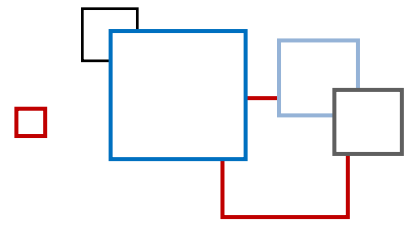
- 123 médecins de famille;
- 63 médecins spécialistes;
- 10 dentistes;
- 17 pharmaciens.

Au cours de l'année 2017-2018, les membres du comité exécutif se sont rencontrés à dix reprises pour des réunions régulières et à deux reprises pour une réunion extraordinaire. Le CMDP a aussi tenu quatre assemblées générales de tous ses membres.

Afin de réaliser les mandats qui lui sont confiés, le CMDP compte également quatre sous-comités obligatoires :

- Comité de pharmacologie;
- Comité d'examen des titres;
- Comité de discipline;
- Comité d'évaluation de la qualité de l'acte médicale, dentaire et pharmaceutique.

Dre Sara Garneau, présidente du CMDP



## LES FAITS SAILLANTS DES DIRECTIONS

### Direction de santé publique

#### Mandat

La Direction de santé publique soutient la mission du CISSS par une offre de services cliniques adaptés aux différentes communautés du territoire. L'objectif principal de la santé publique est d'éviter de nouveaux malades, traumatismes, troubles psychosociaux ou décès. Son mandat est inscrit dans la Loi sur la santé publique.

#### → Protection de la santé

Le directeur de santé publique reçoit, par divers intervenants, les maladies à déclaration obligatoire (MADO) et des signalements de menace à la santé. L'objectif des équipes est d'enrayer rapidement chaque menace afin d'éviter qu'elle cause un grand nombre de malades ou de décès. Ce service couvre les signalements en maladies infectieuses, en santé environnementale et la santé des travailleurs. Un service de garde 24/7 est en place.

#### → Promotion et prévention de la santé

La Direction de santé publique se caractérise par des actions :

- En amont de la maladie (avant que les personnes soient malades);
- Qui se situent principalement au niveau des communautés et milieux de vie (municipalités, écoles, centres de la petite enfance, milieux de travail);
- En partenariat avec les autres directions du CISSS, les ministères et organismes de la région afin de multiplier les opportunités de favoriser la santé.

L'objectif des équipes en prévention-promotion et des organisateurs communautaires est d'agir sur les déterminants de la santé afin d'éviter l'apparition de problèmes de santé.

#### Faits saillants

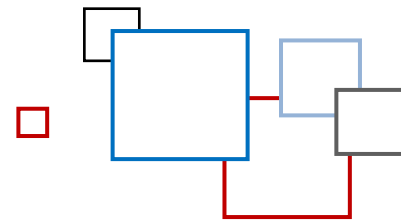
#### Maladies infectieuses

- En 2017, 632 MADO d'origine infectieuse ont été reçues des médecins et des laboratoires de la région. Il s'agit d'une augmentation de 33,6 % comparativement à 2016.
- Trois-cent-dix-sept (317) cas d'infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) ont été déclarées en 2017 comparativement à 361 l'année précédente. La chlamydie génitale demeure la plus déclarée avec 296 cas (340 en 2016), suivie par l'hépatite C avec 12 cas déclarés (10 cas en 2016).
- Cent-treize (113) cas de coqueluche ont été enregistrés en 2017 alors que la moyenne annuelle des cinq dernières années est de deux cas. La majorité des cas ont été enregistrés en Haute-Côte-Nord (13), Manicouagan (51), Sept-Îles (40) ainsi qu'à Port-Cartier (7) et en Minganie (1). Environ 35 % d'entre eux n'étaient pas vaccinés ou n'avaient pas leur vaccination contre la coqueluche à jour. Trois cas étaient âgés de moins de 12 mois.
- Vingt-huit (28) éclosions de maladies infectieuses ont été signalées à la Direction de santé publique de la Côte-Nord en 2017, soit 19 par des milieux de soins (centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et centres d'hébergement et de soins de longue durée) et 9 par des milieux de vie (résidences privées pour aînés, ressources intermédiaires, garderies, écoles).

- La campagne annuelle de vaccination contre la grippe dans l'ensemble des installations du CISSS de la Côte-Nord a permis d'administrer 18 188 doses de vaccin (20 788 en 2016-2017). L'estimation de la couverture vaccinale révèle que 90,6 % des résidents vivant dans les milieux de soins de longue durée (89,2 % en 2016-2017) et 47,7 % des travailleurs de la santé (48,7 % en 2016-2017) ont été vaccinés. L'objectif visé est de 80 % dans tous les groupes cibles.
- En milieu scolaire, la couverture vaccinale a été évaluée pour les jeunes de la maternelle, de la 4<sup>e</sup> année du primaire et du 3<sup>e</sup> secondaire. Plus de 89,4 % des élèves de la 4<sup>e</sup> année du primaire ont reçu les deux doses de vaccin contre l'hépatite B prévues au calendrier vaccinal et 81,7 % ont été vaccinés contre le virus du papillome humain (VPH) dont l'objectif était de 90 %.
- Plusieurs appels à la vigilance, s'adressant aux médecins et autres intervenants de première ligne dans les installations et les communautés autochtones, ont été diffusés (ex. : coqueluche, infection à la bactérie E. Coli).
- Des rapports de vigie sur la circulation de la grippe et de la gastro-entérite dans la région ont été diffusés aux directeurs et intervenants du CISSS de façon hebdomadaire à l'hiver et à l'automne.
- Trois numéros du bulletin *Contamine-Action* ont été diffusés aux professionnels du réseau de la santé nord-côtier.

## **Santé environnementale**

- Évaluation des risques de cancers secondaires à l'exposition chronique aux trihalométhanes (THM) et aux acides haloacétiques (AHA) pour les réseaux de distribution d'eau potable en dépassement de THM sur la Côte-Nord.
- Enquête d'agrégats de cancer du cerveau et de lymphomes non hodgkiniens en Basse-Côte-Nord (Gros-Mécatina) afin d'évaluer la présence d'une exposition commune ou de facteurs de risques.
- La Direction de santé publique est intervenue dans une trentaine de dossiers sur le plan de la qualité de l'air intérieur (moisissures, radon, émanations, bruit) directement auprès de citoyens et d'organismes (Office municipal d'habitation, municipalités, commissions scolaires).
- La Direction de santé publique a également siégé à des comités régionaux et nationaux, afin de bien cerner les enjeux environnementaux en lien avec la santé des Nord-Côtiers, notamment l'eau potable, la qualité de l'air intérieur et extérieur, les changements climatiques, les cyanobactéries, l'uranium et le radon.
- Une dizaine d'études d'impact environnemental ont été analysées d'un point de vue de santé publique pour vérifier la recevabilité ou l'acceptabilité tout en assurant le suivi (correspondance, addenda, suivi environnemental, etc.).
- La surveillance des 26 réseaux d'alimentation en eau potable de la Côte-Nord s'est poursuivie en collaboration avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques (avis de non-conformité, demande de correction, mise aux normes de réseaux d'eau potable, avis de santé publique pour des problématiques particulières).
- La surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine environnementale a été maintenue et 14 enquêtes épidémiologiques ont été menées lors de déclarations.
- Plusieurs projets de révision de règlements et de schémas d'aménagement et de développement de MRC ont été analysés.
- Des campagnes d'information, de sensibilisation et de prévention sur divers sujets tels que le monoxyde de carbone et les rayons UV ont été réalisées.
- La mise à jour de l'outil de référence sur les risques industriels majeurs sur la Côte-Nord est terminée.
- Une campagne d'arrachage et de sensibilisation sur de l'herbe à poux, de même que l'élaboration des cartes correspondantes, ont été réalisées dans la municipalité de Tadoussac.



## Santé au travail

Voici la synthèse des principales activités réalisées au cours de l'année 2017 par les intervenants de l'équipe de santé au travail.

**Tableau 7 - Activités du programme de santé au travail réalisées dans les entreprises de la région**

Activité	Nombre
Connaissance préalable de l'entreprise	25
Élaboration de programmes de santé	6
Mise à jour de programmes de santé	32
Intervention générale	116
Ergonomie	44
Gestion de la santé et sécurité au travail (GSST)	25
Surveillance environnementale	61
Surveillance médicale	23
Information	77
Premiers secours et premiers soins	110
<b>TOTAL</b>	<b>519</b>

Il est important de mentionner que les interventions de surveillance médicale ont permis de réaliser, entre autres, 441 examens cardiopulmonaires et 526 radiographies pulmonaires dans le cadre du règlement sur la santé des travailleurs des mines.

En plus des activités prévues aux programmes de santé spécifiques à l'établissement (PSSE), les intervenants en santé au travail sont intervenus pour :

- 494 analyses de postes dans le cadre du programme *Pour une maternité sans danger*;
- 10 situations de maladies à déclaration obligatoire (MADO) qui ont fait l'objet d'enquêtes.

Les activités réalisées dans les entreprises de la Côte-Nord ont un impact sur des milliers de travailleurs. Sensibilisés et mieux informés sur les risques et les agresseurs présents dans leur milieu de travail, les travailleurs et leurs employeurs sont invités à prendre en charge leur santé. La réduction à la source de l'exposition aux divers contaminants demeure l'objectif à atteindre. Le Service de santé au travail a publié, au cours de l'année, une édition (540 exemplaires) du bulletin *Santé en têtes* à l'intention des milieux de travail de la région.

En soutien aux activités des intervenants, l'équipe conseil a aussi mis à jour le guide du PSSE et élaboré plusieurs guides de saisie et sessions d'information.

## Prévention et promotion de la santé

La Direction de la santé publique travaille de concert avec plusieurs partenaires régionaux et locaux. Cette dynamique de collaboration permet une action concertée pour un impact plus significatif auprès de la population : Unité régionale loisirs et sports (URLS), Regroupement des centres de la petite enfance Côte-Nord (RCPECN), Réseau du sport étudiant du Québec (RSEQ), commissions scolaires, écoles, Table régionale des organismes communautaires de la Côte-Nord (TROC) et les différents ministères.

Des équipes de travail « Prendre soin de notre monde » ont été formées dans chacun des territoires afin d'offrir un accompagnement adapté aux municipalités dans le but de favoriser la mise en place d'environnements favorables à la santé.

Deux concertations locales en Basse-Côte-Nord et en Minganie ont permis d'obtenir un financement de 238 000 \$ en 2017-2018 pour la mise en œuvre de plans d'action présentés dans le cadre du programme Nutrition Nord Canada-Initiatives d'éducation en matière de nutrition. Ce financement se poursuit jusqu'en 2020-2021.

Déploiement de plusieurs campagnes et programmes, notamment : Les saines collations à l'école, Journée internationale sans diète, Semaine « Le poids sans commentaire », Les Aventuriers du goût, Les ateliers 5 épices, Défi J'arrête, j'y gagne!, Défi Santé, défis Moi j'croque et Pelure de banane, Semaine pour un Québec sans tabac, la Journée mondiale sans tabac, École en santé et plusieurs activités de sensibilisation de la saine alimentation.

En ce qui a trait à la lutte au tabagisme, deux projets clés en main « Choisis ton enjeu » et « Fumer ce n'est pas un choix » ont été présentés aux élèves de différentes écoles secondaires, ce qui a permis de rejoindre 900 jeunes de la région. Des activités de prévention du tabagisme chez les jeunes en milieu scolaire et en maison de jeunes ont eu lieu dans le cadre de l'« Opération Fais-toi entendre », projet d'actions sociales touchant le tabagisme.

Plusieurs formations en intervention intensive ont aussi eu lieu dans l'ensemble de la Côte-Nord rejoignant 24 intervenants du CISSS et 5 communautés autochtones pour les aider à offrir du soutien à la population en cessation tabagique.

Un projet pilote conjoint avec le Saguenay–Lac-Saint-Jean est en réalisation dans le but de répondre à la problématique grandissante de l'utilisation de la cigarette électronique auprès des jeunes de 12-17 ans.

Finalement, la politique pour « Pour un environnement sans fumée » a été déposée le 22 novembre 2017. La mise en application de cette dernière se poursuit jusqu'en 2022. Des cliniques jeunesse offrant des services préventifs et curatifs adaptés aux adolescents et jeunes adultes (12-24 ans) sont présentes à différents endroits sur la Côte-Nord. Pour parfaire les connaissances des infirmières dispensant les services, des rencontres d'équipe ont eu lieu à plusieurs moments dans l'année.

Depuis plusieurs années, des efforts sont déployés pour accroître l'efficacité des pratiques de promotion et de prévention en contexte scolaire afin de mieux répondre aux besoins des jeunes de la région. Particulièrement cette année, nous avons travaillé à faire des arrimages avec le réseau de l'éducation en lien aux « Apprentissages en éducation à la sexualité », qui seront obligatoires dès l'automne 2018 dans les écoles primaires et secondaires.

Les différents projets CAP (clinique d'alimentation et d'activité physique) destinés aux personnes obèses sans maladies chroniques se sont poursuivis dans la région. En plus des projets offerts à Sept-Îles et Baie-Comeau, d'autres se sont ajoutés à Port-Cartier ainsi qu'à Fermont.

En santé dentaire préventive, pour l'année 2017-2018, tous les élèves de maternelle et de 2<sup>e</sup> année du primaire et du secondaire ont eu un dépistage buccodentaire. Dans le but de prévenir la carie dentaire, les enfants du primaire les plus vulnérables à la carie ont reçu un total de 6 934 applications de vernis fluoré. Près de 1 185 enfants fréquentant les écoles primaires et secondaires de la Côte-Nord ont reçu des scellants dentaires, et ce, pour un total de 5 918 dents scellées.

Les cliniques Bébé-dents qui favorisent les saines habitudes de vie en matière de santé dentaire auprès des jeunes enfants et de leurs parents ont rejoint encore plusieurs familles.

En nouveauté, une formation sur les soins d'hygiène buccodentaire quotidiens et les soins dentaires préventifs a été offerte au personnel soignant du Pavillon Hodd, avec comme objectif d'inclure la santé dentaire à la routine de soins quotidiens des usagers. Des actions pour promouvoir le brossage supervisé des dents dans les services de garde à l'enfance et dans les services de garde en milieu scolaire ont été réalisées; plus de 200 porte-brosses à dents sont actuellement en circulation dans les différents milieux.

En ce qui concerne nos tout-petits de 0-5 ans, pour le secteur de la Minganie et de la Haute-Côte-Nord, le programme d'actions communautaires pour l'enfance (PACE) est maintenant offert par les organismes communautaires. Un soutien pour faciliter la transition a été apporté tout au long de l'année.

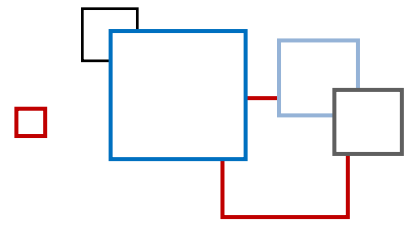
Notons une participation active de la santé publique vers le comité Éclorre Côte-Nord dans l'organisation et la réussite de l'événement régional en petite enfance, qui s'est tenu les 22 et 23 novembre dernier. Sous le thème « La Côte-Nord unie pour ses tout-petits! », l'événement a permis de regrouper les acteurs et les partenaires de tous les milieux et fut grandement apprécié.

Par l'application des programmes SIPPE, OLO et PCNP, plus de 120 femmes et leur famille vivant en situation de vulnérabilité ont bénéficié de suivis qui ont un impact positif pour le soutien aux habiletés parentales, la sécurité alimentaire, l'allaitement et la santé des nourrissons.

La santé publique apporte une participation aux activités de promotion et de soutien à l'allaitement par le biais d'ententes de service auprès des organismes communautaires offrant des services et du soutien aux femmes qui allaitent.

La distribution et la promotion de l'utilisation du Guide Mieux vivre avec son enfant est aussi une contribution non négligeable pour favoriser le soutien aux pratiques parentales.





## Table santé qualité de vie de la Côte-Nord (TSQvie-09)

Au cours de l'été 2017, le CISSS et plusieurs partenaires régionaux conviennent d'une nouvelle gouvernance pour la Table régionale intersectorielle en saines habitudes de vie (TIR-SHV). Dorénavant, la Table santé qualité de vie favorisera l'adoption de saines habitudes de vie et le développement social ainsi que le développement des communautés.

Depuis septembre dernier, l'Unité régionale loisirs et sports (URLS) agit à titre de fiduciaire du plan d'action régional en saines habitudes de vie. En 2017-2018, plusieurs réalisations ont permis de générer des environnements favorables à la santé pour la population nord-côtière, notamment :

- Déploiement de la formation « Bouger c'est pas compliqué » pour les intervenantes des centres de la petite enfance;
- Soutien à la mise en œuvre de club de marche;
- Aide financière pour la réalisation de jardins communautaires;
- Poursuite du déploiement de l'approche « Prendre soin de notre monde » dans les municipalités de la région.

L'an prochain, la TSQvie-09 se dotera d'un plan d'action pour le développement social.

## Prévention des dépendances

La légalisation du cannabis interpelle la Direction de santé publique. En août dernier, le directeur de santé publique a d'ailleurs présenté un mémoire dans le cadre de la consultation publique sur l'encadrement du cannabis au Québec. Les objectifs de santé publique en lien avec cette loi sont de :

- Prévenir la consommation de cannabis auprès de populations vulnérables (ex. : mineurs, femmes enceintes, personnes avec historique de problèmes de santé mentale);
- Prévenir la consommation de cannabis dans certains contextes (ex. : milieu de travail, conduite automobile, etc.);
- Prévenir la consommation problématique chez les adultes (y compris les produits contenant de hauts taux de THC);
- Favoriser l'usage à moindre risque chez les consommateurs.

Dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention et de réponses aux surdoses d'opioïdes, le CISSS de la Côte-Nord et ses partenaires (organismes communautaires, Sûreté du Québec, centre de santé autochtone) ont élaboré un plan d'action pour mieux se préparer à faire face à la crise des opioïdes qui sévit actuellement dans certaines provinces. Les efforts combinés des différents acteurs impliqués ont permis d'améliorer l'accessibilité à la Naloxone, un médicament permettant de contrecarrer les effets d'une surdose d'opioïdes.

## Surveillance et évaluation

- Poursuite des travaux en vue de produire un ensemble de fiches relatives à différents indicateurs sur l'état de santé et de bien-être de la population de la Côte-Nord.
- Poursuite des travaux en vue de produire des portraits de santé par RLS et par clientèle (0-5 ans, 6-17 ans, 18 à 64 ans et 65 ans et plus) sur différents indicateurs de santé et de bien-être.
- Production de données statistiques pour le rapport du directeur de santé publique 2018 sur l'état de santé et de bien-être de la population nord-côtière.
- Production de données statistiques et production d'un babillard aux fins d'une salle de pilotage en santé publique.
- Production de données statistiques pour le plan d'organisation du CISSS.
- Poursuite des travaux de concert avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sur certains dossiers prioritaires.
- Mise à jour continue et exploitation des diverses banques de données relatives à la surveillance générale de l'état de santé de la population (naissances, décès, admissions hospitalières).
- Réponse à plusieurs demandes *ad hoc* en surveillance formulées par des professionnels et gestionnaires du CISSS de la Côte-Nord.

## Direction des soins infirmiers

### Faits saillants

#### Prévention et contrôle des infections

- Création de politiques et procédures :
  - Politique sur l'hygiène des mains, politique sur la gestion des visiteurs en période d'éclosion;
  - Procédure de désinfection des équipements de soins;
- Campagne de soins sécuritaires, en collaboration avec la Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique (DSMQEPE) :
  - Implantation de la campagne de prévention des pneumonies associées au ventilateur aux soins intensifs pour Baie-Comeau et Sept-Îles et réduire les infections associées aux bactéries multirésistantes (BMR) au niveau du CISSS;
  - Instauration d'un questionnaire sur le dépistage des BMR à l'admission.

#### Prescription infirmière

Présentement, 76,7 % de la cible fixée l'an dernier par la directrice des soins infirmiers a été atteinte, donc 69 infirmières sur 90 ont été formées. Il faut noter que, lorsque la cible a été choisie, les urgences de Baie-Comeau et Sept-Îles n'étaient pas incluses.

Actuellement, 47 infirmières sont en attente de la clause leur permettant de prescrire. Dans les deux urgences de Baie-Comeau et Sept-Îles, peu d'infirmières ont complété la formation, soit environ 7 sur 94. Toutefois, la contraception orale d'urgence (COU) est peu utilisée dans les urgences, ce qui n'incite peut-être pas les infirmières à suivre la formation.

#### Formation sur l'évaluation physique et mentale d'une personne symptomatique

L'objectif a été atteint puisque plus de 50 % des infirmières du territoire ont été formées. Au total, 59 % des infirmières ont suivi la formation :

- Nombre de coachs : 11 (4 à Sept-Îles, 1 à Port-Cartier, 2 en Minganie, 2 à Fermont et 2 en Haute-Côte-Nord-Manicouagan).
- Infirmières formées :
  - Haute-Côte-Nord-Manicouagan : 63,5 %
  - Port-Cartier : 64 %
  - Sept-Îles : 60 %
  - Minganie : 38 %
  - Basse-Côte-Nord : 46 %
  - Fermont : 83 %

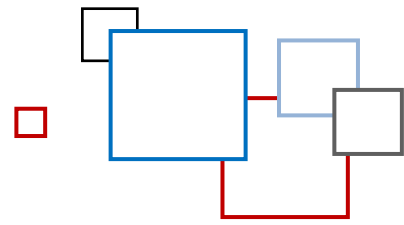
#### Centre de détention

##### Baie-Comeau

- Depuis avril 2016, prise en charge du CISSS de la Côte-Nord de l'ensemble des responsabilités financières sur l'accessibilité aux soins et services infirmiers pour les personnes contrevenantes adultes, en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique (MSP).
- Intégration d'un programme de gestion des médicaments, en partenariat avec le chef de département de pharmacie du CISSS.
- Harmonisation des pratiques et des documents de travail du personnel infirmier, en partenariat avec la clinicienne des soins courants du CLSC Lionel-Charest.

##### Sept-Îles

- Entente de partage des responsabilités signée entre le MSP et le CISSS de la Côte-Nord concernant l'accès aux services et soins infirmiers pour les personnes contrevenantes adultes.
- Harmonisation des pratiques et des documents de travail du personnel infirmier en partenariat avec la clinicienne des soins courants du CLSC Lionel-Charest.



## **Info-Santé**

- Réalisation du programme de formation pour l'enregistrement de la clientèle vulnérable par une formatrice clinique d'Info-Santé, qui sera dispensé par visioconférence en 2018-2019.
- Intégration d'un nouveau service de première ligne pour la clientèle sous oxygénothérapie.

## **Département d'hospitalisation de Sept-Îles**

Un important travail a été fait au cours des derniers mois au département d'hospitalisation de Sept-Îles afin de trouver des pistes de solutions pour les diverses problématiques rencontrées. Ce travail a débuté par de l'observation, ensuite un sondage a été effectué auprès des employés et des rencontres individuelles ont eu lieu. Une firme experte en diagnostic organisationnel et en réorganisation au sein du réseau de la santé et des services sociaux débutera des travaux à la fin mai. Plusieurs employés du département ont fait part de leur enthousiasme face à une telle mesure. Une autre belle réalisation dans ce département est l'aménagement d'un salon des familles.

## **Approche adaptée à la personne âgée (AAPA)**

Les soins offerts aux aînés sont au cœur des préoccupations de la population. C'est dans cette optique que le MSSS a rendu obligatoire l'implantation du programme AAPA. L'implantation était débutée mais à des niveaux variables. De plus, très peu de suivis étaient assurés au cours des dernières années, ce qui a provoqué un retard important dans l'atteinte des cibles ministérielles. En mai 2017, deux personnes à la Direction des soins infirmiers ont été mandatées, soit Chantale Tanguay, chef clinico-administratif, et Mélanie Rouleau, conseillère clinique, à titre de répondantes régionales, pour déployer ce programme.

Ces dernières ont travaillé en collaboration avec les chefs d'unité des soins critiques et des unités d'hospitalisation, ainsi qu'avec les coachs désignées pour chaque secteur pour planifier, coordonner et assurer la communication des différentes composantes de l'AAPA ainsi que l'implantation des quatre préalables, la formation du personnel infirmier pour les quatre premiers modules et l'implantation de la grille AÎNÉES. À l'automne 2017, neuf coachs ont été désignées. Celles-ci ont suivi la formation des six modules et collaborent à l'implantation.

Les chefs d'unité ont été convoqués à deux rencontres de suivi. Le taux de participation à ces deux rencontres fut de 80 %. Les chefs concernés ont aussi bénéficié d'un suivi ponctuel des taux de formation du personnel de leurs unités. Afin d'atteindre les objectifs des composantes du programme, les différents outils cliniques et aide-mémoire ont été déposés dans l'intranet pour en faciliter l'accès. Le formulaire de profil AÎNÉES, quant à lui, a été récemment entériné par le comité des formulaires et est prêt à être déployé. Bien que de grandes avancées ont été effectuées, de grands défis nous attendent afin d'atteindre une implantation complète au terme de 2019-2020.

## **Unité de courte durée gériatrique et unité de réadaptation fonctionnelle intensive (UCDG-URFI)**

Depuis l'automne 2017, le département de médecine au 4<sup>e</sup> étage de l'Hôpital Le Royer changeait d'orientation pour devenir officiellement une unité de réadaptation UCDG-URFI. Le personnel a reçu plusieurs formations spécifiques à la réadaptation et à la personne âgée.

L'unité de courte durée gériatrique (UCDG) offre un milieu d'évaluation adapté et de réadaptation sécuritaire pour la clientèle âgée. Une équipe interdisciplinaire, composée de médecins, infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, physiothérapeutes, ergothérapeutes, nutritionnistes, travailleurs sociaux et pharmaciens mettent en œuvre un plan d'intervention avec des objectifs d'évaluation et de réadaptation spécifiques à chaque usager. L'UCDG accueille dix patients.

L'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) offre un milieu de réadaptation intensif spécialisé pour les personnes adultes présentant des incapacités avec un potentiel de récupération comme les AVC, hémorragie cérébrale ou sténose spinale par exemple. Une équipe multidisciplinaire semblable à celle de l'UCDG et incluant en plus des orthophonistes, met elle aussi en place des plans d'intervention thérapeutiques avec des objectifs spécifiques pour une meilleure récupération fonctionnelle. L'URFI accueille huit patients. Plusieurs activités sont animées par le personnel pour stimuler les usagers comme des casse-têtes, jeux de poche, cartes, musique, etc. D'ici juin 2018, l'unité offrira un plateau technique spécialisé pour reproduire des situations réelles de la vie quotidienne. Une salle à manger communautaire y sera aménagée ainsi qu'un petit loft (avec l'apparence d'un appartement) pour permettre l'évaluation des usagers. Actuellement, des travaux sont en cours pour aménager un bureau pour le médecin avec une salle d'examen. Des programmes d'exercices tels que le programme de marche et le protocole Sprint sont également utilisés sur l'unité. La famille est également interpellée à participer activement au plan de l'usager.

## Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire

### Faits saillants

- ↪ Fin des travaux visant la mise à niveau des unités d'endoscopie digestives. Trois volets ont été touchés, soit : les normes de gestion de l'accès en coloscopie, les normes de pratique clinique et organisationnelle relatives à la coloscopie et les normes de retraitement des dispositifs médicaux et critères d'aménagement en endoscopie. Un projet d'aménagement des lieux physiques pour l'Hôpital de Sept-Îles a été soumis au MSSS.
- ↪ Dépôt du Plan d'action IAMEST III : Continuum de service, phase hyperaiguë, pour les personnes ayant subi un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST).
- ↪ Financement accordé par le MSSS pour le développement d'une unité satellite d'hémodialyse à Baie-Comeau.
- ↪ Élaboration d'un programme conjoint en cancérologie pour les régions administratives du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02), de la Côte-Nord (09) et du Nord-du-Québec (10).

### Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) s'adresse aux Québécoises âgées de 50 à 69 ans. Dans la région, les services de mammographie sont offerts dans trois centres de dépistage désignés, soit dans les hôpitaux de Baie-Comeau, Sept-Îles et Havre-Saint-Pierre. Dans les secteurs isolés, comme Schefferville, Fermont et la Basse-Côte-Nord, les services sont dispensés par l'unité mobile *CLARA* et l'unité portative *SOPHIE*. Les hôpitaux de Sept-Îles et de Baie-Comeau sont également des centres de référence pour investigation désignés. En 2017-2018, 10 778 femmes ont reçu une invitation et 4 137 d'entre elles ont passé une mammographie de dépistage.

### Pharmacie

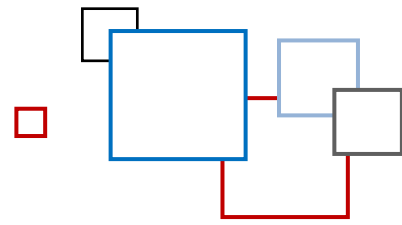
Le département de pharmacie dessert l'ensemble de la clientèle nécessitant des soins et des services pharmaceutiques au sein du CISSS de la Côte-Nord. Le plan d'organisation de l'établissement prévoit 22 postes de pharmaciens et 35,3 équivalents temps complet (ETC) assistants-techniques et agentes administratives pour offrir les services.

La situation des effectifs est demeurée très précaire avec 50 % des postes vacants ou temporairement dépourvus de leur titulaire, et ces difficultés de recrutement forcent l'établissement à recourir à la main-d'œuvre indépendante, et ce, dans l'ensemble des installations. Malgré la situation, nous avons réussi à maintenir une offre minimale de soins pharmaceutiques pour nos usagers. Nous avons éprouvé également à divers moments des pénuries d'assistants-techniques en pharmacie. Nous vivons là aussi d'importantes difficultés de recrutement de personnel qualifié, ce qui est un enjeu majeur considérant la situation des effectifs pharmaciens.

En 2017-2018, nous avons travaillé à l'amélioration du circuit du médicament dans les installations de la Basse-Côte-Nord à la suite des recommandations émises par l'Ordre des pharmaciens du Québec. Nos deux pharmaciennes responsables des préparations stériles ont poursuivi l'implantation des politiques et procédures entourant la préparation des produits stériles en pharmacie. L'Ordre des pharmaciens du Québec a d'ailleurs réalisé une inspection ciblée à cet effet en Minganie et nous travaillons à actualiser les mesures à mettre en place.

Le département de pharmacie poursuit de façon active ses travaux d'harmonisation des processus de travail et collabore à la conception et à l'harmonisation des outils cliniques touchant l'utilisation des médicaments. Nous sommes également très impliqués dans de multiples comités touchant de près ou de loin l'utilisation sécuritaire des médicaments dans l'établissement.

D'autres importants chantiers sont à prévoir en 2018-2019 notamment l'implantation de cabinets automatisés décentralisés à Fermont et le rehaussement informatique et technologique en Basse-Côte-Nord (système informatique, numérisation des ordonnances, caméras).



## Biologie médicale

Le CISSS de la Côte-Nord est associé au CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean (laboratoire serveur) dans le projet d'optimisation des laboratoires (OPTILAB). La transformation nécessaire à la mise en place des grappes de services nouvellement créées est toujours en cours de réalisation.

## Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique

Plusieurs informations en lien avec la direction (agrément, mesures de contrôle, etc.) se trouvent à la section 5 du présent rapport à la page 59.

La Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique (DSMQEPE) actualise un mandat transversal de soutien et d'expertise-conseil à l'organisation en matière d'amélioration continue, de performance, de liaison autochtone et de pratiques professionnelles, ainsi qu'en matière de développement intégré de la qualité et de la gestion des risques en visant notamment l'élaboration de solutions et de plans d'action en regard des enjeux stratégiques auxquels fait face l'établissement.

Elle répond aux besoins et aux attentes des clients selon les meilleures pratiques reconnues ou novatrices, au moindre risque, en conformité avec les normes en vigueur et de façon efficiente au regard des ressources disponibles, tant par les attitudes et les contacts humains établis par les employés envers les clients et entre eux, qu'au regard des procédures et des services rendus.

Elle vise l'excellence des soins et des services à la population, en offrant son expertise pour soutenir et conseiller l'ensemble des directions et leurs équipes.

C'est au cours de l'année 2017-2018 que l'équipe de la DSMQEPE a élaboré son offre de service et l'a présentée à l'ensemble des directions (aux directeurs et aux gestionnaires). Cette offre de service informe sur les rôles et les responsabilités et sur les divers mandats de cette nouvelle direction.

### Faits saillants

#### Amélioration continue

Le volet amélioration continue et gestion de projets de la direction a soutenu une dizaine de projets en cours d'année. À titre d'exemples, les projets suivants ont été encadrés par l'équipe : la révision de l'offre alimentaire (régional), les services de physiothérapie (Haute-Côte-Nord et Sept-Îles), les délais en médecine-chirurgie (Baie-Comeau), la trajectoire en déficience du langage des enfants de moins de 6 ans (régional), l'accessibilité aux soins de santé (accueil, évaluation, orientation, référence) et guichets spécifiques (régional). Également, le processus de dotation à la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (DRHCAJ) a fait l'objet d'un projet « Kaizen » en décembre 2017. Enfin, les plans de retour à l'équilibre budgétaire ont aussi fait l'objet de mesures d'accompagnement auprès des différentes directions.

L'outil collaboratif « Smartsheet » continue d'être implanté progressivement au CISSS de la Côte-Nord, ce qui permet d'assurer le suivi des projets et des plans d'action. Près de 170 utilisateurs sont en mesure de bénéficier de cet outil.

En plus de poursuivre le soutien de la salle de pilotage stratégique, les travaux pour cinq salles de pilotage tactiques ont démarré dans les directions suivantes : Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique (DSMQEPE), Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire (DSPEU), Direction des ressources financières et de la logistique (DRFL) et Direction du programme jeunesse (DPROGJ).

## **Pratiques professionnelles**

Le cadre de référence sur les plans d'intervention et plans de services individualisés (PI-PSI) a été adopté le 21 mars dernier. Les comités pour l'élaboration des guides de pratique PI-PSI ont débuté dans les directions du programme SAPA, du programme jeunesse et de la protection de la jeunesse. Avec celui de la protection de la jeunesse, nous avons collaboré au projet pilote « usager partenaire ». L'expérience a été bénéfique autant pour l'usager que pour le comité. Les comités sur les guides de pratiques en déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA et DP) et en santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux débiteront en mai 2018.

Le cadre de référence régional sur le plan de services individualisé et intersectoriel (PSII) de la Côte-Nord a été révisé par la DSMQEPE et adopté par la Table régionale de concertation du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MÉES-MSSS). Une formation a été préparée et offerte conjointement avec les commissions scolaires des différents territoires. D'autres formations sont à venir. Des outils cliniques ont été créés afin de soutenir la pratique des PSII pour nos professionnels, les directions d'écoles, ainsi que pour le jeune et ses proches.

Dans un souci de soutenir nos professionnels dans leurs pratiques, nous finaliserons sous peu le cadre de référence sur l'encadrement et le soutien clinique à l'intention des membres du conseil multidisciplinaire (CM). Découlant de ces travaux, un début de collaboration a été créé avec la DRHCAJ afin d'implanter la mesure de « parrainage » des nouveaux employés. Un projet pilote verra le jour au cours de la prochaine année.

En matière de formation, nous avons poursuivi le déploiement de la formation sur « l'estimation et la gestion du risque d'homicide » sur l'ensemble du territoire. Afin de soutenir la pratique concernant les évaluations du fonctionnement social des travailleurs sociaux, 4 formations ont été offertes au cours l'année et 88 travailleurs sociaux ont bénéficié de cette formation qui a été très appréciée de la majorité.

Pour terminer, nous avons collaboré avec le conseil multidisciplinaire (CM) afin d'élaborer leur cadre de référence sur les comités de pairs. Ce cadre a été adopté par le CM en mars dernier. Nous collaborerons avec le CM pour soutenir le démarrage de comités de pairs dans les prochains mois.

## **Performance**

L'équipe performance poursuit sa mission de développer des tableaux de bord. Certains présentent d'ailleurs des données en temps réel. Plus de 35 tableaux de bord sont maintenant disponibles tant pour le suivi d'indicateurs stratégiques, qu'opérationnels. Environ une douzaine de ces tableaux sont accessibles au grand public sur le site Internet de l'établissement.

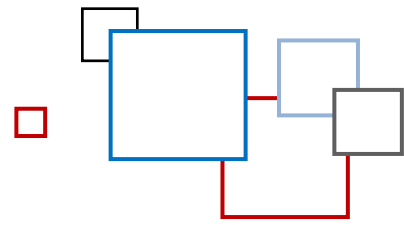
L'équipe travaille également à mettre en place des comités pour analyser la qualité des données selon les différents services, portant sur les objectifs stratégiques et le financement de développements additionnels. Ces comités assurent l'uniformisation des données selon l'interprétation des cadres de référence et des guides de saisie. Ces comités permettent, entre autres, que les données représentent fidèlement les activités cliniques.

## **Certification**

Dans le cadre de la démarche de la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance, l'établissement a octroyé à Point de rencontre, son certificat de conformité valide du 28 septembre 2016 au 27 septembre 2020. Ce renouvellement fait suite à quelques visites d'évaluation de la conformité de la ressource par le Conseil québécois d'agrément (CQA) qui a émis, le 10 janvier 2018, une copie du rapport final et une recommandation favorable à cet effet.

## **Programme québécois des soins sécuritaires (PQSS)**

Puisqu'il importe d'assurer la pérennité des pratiques de soins basées sur des données probantes, une campagne québécoise sera relancée sous la forme du Programme québécois des soins sécuritaires. Par l'amélioration de la qualité des soins prodigués, l'implantation de ce programme a pour objectif, entre autres, de réduire les risques de contracter certaines infections nosocomiales lors d'un épisode de soins.



Pour l'année 2017-2018, le CISSS de la Côte-Nord, en collaboration avec le service de la prévention et le contrôle des infections (PCI), a entrepris les travaux de réduction des bactéries multirésistantes et la prévention de la pneumonie acquise sous ventilation mécanique. Un suivi des actions posées a été réalisé, les deux premières pratiques exemplaires sont concrétisées, les travaux se poursuivent avec deux nouvelles pratiques exemplaires dans la prochaine année.

La collaboration de l'ensemble des directions est requise pour permettre l'implantation et la pérennisation du programme qui se déroulera sur une période de trois ans, soit jusqu'en 2020.

### **Prix reconnaissance**

La DSMQEPE, en cohérence avec les valeurs de l'organisation, appuie le personnel dans ses démarches de mise en candidature à des prix et des distinctions. La DSMQEPE favorise la reconnaissance des forces, des capacités et des expertises des employés de l'établissement. Cette année, la DSMQEPE a contribué à la présentation de dix candidatures. Parmi celles-ci, deux furent lauréates et une finaliste à des prix régionaux et nationaux. La DSMQEPE est fière de souligner la contribution significative des membres du personnel qui se distinguent dans le cadre de leur travail, soit par leurs compétences, leurs réalisations, leur engagement, leur initiative et l'innovation dans le domaine clinique.

### **Comité de bioéthique clinique**

Le comité de bioéthique clinique a tenu six rencontres en 2017-2018. Le comité a reçu huit demandes d'avis de la part des intervenants pour lesquels il a émis ses réflexions :

- Famille d'accueil employée du CISSS de la Côte-Nord;
- Demande d'avis dans le cadre de la dispensation de services d'un client potentiellement dangereux;
- Suivi d'usager avec intégration difficile dans un milieu d'hébergement;
- Refus de traitement - Usager à domicile qui chute à répétition;
- Intervention dans un contexte de perte d'autonomie et d'insalubrité du domicile;
- Usager en ressource d'hébergement - Sécurité de l'usager et d'autrui;
- Situation possible de conflits d'intérêts - Pratique privée des professionnels;
- Situation de refus d'hébergement.

### **Actes répréhensibles**

La procédure de déclaration d'actes répréhensibles découle de l'obligation pour l'établissement de se conformer à la Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mai 2017.

Cette procédure a été adoptée par le conseil d'administration le 14 juin 2017 et vise à faciliter la divulgation par les employés d'actes répréhensibles et d'établir un régime général de protection contre les représailles.

Par ailleurs, la Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics impose à tous les établissements visés de procéder à la nomination d'un responsable interne du suivi des divulgations chargé de recevoir les divulgations, de vérifier si un acte répréhensible a été commis ou est sur le point de l'être et, le cas échéant, de lui en faire rapport. Le CISSS de la Côte-Nord a nommé la directrice des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique pour assumer cette responsabilité.

En 2017-2018, une demande de divulgation a été reçue par la responsable du suivi des divulgations. Cette demande n'était pas recevable en vertu de l'article 4 de la Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics. La responsable y a donc mis fin en application du paragraphe 3<sup>o</sup> de l'article 22 et concernait la catégorie d'actes répréhensibles visés à l'article 4 : Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi.

## **Liaison autochtone**

Le service de la liaison autochtone poursuit son mandat de coordination et de collaboration avec les responsables de la santé et des services sociaux des différentes communautés, ainsi qu'avec les organismes offrant des services aux autochtones.

### **Table locale d'accessibilité aux services pour les autochtones vivant en milieu urbain de Sept-Îles**

La poursuite des travaux de cette table ont permis aux deux sous-comités, soit celui de l'éducation et celui de la santé et des services sociaux, d'amorcer des actions afin de permettre la mise en place de services culturellement plus sécuritaires. Les membres ont signé une entente de collaboration avec les différents partenaires intersectoriels.

Les initiatives en santé et services sociaux qui découlent de cet organisme ont été présentées à la commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics afin de présenter les actions réalisées, celles en cours et à venir qui visent à favoriser l'accessibilité des services aux autochtones.

### **Suivi des recommandations du rapport d'enquête du coroner sur les décès par suicide dans la communauté autochtone de Uashat Mak Mani-Utenam**

Les différents comités qui ont été mis en place afin d'améliorer la fluidité des corridors de service entre les installations du CISSS et les communautés autochtones ont poursuivi leurs travaux. Plusieurs comités sont en place actuellement entre divers secteurs du CISSS et les communautés afin de mieux répondre aux besoins des usagers autochtones. Une première rencontre de concertation des partenaires concernés par les recommandations du rapport du coroner aura lieu dans les prochaines semaines afin de faire le point sur l'avancement des travaux et assurer le suivi.

### **Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics du Québec**

Cette commission d'enquête a poursuivi ses travaux au cours de la dernière année, ce qui a engendré plusieurs demandes d'accès à l'information. À deux reprises, le conseiller cadre à la liaison autochtone a témoigné à la commission afin d'expliquer son rôle et de présenter les différentes actions mises en place par l'établissement. La directrice de la protection de la jeunesse a aussi témoigné, de même que l'interprète de Sept-Îles.

### **Commission d'enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées**

Quelques rencontres ont eu lieu avec le Ministère afin d'avoir de l'information sur le mode de fonctionnement de la commission nationale. La commission a tenu une semaine d'audience à Mani-Utenam. Pour le moment, peu de demandes d'information ont été acheminées au CISSS à ce sujet.

### **CLSC Naskapi**

Une entente administrative a été conclue à l'hiver 2017 avec le CLSC Naskapi afin de les soutenir sur les plans administratif et clinique tout en tenant compte des ressources humaines et financières du CISSS.

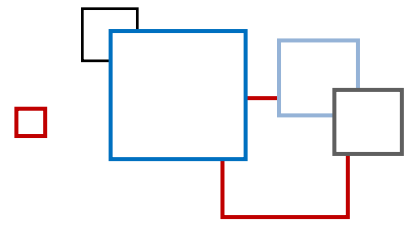
Cette entente prévoit la mise en place d'un comité de suivi qui a tenu sa première rencontre en mars 2018. Elle vise entre autres à établir des liens de partenariat entre le CISSS de la Côte-Nord et le CLSC Naskapi, à faciliter la consultation et la coopération entre les parties relativement à l'interprétation ainsi qu'aux modalités de mise en œuvre et d'application de l'entente, à coordonner et faciliter les relations et les communications entre les parties.

Une autre entente sera signée prochainement afin d'assurer les services du commissariat aux plaintes et à la qualité des services pour le CLSC Naskapi.

### **Entente pour la facturation des services de professionnels du CISSS sur les communautés**

Des travaux sont en cours pour établir une procédure de facturation aux communautés autochtones uniforme lorsque des professionnels de l'établissement dispensent des services dans les communautés autochtones.





## **Approche centrée sur la personne (Planetree)**

Dans le cadre de l'implantation de l'approche centrée sur la personne, plusieurs activités ont été réalisées dans l'organisation.

Un sondage a d'abord été proposé aux employés afin de déterminer les valeurs organisationnelles. Les cinq valeurs choisies au terme de ce sondage ont été : Le respect, la transparence, la collaboration, la reconnaissance et la cohésion.

Le lancement officiel de ces valeurs a eu lieu en mars et des affiches rappelant ces valeurs sont installées dans l'ensemble de l'établissement.

Un portrait organisationnel a été réalisé par des groupes de discussion d'employés et d'usagers sur l'ensemble du territoire. Cette activité a permis de faire ressortir 52 zones de développement qui ont été priorisées et qui guideront les actions pour mieux répondre aux besoins des usagers et des employés.

Le comité de direction utilise maintenant un cadre décisionnel qui respecte l'approche centrée sur la personne afin d'assurer une cohérence entre les principes directeurs de l'approche et les décisions qui sont prises pour l'organisation.

Un sondage sur la santé organisationnelle réalisé auprès des employés a permis d'évaluer quatre dimensions, soit : l'engagement au travail, la santé psychologique, l'organisation du travail et la gestion du changement. Les résultats seront dévoilés au cours de l'année.

Finalement, un comité régional a été formé pour soutenir l'équipe de coordination de l'approche. Ce comité est représentatif tant au niveau des différents territoires et différentes directions, que des niveaux hiérarchiques.

## **Groupe de travail sur l'AAOR (Accueil - analyse - orientation - référence) et les guichets spécifiques**

L'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences oblige l'établissement à revoir ses façons de faire afin d'améliorer l'accès et la continuité des services pour les usagers.

Un comité de travail, formé de représentants de différentes directions, est à l'œuvre depuis 2016. Les résultats ont mené à l'harmonisation de l'offre de service des services sociaux généraux et à l'implantation de guichets spécifiques sur tout le territoire nord-côtier. Un formulaire unique est désormais en place pour adresser une demande de service. Les cartographies des différents guichets spécifiques permettent de préciser le cheminement d'une demande de service.

Il est important de retenir que la fonction ÉVALUATION est désormais réservée aux guichets spécifiques. Le rôle de l'AAOR est de dresser un portrait succinct de la situation d'un usager, des raisons qui l'amènent à consulter, de ses attentes à l'égard des services et des facteurs de risque à considérer dans la priorisation de sa demande, afin d'orienter la demande vers les services pouvant le mieux répondre aux besoins diagnostiqués. Pour leur part, les guichets spécifiques font une analyse plus approfondie des besoins (évaluation, intervention, orientation et prise en charge). Pour les usagers aux besoins multiples, une collaboration interguichets spécifiques est requise.

Les résultats des travaux réalisés jusqu'à maintenant ont été présentés au comité de direction (CODIR), au personnel des équipes concernées, au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et aux principaux référents internes en avril dernier. Des rencontres avec les partenaires externes débiteront en mai à ce sujet.

## Direction de la protection de la jeunesse

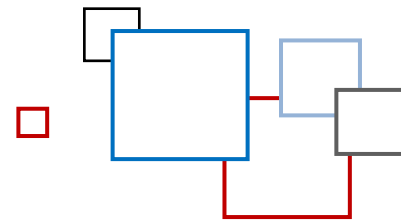
### Faits saillants

- ↪ En 2017-2018, la Côte-Nord a connu une hausse de 0,5 % des signalements traités pour un total de 3 126 signalements, dont 991 ont été retenus. Nous constatons une hausse de 9 % de signalements retenus. Les signalements pour négligence et risque sérieux de négligence ont représenté 50,3 % des signalements retenus, suivis par les abus physiques et le risque sérieux d'abus physiques (18,8 %) et les mauvais traitements psychologiques (15,1 %).
- ↪ Les enjeux entourant la pénurie de main-d'œuvre ont touché particulièrement les services de la protection de la jeunesse l'an dernier engendrant même certaines difficultés d'accès.
- ↪ Maintien et renforcement des liens de collaboration et de partenariat avec les communautés autochtones du territoire : comité de coordination avec les coordonnateurs des services en protection de la jeunesse et des services communautaires, visites de communautés.
- ↪ Implication dans l'ensemble des travaux sur les commissions d'enquête sur la réalité des premières nations.
- ↪ Amorce de travaux auprès de communautés autochtones sur un projet d'autonomie des services en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (article 37.5 de la Loi sur la protection de la jeunesse).
- ↪ Amorce des travaux sur la diversité des modèles d'hébergement pour l'ensemble de la clientèle jeunesse.
- ↪ Participation provinciale entourant des projets de recherche, des comités de révision des pratiques en matière d'adoption et en protection de la jeunesse.
- ↪ Préparation à l'implantation des modifications législatives du projet de loi entourant l'adoption et la Loi sur la protection de la jeunesse.
- ↪ Analyse du phénomène de la récurrence en protection de la jeunesse.
- ↪ Mise en place d'un mécanisme de vigie concernant les enfants hébergés jusqu'à leur majorité.
- ↪ Rencontres auprès des instances internes du CISSS : conseil multidisciplinaire et conseil des infirmières et infirmiers.
- ↪ Maintien des liens de collaboration avec les partenaires de l'entente multisectorielle et des partenaires des services offerts aux jeunes contrevenants.

### Données statistiques en protection de la jeunesse et jeunes contrevenants

Tableau 8 - Réception et traitement des signalements

Année	Signalements	Total
2016-2017	Reçus	3 109
	Retenus	904
2017-2018	Reçus	3 126
	Retenus	991



**Tableau 9 - Signalements retenus par problématique en 2017-2018**

Problématique	Nombre	Taux (%)
Négligence et risque de négligence	498	50,3
Abus physiques et risque d'abus physiques	186	18,8
Mauvais traitements psychologiques	150	15,1
Abus sexuels et risque d'abus sexuels	55	5,5
Troubles de comportement sérieux	99	10,0
Abandon	3	0,3

**Tableau 10 - Source des signalements traités en 2017-2018**

Source	Nombre	Taux (%)
Parents et beaux-parents	237	7,6
Jeunes-Fratrie	198	6,3
Milieu policier	892	28,5
Employé du centre jeunesse	324	10,4
Employé des centres de la petite enfance	13	0,4
Milieu de la santé	422	13,5
Milieu scolaire	376	12,0
Autres	664	21,3

**Tableau 11 - Dossiers à l'application des mesures**

Population 0-17 ans	Dossiers suivis	Taux par 1 000
18 041	787	43,6

**Tableau 12 - Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents**

	2016-2017	2017-2018
Évaluation-orientation	86	98
Rapport pré-décisionnel	14	12
Sanction extrajudiciaire	82	81
Peine - probation avec suivi	40	22

## Direction du programme jeunesse

La Direction du programme jeunesse regroupe les services suivants : le centre mère-enfant et la pédiatrie, la périnatalité et petite enfance, les services communautaires pour les enfants, les jeunes et leur famille, les services aux jeunes en difficulté dont la réadaptation interne et externe ainsi que les services de santé mentale 0-18 ans et la pédopsychiatrie.

### Faits saillants

- ↪ Actualisation du projet de regroupement des services de réadaptation en jeunesse en vue d'optimiser l'utilisation des ressources en fonction de la variation des taux d'occupation en centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation.
- ↪ Création d'un guichet d'accès spécifique pour la clientèle jeunesse permettant d'évaluer et de traiter les demandes de services.

- ↪ Les activités des comités de coordination et des comités cliniques locaux du Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire ont permis de consolider la trajectoire de service pour les familles inscrites au programme.
- ↪ La formation pour le programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu a été complétée. Le programme est maintenant accessible dans tous les territoires.
- ↪ En 2017-2018, les équipes du programme jeunesse, pour le volet Jeunes en difficulté, ont rencontré au total 2 005 usagers dont 1 362 usagers de moins de 18 ans comparativement à 2 310 usagers dont 1 349 jeunes l'an dernier.
- ↪ Élaboration d'une trajectoire pour les jeunes présentant une problématique de santé mentale vus à l'urgence. L'accès aux services de pédopsychiatrie est toujours un enjeu important en lien avec le recrutement médical. Au 31 mars 2018, 295 jeunes étaient en attente d'une évaluation.
- ↪ En 2017-2018, la Côte-Nord a accueilli 804 nouveau-nés, soit 29 de plus que l'an dernier. À l'Hôpital Le Royer, c'est 303 nouveau-nés dont 8 couples de jumeaux. Du côté de l'Hôpital de Sept-Îles, c'est 504 bébés qui ont vu le jour.
- ↪ Pour la deuxième année consécutive, les équipes multidisciplinaires des centres mère-enfant ont toutes deux obtenu le Prix reconnaissance du programme de formation AMPRO<sup>OB</sup>. Ce programme est basé sur la sécurité des patientes, le perfectionnement professionnel et l'amélioration de la performance. Il permet aussi de faire face aux risques obstétricaux de façon efficace, sécuritaire et en partenariat avec les différents membres de l'équipe. Pour l'obtention du prix, l'équipe de base a mis en place différentes activités (ateliers de formation, lectures, quiz et exercices d'urgence), tout au long de l'année, afin d'atteindre les objectifs du programme.
- ↪ En avril 2017, Opération Enfant Soleil a remis 57 000 \$ lors de sa tournée. Ce don a permis l'acquisition d'une civière de transport, d'un pousse-seringue, d'un moniteur cardiorespiratoire et de deux appareils multifonctions avec support permanent.
- ↪ Les services infirmiers pour la santé des jeunes dans les centres de réadaptation ont été consolidés par l'ajout d'une infirmière à temps complet. Ces services permettent d'évaluer systématiquement les jeunes admis en centre de réadaptation, d'évaluer le risque suicidaire lorsque requis et de collaborer aux interventions à mettre en place afin de le prévenir et d'assurer une distribution sécuritaire de la médication et la surveillance de leurs effets.

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

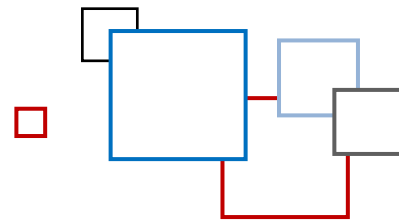
### **Faits saillants**

#### **Plan de transformation du continuum de services SAPA**

Le plan de transformation du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) a été présenté et prévoit six axes d'intervention desquels découlent une trentaine de mesures :

- Éliminer l'attente d'hébergement en courte durée;
- Intensifier le soutien à domicile de longue durée;
- Réduire le recours à l'hébergement institutionnel;
- Améliorer la qualité des milieux de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- Déployer l'approche adaptée aux personnes âgées;
- Structurer le partenariat intersectoriel régional et territorial.

À la suite de la création d'un comité stratégique régional intersectoriel, impliquant notamment des représentants d'usagers et de leur famille, des organismes communautaires, des municipalités, la Table de concertation des aînés de la Côte-Nord et des médecins, les comités stratégiques territoriaux sont toujours actifs. L'objectif consiste à mobiliser le milieu pour améliorer l'intégration des services aux personnes âgées dans la région afin de maintenir les aînés à domicile et d'offrir des services adaptés à leurs besoins, en temps opportun et par le bon intervenant.



## Qualité de vie en CHSLD

Le CISSS met tout en œuvre pour répondre aux besoins des personnes présentant une perte d'autonomie importante et nécessitant des soins et de l'assistance en continu. L'objectif premier demeure d'offrir à la personne hébergée les soins requis en fonction de ses besoins, de sa volonté et de ses préférences, de celles de ses proches, tout en respectant sa dignité, son intégrité et sa sécurité.

Des comités « milieux de vie » et d'organisation du travail sont à pied d'œuvre pour assurer la mise en place des composantes permettant d'assurer un milieu de vie de grande qualité, ciblant l'activité repas, l'offre de soins d'hygiène adaptés aux besoins des résidents, les heures de lever et coucher, l'animation du milieu, et ce, en considérant l'histoire de vie des personnes hébergées.

Des formations ont été octroyées au personnel entre autres sur l'évaluation de la condition physique et mentale permettant de développer la compétence des techniciennes en soins infirmiers au cours de l'année 2017. Pour l'ensemble de la Côte-Nord, l'objectif était de former 50 % du personnel, et nous avons obtenu un résultat de 59 %.

À la suite de l'annonce d'un investissement de 36 M\$ qui vise à bonifier les services d'hygiène aux résidents des CHSLD et conformément aux attentes spécifiques, l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène a été demandée aux établissements. À cet égard, nous sommes très heureux de constater les résultats obtenus pour les soins d'hygiène alors que la Côte Nord figure au 6<sup>e</sup> rang provincial avec un résultat de 81 % des personnes hébergées en CHSLD qui reçoivent au moins deux bains par semaine.

Il importe de souligner la mise en place en CHSLD de « coach PAB » soutenant les préposés aux bénéficiaires dans leur rôle et tâches.

Une première phase de déploiement OPUS-AP (Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – antipsychotiques) a débuté et vise à réduire les antipsychotiques. La phase 1 a permis de diminuer et dans certains cas, de cesser complètement, et ce, grâce à un travail d'équipe. La phase 2 se poursuivra pour quatre autres CHSLD de la région.

Offre alimentaire en CHSLD : L'implantation de nouveaux menus est en cours afin de mieux répondre aux besoins nutritionnels des usagers.

Enfin, nous avons instauré dans l'ensemble de nos CHSLD un formulaire sur la « Divulgence d'un événement inacceptable ». Ce formulaire est accessible à l'ensemble du personnel, familles, bénévoles et est en lien avec la maltraitance.

**Tableau 13 - Admissions en hébergement de longue durée**

2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
172	133	176	140	136	111	127

**Tableau 14 - Personnes hébergées au 31 mars 2018**

Type de ressource	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CHSLD	406	405	413	394	401	386	395
Ressource non institutionnelle (RI-RTF)	211	200	198	210	215	217	217
Formule novatrice d'hébergement	6	6	6	6	6	6	5
<b>TOTAL</b>	<b>623</b>	<b>611</b>	<b>617</b>	<b>610</b>	<b>622</b>	<b>609</b>	<b>617</b>

**Tableau 15 - Personnes en attente d'hébergement au 31 mars 2018**

Type de ressource	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CHSLD	44	46	50	74	30	12	17
Ressource non institutionnelle (RI-RTF)	45	42	80	84	67	32	44
<b>TOTAL</b>	<b>89</b>	<b>88</b>	<b>130</b>	<b>158</b>	<b>97</b>	<b>44</b>	<b>61</b>

**Tableau 16 - Personnes en soins de courte durée en attente d'hébergement de longue durée au 31 mars 2018**

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
25	23	32	31	13	5	5

### **Services de soutien à domicile**

Le repérage systématique des personnes âgées en perte d'autonomie est effectué à partir des urgences hospitalières et une prise en charge rapide s'effectue. De plus, une vigie quotidienne est en place. Ces rencontres impliquent l'ensemble des directions afin de réduire les délais de séjour des usagers ayant un statut de niveau de soins alternatifs (NSA).

Dans la poursuite des travaux de l'initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs visant le déploiement des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles, 34 infirmières et 8 travailleurs sociaux ont été formés. De plus, trois territoires ont pu bénéficier de la formation en mentorat. À la suite de la formation des infirmières, plus de 306 usagers et pour la plupart en collaboration avec les médecins, reçoivent maintenant le suivi requis. Plusieurs PAB oeuvrant en CHSLD ont également bénéficié de cette formation. L'équipe ambulatoire SCPD (Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence) a diffusé des formations aux ressources non institutionnelles et organismes communautaires.

### **Maltraitance envers les aînés**

Le CISSS a poursuivi l'implantation des mesures prévues dans le plan régional en matière de maltraitance envers les aînés, notamment par les actions suivantes :

- Adoption du plan d'action pour contrer la maltraitance chez les personnes âgées;
- Adhésion à l'Alliance régionale en faveur de l'amélioration des conditions de vie des aînés de la Côte-Nord;
- Création d'un réseau d'intervenants-pivots disponibles sur tout le territoire nord-côtier pour faire du référencement en matière de maltraitance;
- Formation sur la maltraitance envers les aînés aux intervenants-pivots et à divers intervenants.

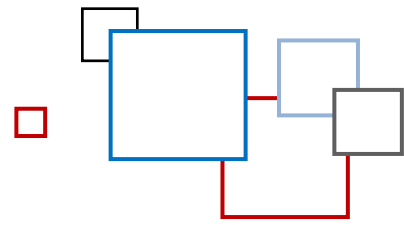
### **Soins spirituels**

À la suite des séances de consultation de 2017, les besoins de la population ont été exprimés et une entente particulière sera signée sous peu respectant les désirs et besoins exprimés des usagers et des familles. Cette consultation a permis de cerner les besoins et les préoccupations d'une centaine de participants (résidents, familles, intervenants des comités de milieux de vie, bénévoles et comités des résidents).

## **Direction des programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux**

La Direction des programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux déploie son offre de service selon quatre plans d'action : le plan d'action en santé mentale 2015-2020, l'offre de service en dépendance 2007-2012 (prolongée jusqu'en 2018), l'offre de service des services sociaux généraux - activités cliniques et d'aide et le plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020.

L'année 2017-2018 a permis à la direction d'élaborer un plan de transformation dont le but est de réorganiser certains services afin de mieux répondre à la population en matière d'accessibilité, de continuité et d'efficacité. Ce plan vise également à respecter les orientations du Ministère pour chacun des programmes-services.



## Faits saillants

- ↪ Amélioration de l'accès aux services en apportant des changements à la trajectoire de service pour les services sociaux généraux et en implantant des guichets en santé mentale sur l'ensemble du territoire.
- ↪ Poursuite des travaux sur le continuum des services résidentiels en collaboration avec les autres directions cliniques (implantation du cadre de référence, identification des besoins en termes de ressources, définition du mécanisme d'accès). Un projet pilote avec les ressources non institutionnelles a été mis en place afin d'implanter l'approche du rétablissement par les forces.
- ↪ Accompagnement des équipes par le Centre national d'expertise en santé mentale dans les démarches vers l'homologation du suivi à intensité variable (SIV) et dans le déploiement de programmes d'intervention pour premiers épisodes psychotiques.
- ↪ Mise en œuvre d'un plan d'action sur la primauté de la personne dans la prestation et l'organisation des services.
- ↪ Mise en place d'un comité régional de lutte pour contrer la stigmatisation et la discrimination envers la clientèle en santé mentale. Les objectifs de la première année étaient de mieux comprendre ce qu'est la stigmatisation et reconnaître ses effets sur les personnes ayant vécu ou vivant un problème de santé mentale et d'élaborer un plan d'action.
- ↪ Poursuite des travaux pour la mise en place d'un programme pour le service de traitement des troubles liés à l'utilisation (TLU) d'opioïdes.
- ↪ Coordination des travaux du comité pour le déploiement du programme de traitement de la toxicomanie avec la Cour du Québec (PTTCQ).
- ↪ Élaboration et déploiement du cadre de référence des travailleurs sociaux en groupe de médecine de famille (GMF).
- ↪ Poursuite des travaux de la révision des trajectoires de crises et début des consultations.
- ↪ Révision et diffusion du protocole d'intervention médico-légale ou médico-sociale auprès d'une personne victime d'agression sexuelle.
- ↪ Appropriation du nouveau cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.
- ↪ Rédaction d'un cadre de référence pour le suivi étroit auprès des personnes en danger grave de passage à l'acte suicidaire.
- ↪ Élaboration de la planification stratégique 2017-2022 de la Table nord-côtière de concertation sur les réalités masculines.
- ↪ Mise en place d'un comité régional en itinérance qui a comme objectif de dresser un portrait de l'itinérance sur la Côte-Nord et répertorier l'offre des services, afin d'élaborer un plan d'action régional inspiré par les orientations provinciales.
- ↪ Maintien des mécanismes de concertation territoriale avec les partenaires des réseaux locaux de services.

# **Direction des programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique**

## **Faits saillants**

### **Accès aux services**

Deux projets d'optimisation ont été réalisés, soit dans le secteur de Sept-Îles et en Haute-Côte-Nord. Ces deux projets avaient pour objectif de diminuer la liste d'attente dans les services de physiothérapie de première ligne.

Pour le territoire de la Haute-Côte-Nord, les résultats compilés après 9 mois nous indiquent une diminution importante des usagers en attente. En janvier 2017, 147 usagers étaient en attente pour une durée pouvant aller jusqu'à 4 ans. Au 15 mars 2018, 91 usagers sont en attente pour une durée d'attente jusqu'à 9 mois environ. Dans le secteur de Sept-Îles, en janvier 2017, 412 usagers étaient en attente tandis qu'en mars 2018, ce nombre était de 299 usagers. Dans les deux secteurs, les travaux se poursuivent.

En janvier 2018, nous avons débuté un nouveau projet d'optimisation ayant pour but de diminuer l'attente dans les services d'orthophonie de première ligne et dans les services spécialisés en déficience du langage.

Les travaux portant sur les critères de priorité pour les services généraux et spécifiques en ergothérapie et en physiothérapie de première ligne sont terminés. La période d'expérimentation qui a pour but de tester les nouveaux outils est en cours. Un bilan sera réalisé au début de l'automne.

L'élaboration du plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité en déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA et DP) doit être déposé au MSSS le 31 mai 2018. Les travaux de cette année ont été concentrés autour de la mise en place du guichet d'accès unique qui a été actualisé en juin 2017.

### **Continuum de services**

Le comité stratégique en DI-TSA et DP qui regroupe des usagers, des organismes communautaires, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), des municipalités et des représentants de diverses directions du CISSS s'est réuni à trois reprises. Les participants ont adopté la version finale du continuum intégré de services en janvier 2018. Ils ont aussi adopté le mandat d'un sous-comité de travail qui portera sur la continuité et les transitions, plus particulièrement sur la transition de l'école vers la vie active d'adulte. Ce sous-comité devrait débiter ses travaux en juin 2018.

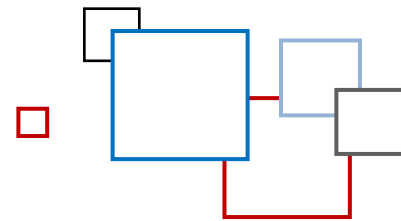
### **Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022**

En avril 2017, la ministre Lucie Charlebois lançait le plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme. Les grands objectifs de ce plan sont d'améliorer l'accès aux services spécialisés de réadaptation, améliorer l'accès à un intervenant-pivot lorsque requis, éliminer les listes d'attente pour les allocations aux parents, augmenter le répit, gardiennage, dépannage, et finalement, augmenter le soutien en intégration scolaire, socioprofessionnelle et résidentielle. Dans le cadre de ce plan d'action, la Côte-Nord s'est vue octroyer une somme non récurrente de 80 000 \$ et une somme récurrente de 267 700 \$. Avec les montants non récurrents, des assignations de services d'orthophonie, d'ergothérapie et d'éducation spécialisée ont été ajoutées entre les mois de juillet 2017 et mars 2018. Le déploiement des actions découlant de l'octroi des sommes récurrentes est en cours depuis l'automne 2017. L'embauche de travailleurs sociaux et d'éducateurs spécialisés est actualisée. Nous sommes en cours d'appel de projets avec les organismes communautaires pour augmenter le répit aux familles de la région.

### **Révision des horaires de travail**

La révision des horaires de travail est un chantier qui a débuté en mai 2017 et qui a été actualisé au début de décembre 2017. Cette révision avait pour but de développer une offre de service minimale en dehors des horaires de travail standards qui sont du lundi au





vendredi de 8 h 30 à 16 h 30. Depuis la première semaine de décembre 2017, dans les secteurs de Baie-Comeau et de Sept-Îles, des ergothérapeutes, physiothérapeutes et travailleurs sociaux sont disponibles les samedis et dimanches pour traiter les dossiers des usagers pour lesquels une intervention nous permettrait d'éviter une hospitalisation ou de faciliter leur sortie de l'hôpital.

### **Plan de développement de l'expertise en troubles du comportement et troubles graves du comportement**

En concordance avec les meilleures pratiques cliniques préconisées pour la clientèle présentant des troubles du comportement et des troubles graves du comportement, notre direction doit développer un plan de développement de l'expertise. Cette année, nous avons franchi la première étape qui est de faire le diagnostic de la situation actuelle. Pour ce faire, différentes démarches ont été réalisées dont une rencontre de type « focus groupe » qui a eu lieu en février 2018. Par la suite, des pistes d'amélioration ont été dégagées. Celles-ci viendront déterminer les composantes de notre plan de développement dont la rédaction est en cours.

### **Cadre de référence sur l'organisation des services en DI-TSA et DP**

Ce cadre de référence a été lancé par le Ministère à l'été 2017. À la suite de cela, entre octobre 2017 et mars 2018, plusieurs rencontres d'appropriation ont été organisées. Au début de l'année 2018-2019, des présentations de ce cadre de référence aux équipes de gestion des autres directions du CISSS sont prévues, ainsi qu'une présentation aux organismes communautaires en DI-TSA et DP en mai 2018. D'autres présentations aux partenaires suivront.

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

Le plan d'action à l'égard des personnes handicapées a été adopté au mois de juin 2017 par le conseil d'administration du CISSS. Depuis le mois d'octobre 2017, le comité de suivi d'implantation du plan d'action s'est réuni à quatre reprises. Le bilan de ses activités sera déposé à la séance du conseil d'administration du mois de juin 2018.

## **Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques**

*Les informations concernant la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (DRHCAJ) se retrouvent à la section 7 à la page 71.*

## **Direction des ressources financières et de la logistique**

*Plusieurs informations provenant de la Direction des ressources financières et de la logistique (DRFL) se trouvent à la section 8 à la page 75 ainsi qu'à la page 77 de la section 9.*

### **Faits saillants**

#### **Paie et ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)**

Le Service de la paie et des RI-RTF a poursuivi les démarches entreprises l'an dernier afin d'arriver à des processus uniformes en vue du regroupement des systèmes de paie. En étroite collaboration avec la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques, les travaux de fusion des bases de données de paie et de ressources humaines ont été entrepris avec notre fournisseur informatique en décembre et se poursuivront au cours des prochains mois en prévision d'un déploiement d'une base unique en septembre 2018.

Une politique de frais de déplacement et de séjour a été adoptée en janvier dernier pour l'ensemble du CISSS. Les outils utilisés pour les demandes de remboursement ont par la suite été révisés afin d'assurer le respect de celle-ci.

Pour le secteur des RI-RTF, la centralisation du paiement de la rétribution des ressources, de même que la contribution des usagers concernés, a été prise en charge pour l'ensemble du CISSS.

## **Comptabilité**

Depuis la fusion, le défi pour le Service de la comptabilité est d'uniformiser les processus pour obtenir une qualité d'information supérieure afin d'aider à la prise de décisions de nos gestionnaires. À cet effet, quelques changements ont été apportés au courant du dernier exercice financier, comme le regroupement des paiements aux fournisseurs, le regroupement des systèmes comptables pour le fonds d'immobilisations et la restructuration de l'équipe responsable de la facturation. En parallèle, certains processus sont étudiés et reconfigurés de manière à rendre le travail de nos équipes plus efficient, en ayant toujours le souci d'améliorer le service à la clientèle.

## **Approvisionnement**

L'année 2017-2018 fut une année de stabilisation des activités pour l'approvisionnement et la distribution. La section transport et projets spéciaux fut confiée à notre nouvelle conseillère cadre en logistique. Dans le cadre de nos négociations, notre taux de participation à l'achat regroupé s'est profilé à 52 % sur une moyenne provinciale de 51 %, soit 32 M\$ sur 62 M\$. Nous avons mis en place une équipe dédiée afin d'accélérer la mise à contrat des produits non couverts par les groupes d'approvisionnement en commun afin d'atteindre une cible de mise à contrat globale d'ici deux ans de 80 % des produits utilisés.

L'année 2017-2018 est l'année charnière pour notre système d'information de gestion du matériel Magistra. À la suite de la politique du MSSS sur les systèmes d'information unifiés (SIU), nous avons amorcé les travaux d'unification de notre système de gestion du matériel vers une seule base pour un départ prévu fin avril 2018. Nous serons fin prêts à recevoir le nouveau système d'information de gestion financière et d'approvisionnement (SI-GFA), soit dans 36 mois.

En distribution, l'implantation du système de double casier s'est poursuivie avec l'actualisation du site Manicouagan dans le projet. Les travaux sont également réalisés dans les deux centres d'hébergement, le CLSC, l'inhalothérapie, la pharmacie, la clinique externe, la cardiologie et la médecine nucléaire.

## **Logistique**

L'ajout d'une professionnelle en logistique a permis de préparer plusieurs projets dont celui des aides techniques, d'une centrale de coordination et d'agir en soutien à plusieurs services. Ce secteur d'activité est en développement. Beaucoup de projets seront mis en place dans la prochaine année pour libérer le personnel clinique des opérations logistiques.

Un changement de fournisseur aérien en Basse-Côte-Nord en juin 2017 a nécessité une révision des modes de fonctionnement actuels. En collaboration avec les acteurs des milieux, un nouveau mode de fonctionnement sera déployé en 2018-2019. La sécurité et la disponibilité des services seront au cœur de ces nouveaux modèles.

## **Transport des usagers**

Le déplacement des usagers inclut les déplacements entre les établissements, ceux pour les usagers de 65 ans et plus, les évacuations aériennes médicales (ÉVAQ), les transports électifs ainsi que les déplacements des bénéficiaires autochtones. Le volume et les coûts de déplacement sont présentés dans le tableau qui suit. La Politique de subvention pour le déplacement des usagers (transport électif) permet aux résidents de la Côte-Nord d'obtenir des soins et des services qui ne sont pas offerts dans un établissement ou dans la région. Une subvention forfaitaire est versée au citoyen pour les coûts de transport à laquelle s'ajoute un montant forfaitaire pour les repas et l'hébergement dans certaines situations.

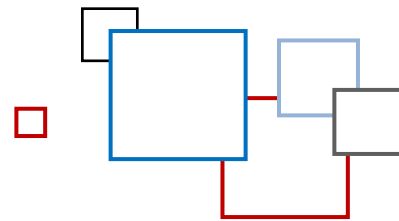


Tableau 17 - Déplacement des usagers

Déplacement des usagers	2016-2017		2017-2018	
	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)
Déplacement des usagers entre établissements	4 894	3 412 143	5 704	3 515 306
Déplacement des usagers âgés de 65 ans et plus	3 737	522 172	3 792	572 875
Déplacement des usagers par EVAQ	1 141	1 194 124	2 027	1 651 926
Déplacement des cas électifs	38 113	7 843 334	37 387	7 594 005
Déplacement des bénéficiaires autochtones	217	98 270	179	56 892
<b>TOTAL</b>	<b>48 102</b>	<b>13 070 043</b>	<b>49 089</b>	<b>13 391 004</b>

## Direction des services techniques et de l'hôtellerie

### Faits saillants

- ↳ L'année 2018 a été marquée par un dossier d'envergure, soit celui de la révision de l'offre alimentaire en CHSLD. La direction a priorisé ce dossier et mis toutes ses énergies afin d'implanter les nouveaux menus et respecter les échéanciers ministériels. Au 31 mars 2018, les travaux étaient complétés dans cinq installations et d'ici le 31 mai, nous prévoyons terminer l'ensemble des CHSLD. L'implantation en Minganie et en Basse-Côte-Nord est reportée en septembre.
- ↳ Le retour à l'équilibre budgétaire nous a permis d'analyser la performance des différents secteurs d'activité afin de trouver des pistes d'optimisation possibles. L'efficacité de nos processus demeure une priorité et démontre la volonté de la direction dans son engagement d'amélioration continue.
- ↳ La pénurie de personnel (employés généraux) a entraîné une recherche constante de solutions afin de maintenir les services pour l'ensemble des usagers.
- ↳ Au niveau des projets immobiliers, outre les projets de maintien d'actifs et rénovations fonctionnelles, l'équipe a reçu l'autorisation de procéder aux travaux afin de mettre en place une unité satellite d'hémodialyse à Baie-Comeau et les travaux en lien avec l'urgence de Sept-Îles ont débuté en septembre.
- ↳ Au plan de la sécurité, nous avons débuté la démarche de l'identification des risques en sécurité civile. Cette démarche pourra consolider les travaux des comités locaux de mesures d'urgence et prioriser les actions de la direction.

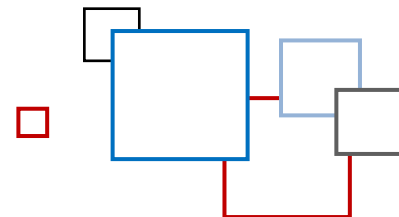
### À souligner...

- ⇒ Inspection technique des bâtiments complétée à 100 %.
- ⇒ Poursuite de l'étude des travaux en lien avec le regroupement des services alimentaires à Baie Comeau.
- ⇒ Poursuite de la révision des routes de travail en hygiène et salubrité.
- ⇒ Déménagement des résidents au CHSLD Boisvert.
- ⇒ Participation aux travaux à l'accueil des réfugiés syriens.
- ⇒ Prise d'inventaire physique complète des équipements médicaux à 80 %.
- ⇒ Révision de la gouvernance de Corélo inc. (Corporation régionale de logements).

## Direction des ressources informationnelles

### Faits saillants

- ↪ Poursuite des travaux en lien avec l'implantation du dossier clinique informatisé (DCI) Cristal Net pour l'ensemble des installations du CISSS.
- ↪ Poursuite des travaux en lien avec les prérequis du DCI, notamment la numérisation, l'index patient organisationnel et l'agent d'intégration.
- ↪ Migration de la solution de messagerie électronique vers Microsoft Exchange.
- ↪ Analyse en vue de migrer les applications développées en Lotus Notes vers d'autres plates-formes.
- ↪ Participation aux travaux d'unification des bases de données des systèmes de paie et d'approvisionnement en vue du déploiement des solutions provinciales dans le cadre de l'orientation des systèmes d'information unifiés (SIU).
- ↪ Déploiement et mise en opération technologique des salles de pilotage tactiques et opérationnelles.
- ↪ Participation à la mise en œuvre du projet OPTILAB en collaboration avec l'établissement serveur, soit le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean.
- ↪ Poursuite de l'implantation d'une nouvelle infrastructure de téléphonie régionale permettant le remplacement des équipements désuets et permettant la collaboration et la fluidité des communications entre les installations.
- ↪ Poursuite de l'installation d'une solution informatique ainsi que d'un guichet unique centralisé supportant l'accès prioritaire aux services spécialisés (APSS).
- ↪ Début des travaux en lien avec le déploiement d'un environnement numérique d'apprentissage partagé à l'échelle provinciale.
- ↪ Analyse et déploiement d'une nouvelle solution de Webconférence.
- ↪ Études d'opportunités en vue d'améliorer la fluidité des échanges d'informations et la continuité des activités pour le secteur de l'imagerie médicale.
- ↪ Mise en place des spécifications techniques requises, analyse des besoins technologiques et planification du déploiement et de l'accompagnement dans le cadre du projet de déploiement des outils de cheminement clinique informatisés (OCCI).
- ↪ Rehaussement des infrastructures d'imagerie médicale (PACS).
- ↪ Début des travaux de fusion des systèmes de dictée de Manicouagan et de Sept-Îles vers un système unifié et rehaussé.
- ↪ Accompagnement du CLSC Naskapi dans le déménagement de ses activités vers le nouveau bâtiment.
- ↪ Début des travaux pour l'aménagement d'un nouveau service d'hémodialyse pour le secteur Manicouagan.
- ↪ Mise en place d'une directive pour la gestion des incidents de sécurité de l'information, d'un processus d'escalade pour la gestion des incidents de sécurité, d'une directive sur l'utilisation des actifs informationnels et d'une politique sur l'utilisation du courrier électronique.
- ↪ Mise en place d'un registre d'autorité électronique.
- ↪ Collaboration en tant qu'auteur pour la deuxième phase du programme de sensibilisation de la sécurité de l'information.



## Services préhospitaliers d'urgence

Le CISSS est responsable de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence (SPU) pour la région Côte-Nord. Ce mandat implique, notamment, l'attribution de permis et la signature de contrats de services avec les entreprises ambulancières, la coordination de la formation continue et le maintien des compétences des techniciens ambulanciers-paramédics (TAP) et des premiers répondants (PR). Le CISSS doit également s'assurer de la qualité des services et maintenir des relations soutenues avec le Centre d'appel d'urgence des régions de l'Est du Québec (CAUREQ).

### Transformation des horaires de faction en horaires à l'heure - Zones de Baie-Comeau et de Sept-Îles

Dans un objectif d'améliorer l'organisation des services préhospitaliers d'urgence, le MSSS a instauré un mécanisme formel de révision des horaires de faction. En conséquence, dans les zones de couverture ambulancière où cohabitent des horaires de faction et des horaires à l'heure, une transformation des horaires de faction sera autorisée lorsque la zone atteint un volume annuel de 3 000 transports et plus.

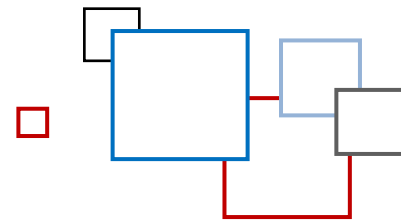
En octobre 2017, le MSSS nous informait que les zones de Baie-Comeau et de Sept-Îles s'inscrivaient dans cette orientation et qu'une enveloppe budgétaire annuelle additionnelle de 1,6 M\$ nous était accordée pour bonifier les services ambulanciers à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, notamment par une réponse plus rapide aux appels prioritaires. Ceci a permis de créer huit postes additionnels de techniciens ambulanciers-paramédics à temps complet, plus des temps partiels.

### Données

Tableau 18 - Nombre de transports ambulanciers sur la Côte-Nord

Entreprise ambulancière	2016-2017	2017-2018
Ambulance Sacré-Cœur inc. (Zone 900 - Sacré-Cœur)	234	254
Ambulances Côte-Nord inc. (Zone 901 - Les Escoumins)	525	621
Ambulances Côte-Nord inc. (Zone 902 - Forestville)	631	694
Ambulances Côte-Nord inc. (Zone 903 - Baie-Comeau)	3 074	3 160
Ambulance Manic inc. (Zone 904 - Manic-5)	25	18
Ambulance Baie-Trinité inc. (Zone 905 - Baie-Trinité)	101	115
Ambulances Porlier inc. (Zone 906 - Port-Cartier)	761	763
Ambulances Porlier inc. (Zone 907 - Sept-Îles)	3 207	3 206
Ambulances Porlier inc. (Zone 909 - Minganie)	843	750
Corporation des services préhospitaliers d'urgence de la BCN (Zone 912 - Blanc-Sablon)	241	387
Ville de Fermont (Zone 914 - Fermont)	225	299
Services ambulanciers Porlier Ltée (Zone 915 - Schefferville)	174	200
<b>TOTAL</b>	<b>10 041</b>	<b>10 467</b>





## 4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Tableau 19 - Entente de gestion et d'imputabilité - Résultats au regard des attentes signifiées 2017-2018

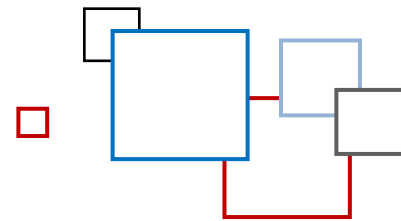
### Légende

- R = Attente réalisée à 100 %
- NR = Attente non réalisée à 100 %
- N/A = Non applicable

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
<b>SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE</b>		
BILAN DES ACTIVITÉS RÉALISÉES	Un bilan faisant état des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	R
COMITÉ STRATÉGIQUE DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (PCIN)	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et le comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, Santé et Services sociaux, Québec 2006 ».	NR
<b>Raisons de la non-réalisation de l'attente</b>	Départ du seul microbiologiste. De plus, il n'y a plus de microbiologiste sur place actuellement, une couverture pour les besoins ponctuels est assurée à distance seulement. La gestionnaire du service assume la gestion d'autres secteurs qui amènent des difficultés dans la prise en charge de la mise en place des structures requises telles que le comité stratégique et la table clinique. La gestionnaire assume actuellement, en plus de cette gestion, l'intérim à la DSI. Réorganisation prévue du service de PCI.	
<b>Mesures entreprises pour assurer la réalisation</b>	Une fiche a été présentée et acceptée au comité de direction en février dernier pour mettre en place une structure plus optimale de l'équipe de PCI : gestionnaire attirée seulement à la PCI, cette fiche recommandait également la mise en place des structures requises selon le cadre de référence de 2017 rapidement. Malheureusement, la directrice a été absente un moment et une gestionnaire assume l'intérim depuis quelques semaines seulement. Afin de s'assurer que le dossier avance rondement, une présentation sera faite au prochain comité de direction de juin présentant le A3 expliquant les problématiques et les objectifs à atteindre pour les prochains mois. De plus, la fiche et le dossier du projet de réorganisation du service PCI seront aussi déposés en juin.	
<b>Commentaires</b>	Le formulaire Gestred 10516 a été complété avec la structure effective jusqu'en décembre 2017 avec le microbiologiste présent à l'époque et qui répondait au cadre de référence de 2006. Actuellement, la moitié des effectifs de la PCI seulement est gérée administrativement et cliniquement par la gestionnaire, l'autre partie seulement cliniquement. Le territoire à couvrir (1 300 km) est un enjeu majeur pour la mise en place des comités et la couverture d'officier de PCI. La couverture par un premier officier de PCI co-gestionnaire du service, compte tenu de l'absence d'un microbiologiste sur place, est un enjeu majeur également.	
<b>SECTION II : SERVICES SOCIAUX</b>		
IMPLANTER LES PROTOCOLES D'INTERVENTION EN MATIÈRE D'ITINÉRANCE ET PLAN DE TRAVAIL	L'établissement devra transmettre au MSSS une liste des installations de son territoire devant implanter le protocole, un plan de travail détaillant les activités prévues ainsi que l'échéancier de l'implantation du protocole. Un gabarit permettant l'identification des installations pertinentes sera fourni. Ces livrables permettront de déterminer la cible associée à l'indicateur « pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance », par établissement et nationalement.	R
<b>Commentaires</b>	En attente de la stratégie.	

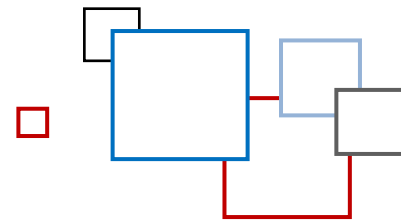
Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
POUR SUIVRE LA MISE EN ŒUVRE DES COMPOSANTES DES PROGRAMMES D'INTERVENTION EN NÉGLIGENCE (PIN)	Assurer la mise en œuvre de toutes les composantes obligatoires des PIN avant le 31 mars 2018. Un formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'utilisateurs ayant participé au programme.	NR
<b>Raisons de la non-réalisation de l'attente</b>	Le partenariat est bien installé. Il reste à le formaliser par la signature des ententes.	
<b>Commentaires</b>	La signature des ententes est tributaire de la mise en place de la trajectoire optimale en négligence telle que prévue à la A3.	
ÉVALUATION ET ÉLABORATION D'UN PLAN D'INTERVENTION POUR TOUS LES USAGERS HÉBERGÉS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE PUBLIC	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	R
PLAN TERRITORIAL D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS ET DE LA CONTINUITÉ (PTAAC)	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	R
PLAN D'ACTION 2017-2022 SUR LE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (TSA)	À la suite de la publication du Plan d'action et du plan de déploiement ministériel, l'établissement devra compléter et transmettre le bilan de l'implantation des mesures identifiées.	R
ADDENDA – RÉSULTATS, MESURES ALTERNATIVES ET BONNES PRATIQUES POUR LE RESPECT DES DÉLAIS D'ATTENTE DES USAGERS EN STATUT NSA (NIVEAU DE SOINS ALTERNATIFS)	Les établissements, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des utilisateurs en attente ou en provenance des établissements non fusionnés.	R
ADDENDA – AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS D'HYGIÈNE OFFERTS DANS LES CHSLD	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements. De plus, il est aussi prévu que des audits aléatoires seront menés par le MSSS dans les établissements.	R
<b>SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE</b>		
ÉTAT D'AVANCEMENT DE L'IMPLANTATION DU PLAN D'ACTION PAR ÉTABLISSEMENT DÉPOSÉ LE 31 MARS 2016 ET RÉALISÉ SUR LA BASE DES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES 2006	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016. Le plan doit préciser : Action – Objectif – Stratégie/Moyens – Responsable – Résultats/Livrables – Échéancier – Indicateur – Cible atteinte. De plus, les obstacles liés à la non-réalisation du plan devront être notés.	R
ÉTAT D'AVANCEMENT DU PLAN D'ACTION TRIENNAL 2016-2019 – MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1 <sup>er</sup> juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS-CIUSSS devra être produit.	R
ÉTAT D'AVANCEMENT SUR LE PLAN D'ACTION PAR ÉTABLISSEMENT RÉALISÉ SUR LA BASE DU PLAN D'ACTION NATIONAL 2016-2018	Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	R
ÉTAT D'AVANCEMENT DE L'IMPLANTATION DU PLAN D'ACTION DÉPOSÉ LE 31 MARS 2016 PAR ÉTABLISSEMENT RÉALISÉ SUR LA BASE DES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES 2015	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016 composé à partir des actions et des objectifs, incluant l'état d'avancement des travaux au 31 mars 2018. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	R
INVESTISSEMENTS EN SANTÉ MENTALE DANS L'ÉTABLISSEMENT – ACCOMPAGNEMENT PAR LE CENTRE NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ MENTALE (CNESM) POUR LE DÉPLOIEMENT DES SERVICES DE SUIVI INTENSIF DANS LE MILIEU (SIM), DE SOUTIEN D'INTENSITÉ VARIABLE (SIV) ET DE PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE (PEP)	Prendre part à un processus d'accompagnement avec le CNESM dans le cadre du déploiement des nouvelles équipes et des nouveaux services prévus dans les investissements annoncés le 28 avril 2017 par le ministre.	R
<b>Commentaires</b>	Nous n'avons pas commencé à utiliser les investissements attribués par le MSSS (premier épisode psychotique).	
EFFECTIFS DANS LES ÉQUIPES DE SOUTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ	Fournir les informations requises quant aux effectifs en services dans la communauté : suivi intensif dans le milieu (SIM), soutien d'intensité variable (SIV), Flexible Assertive Community Treatment (FACT) et premier épisode psychotique (PEP). Contrairement au suivi des EGI associés aux SIM et SIV, ce suivi comprend également les services qui ne sont pas homologués.	R





Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
<b>SECTION IV : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET</b>		
LISTES DES BESOINS (OU CORRECTIFS) DEVANT ÊTRE RÉALISÉS DANS LES CINQ PROCHAINES ANNÉES	L'établissement a pour objectif de finaliser l'inspection technique de son parc immobilier. À la suite de l'inspection des bâtiments, il doit élaborer la liste des correctifs devant être réalisés dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs+Réseau.	R
STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ÉCONOMIE D'EAU POTABLE	L'établissement participe à la réalisation du Plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	R
<b>SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE</b>		
SÉCURITÉ CIVILE	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure d'assumer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer : <ul style="list-style-type: none"> <li>De veiller à l'élaboration ou à la révision d'un plan de sécurité civile;</li> <li>Du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au sujet de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile;</li> <li>De raffermir les liens de partenariats en sécurité civile.</li> </ul>	R
<b>Commentaires</b>	En continu.	
MANDAT MINISTÉRIEL DE LEADERSHIP RÉGIONAL EN SÉCURITÉ CIVILE	Exercer le rôle de leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région. À cet effet, le MSSS s'attend à ce que l'établissement maintienne une instance de concertation régionale en sécurité civile avec des mécanismes de coordination efficaces permettant un déploiement concerté des ressources du RSSS advenant un sinistre.	R
<b>Commentaires</b>	En continu.	
GESTION DES RISQUES EN SÉCURITÉ CIVILE – SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en arrimage avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit : <ul style="list-style-type: none"> <li>Maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation;</li> <li>Compléter la phase d'établissement du contexte du processus;</li> <li>Compléter la phase d'appréciation des risques du processus.</li> </ul>	NR
<b>Raisons de la non-réalisation de l'attente</b>	La professionnelle responsable du dossier doit assumer le rôle de coordonnatrice locale des mesures d'urgence et sécurité civile depuis janvier 2018, ce qui diminue le temps réservé aux tâches de son rôle régional dont le processus GRSC.	
<b>Mesures entreprises pour assurer la réalisation</b>	La professionnelle responsable du dossier sera libérée du rôle local à l'automne 2018. Entre-temps, les travaux en lien avec le processus se poursuivent, mais plus lentement.	
<b>Commentaires</b>	Certaines actions relatives aux attentes 2016-2017 sur l'établissement du contexte de réussite (phase 1.1) n'ont pu être réalisées avant décembre 2017 et janvier 2018. Nous sommes rendus à la phase 1.2, soit l'établissement du contexte organisationnel et avons établi le seuil d'acceptabilité à la phase 1.3. Nous nous préparons actuellement à démarrer les consultations pour établir le portrait actuel en gestion des risques (1.2.2). Le MSSS avait changé la formulation de l'attente. Il fallait donc avoir complété l'établissement du contexte et avoir amorcé l'appréciation des risques. Le pourcentage et l'échéance indiqués tiennent donc compte de cette nuance.	
COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE	La mise sur pied d'un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise doit être réalisée. La composition de celui-ci sera entérinée par le conseil d'administration de l'établissement.	Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique.
RÉVISION DES PROGRAMMES D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE	Les établissements recevront à l'automne 2017 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le conseil d'administration et ensuite transmis au MSSS.	Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique.

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
ÉTAT DE SITUATION SUR LE DEGRÉ DE MATURITÉ D'UNE SALLE DE PILOTAGE STRATÉGIQUE	Un bilan faisant état du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'établissement est demandé. Ce bilan vise à documenter la maturité de la salle de pilotage déployée selon les différentes dimensions abordées, soit la planification, le déploiement, le contrôle/suivi et la réponse-action. Aussi, des questions d'ordre général sont prévues.	R



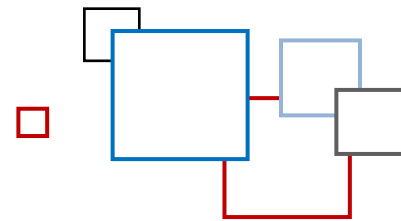
**Tableau 20 - Entente de gestion et d'imputabilité - Résultats au regard des engagements 2017-2018**

**Légende**

- Atteinte de l'engagement annuel atteint à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 90 %

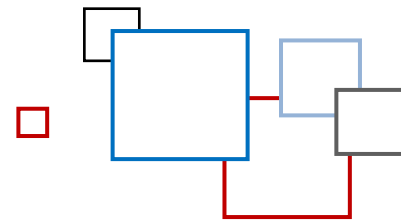
Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
<b>Santé publique</b>				
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	84	66,7	84	Dans l'ensemble de la région, la majorité des écoles collabore avec les intervenants du CISSS de la Côte-Nord quant à la planification globale et concertée des actions de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire. En ce qui a trait aux statistiques, le taux régional de 66,7 % ne représente pas la réalité sur le terrain. Nous avons remarqué des erreurs dans la saisie des statistiques de plusieurs intervenants. La confusion est liée, entre autres, au nouvel indicateur. Des interventions individualisées ont déjà été réalisées avec les accompagnateurs du projet « École en santé ». Nous poursuivrons les démarches en ce sens.
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	91	90,7	91,6	La situation des retards dans la prise de rendez-vous prive les enfants d'une protection efficace à un âge où les risques de complications sont les plus importants. Il est donc essentiel que le rendez-vous soit donné dans les deux semaines qui suivent l'âge prévu au calendrier vaccinal. Afin d'assurer la protection adéquate d'une population vulnérable, des indicateurs de gestion ont été développés et sont suivis depuis quelques années.
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais	90	78,2	90	Rappelons qu'il s'agit d'un résultat de performance de services rendus dans les délais prescrits dans une installation et non d'un résultat de couverture vaccinale. Ces deux mesures ne peuvent être comparées.
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	75	71	75	Analyse des résultats : En 2017-2018, une seule cible concernant la vaccination a été atteinte pour le CISSS de la Côte-Nord. Cinq réseaux locaux de services (RLS) sur six ont atteint la cible de 91 % (taux variant de 90,5 à 95,7 %) pour la vaccination DCaT-HB-VPI-Hib administrée à l'âge de deux mois. Concernant la vaccination contre le méningocoque de sérotype C (vaccin administré à l'âge de 12 mois), aucun RLS n'a atteint l'objectif visé de 90 % (variant de 71,7 % à 78,2 %). Globalement, il s'agit quand même d'une amélioration de 4 % comparativement à l'an dernier. Enfin, deux RLS ont dépassé la cible de 75 % pour la vaccination prévue à 18 mois (RROVar). Cet indicateur est suivi pour la première année et le résultat pour l'ensemble du CISSS se rapproche de l'objectif visé. Les résultats inférieurs à ceux attendus peuvent s'expliquer par le fait que le calendrier vaccinal prévoit l'administration simultanée de plus d'une injection lors des visites prévues faisant en sorte que certains parents refusent la vaccination ou préfèrent reporter une injection. Parfois, certains rendez-vous doivent être retardés à la demande des parents ou encore, sont oubliés par ces derniers. Des difficultés sont également observées concernant la vaccination dans les petites municipalités où le service n'est pas offert à toutes les semaines ou lorsque les parents doivent parcourir plus de 50 km de route pour faire vacciner leur enfant. De plus, le respect des calendriers de vaccination peut parfois être plus complexe dans certaines installations, incluant les CLSC desservant une petite population, alors qu'une seule infirmière est disponible pour accomplir plusieurs tâches (ex. : périnatalité, santé scolaire, soins à domicile, soins courants) rendant le service vulnérable lors

Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
(Suite)				d'absences. Le retard dans la vaccination d'un seul enfant dans ces localités entraîne une grande variation des taux. Le Plan d'action régional de santé publique 2016-2020 prévoit des activités afin que 95 % des enfants de 0-6 ans reçoivent toutes les doses prévues dans les délais prescrits.
<u>Plan stratégique</u> 1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	536	595	536	Depuis 2016, plusieurs actions ont été entreprises en vue d'atteindre l'engagement convenu, notamment par la formation des infirmières en santé afin d'offrir un dépistage des ITSS aux jeunes et d'améliorer l'accès au service. Le déploiement de la prescription infirmière relative au traitement de la chlamydia et de la gonorrhée a pu également contribuer, par l'intérêt et la formation exigée pour ce faire, à augmenter le nombre d'activités de dépistage auprès des jeunes. Il est important de préciser que des services de dépistage des ITSS sont principalement offerts par des médecins dans les plus petites installations de la région de sorte que ces données ne sont pas inscrites dans I-CLSC.
<b>Santé publique - Infections nosocomiales</b>				
<u>Plan stratégique</u> 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	70	51	75	L'engagement convenu au niveau de la cible par le Ministère à 70 % de conformité au lavage des mains, n'a pas été atteint pour cette année selon les résultats des audits effectués. Nous avons obtenu un taux de conformité à 51 %. Pour atteindre le taux de 75 % ciblé pour 2018-2019, plusieurs activités ont été planifiées. La Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique (DSMQEPE) en collaboration avec la prévention des infections travailleront de concert sur des activités mais aussi sur un sondage auprès du personnel pour connaître les raisons qui font qu'ils ne se conforment pas aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains. Un plan d'action sera réalisé à la suite des réponses reçues. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces résultats : <ul style="list-style-type: none"> <li>Le manque de station permettant le lavage des mains dans les corridors;</li> <li>Les pompes qui sont parfois vides ou brisées;</li> <li>Les responsabilités qui ne sont pas claires en ce qui a trait au remplacement des pompes vides;</li> <li>Le manque de personnel.</li> </ul> Le sondage pourra nous en apprendre davantage sur les contraintes. On remarque une très légère hausse de 1,3 % entre l'année 2016-2017 et 2017-2018. Cette hausse n'est pas significative. Il faut redoubler d'effort pour faire comprendre au personnel l'importance du lavage des mains. Certains auditeurs ont colligé leurs données avec certains biais, il a fallu reprendre certaines consignes afin d'avoir des résultats plus fiables. C'est pourquoi certains audits n'ont pas été retenus. Dans l'ensemble, les résultats étaient fiables et de bonne qualité. Nous avons utilisé des personnes en retrait préventif ou en assurance salaire pour effectuer les audits. L'intérêt était plus mitigé. Il faudra voir à l'avenir si cela représente la meilleure solution.
<u>Plan stratégique</u> 1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i> (DACD)	100	100	100	Les deux installations du CISSS visées par cette surveillance obligatoire ont obtenu un taux d'incidence de 2,33/10 000 jours-présence, nettement inférieur aux taux établis (5,0 pour l'Hôpital Le Royer et 5,7 pour l'Hôpital de Sept-Îles). Aucune éclosion n'a été signalée par les deux installations.



Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
<u>Plan stratégique</u> 1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline	100	100	100	Deux installations du CISSS sont visées par cette surveillance obligatoire. Aucune bactériémie à SARM n'a été rapportée par les deux installations en 2017-2018.
<u>Plan stratégique</u> 1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse	100	0	100	Seul l'Hôpital de Sept-Îles est visé par cette surveillance obligatoire (unité d'hémodialyse satellite de l'Hôtel-Dieu de Québec). Deux bactériémies associées aux accès veineux en hémodialyse ont été déclarées en 2017-2018, donnant un taux d'incidence de 1,07 par 100 patients-période (taux établi : 0,64). Considérant le très faible nombre de patients suivis, la présence d'une seule infection fait gonfler le taux d'incidence lorsque rapportée sur 100 patients par période. De plus, les deux cas sont survenus de façon isolée (P6 et P12). La présence d'une menace à la santé a ainsi été exclue.
<b>Services généraux</b>				
1.02.04-EG2 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	93,3	94,8	95	Cible atteinte et dépassée. Malgré les nombreux défis en lien avec le recrutement de personnel et l'augmentation des appels, nous avons réussi à atteindre la cible en plus d'améliorer notre performance de l'an dernier.
<b>Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)</b>				
<p>Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes de l'approche adaptée à la personne âgée :</p> <p>Une nouvelle équipe a été nommée au niveau régionale afin d'assurer la poursuite de la mise en place du programme, soit une gestionnaire et une conseillère clinique. Un plan d'action très chargé a été présenté au comité de direction ainsi qu'à tous les gestionnaires concernés. Un plan de communication a été établi de façon à faire la promotion de l'approche. Comme la marche était haute afin de répondre aux demandes ministérielles, nous sommes tout de même fiers des résultats, malgré que certaines cibles ne soient pas atteintes. Nous avons un énorme travail à faire pour standardiser nos sept installations. Nous avons fait plusieurs rencontres téléphoniques avec les gestionnaires, afin de faire un suivi serré du plan d'action, ce qui a amélioré nos résultats. Comme nous avons un grand territoire, il s'agit d'un défi de taille pour nous! Nous sommes à mettre les efforts pour rallier nos différents partenaires dans ce dossier.</p>				
<u>Plan stratégique</u> 1.03.07.01-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	66,7	25	75	Composante 1 : Nous avons atteint 100 % dans toutes nos installations. Composante 2 : Nous avons une nette amélioration sur tout notre territoire. Cependant, certaines normes sont difficiles à atteindre vu notre réalité en termes de grosseur d'établissement. Nous allons travailler ces éléments dans le plan d'action 2018-2019. Composante 6 : Nos résultats se sont grandement améliorés par la mise en place d'une équipe régionale de coach, nous avons dédié un coach par installation et deux pour les plus gros centres. Cette mesure nous permet davantage de mettre en place les outils cliniques et de faire la formation du personnel sur les unités. Comme cette équipe est nouvellement sur pied, nous sommes convaincus que les résultats seront meilleurs dans la prochaine année.
<u>Plan stratégique</u> 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	25	25	25	Composante 3 : Nous sommes satisfaits des résultats même si nous n'avons pas atteint nos cibles, car il y avait un énorme rattrapage pour certaines installations. Nous avons inclus dans notre plan d'action des balises pour nous assurer que nos employés atteignent les objectifs fixés. Composante 4 : Les mesures de transferts d'informations sont mises en place dans la majorité de nos installations. Composante 5 : Beaucoup de travail a été fait durant la dernière année, les algorithmes de soins cliniques sont déployés partout sur le territoire. Nous avons eu un retard dans le déploiement de la fiche AÎNEES, nous sommes confiants que l'implantation sera faite pour l'automne 2018.

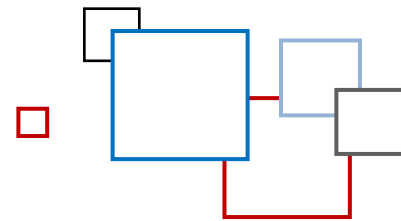
Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
<u>Plan stratégique</u> 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	66,6	0	66,7	Engagement non atteint causé en grande partie par l'absence de la mise en place de la gestion de cas et d'équipes de gériatrie. La gestion de cas étant non débutée pour notre région, l'implantation est prévue pour l'automne 2018, une « Planification et argumentaire explicatif - Gestion de cas » a été déposée au MSSS et acceptée. Pour ce qui est de l'équipe de gériatrie, nous prévoyons la réalisation d'un partenariat, entre autres, avec le CEVQ pour de la téléconsultation et autres demandes en collaboration avec la Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire (DSPEU).
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	85	76,4	85	Engagement non atteint, par contre une légère amélioration apparaît. Pour la région, trois CHSLD dans deux territoires possèdent une clientèle qui a un ISO-SMAF inférieur à 10. Certaines particularités territoriales réduisent le pourcentage de réalisation pour notre région. Par exemple, dans certains territoires, des résidents hébergés ont des profils inférieurs à 10 et pourraient être hébergés dans un autre type de ressource comme une ressource intermédiaire (RI) ou une ressource de type familial (RTF), mais ces ressources ne sont pas développées dans tous les milieux.
<b>Soutien à domicile de longue durée</b>				
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de services de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	225 846	286 424	230 000	Engagement atteint pour le nombre total d'heures de services de soutien à domicile pour la clientèle ayant un profil ISO-SMAF de 1 à 14, de même que pour celle regroupant les profils 4 à 14. Nous avons implanté une méthodologie d'entrée de données des heures d'intervention effectuées par les entreprises d'économie sociale en aide domestique (EÉSAD), données qui n'étaient pas adéquatement saisies sur certains territoires dans le passé.
1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de services de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	212 995	261 905	215 000	
1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	1 274	1 017	1 300	Engagement non atteint pour le 1.03.15-EG2 : L'élément majeur identifié est attribué sur les usagers non évalués à partir de l'outil d'évaluation multi clientèle (OEMC) ou dont l'évaluation n'est pas à jour et usagers n'ayant pas reçu d'intervention dans les 12 derniers mois. Beaucoup de travaux sont en cours pour s'assurer de l'exactitude et de la fiabilité des données compilées pour le soutien à domicile.
<u>Plan stratégique</u> 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	2 423	2 117	2 500	Engagement non atteint. Plusieurs éléments administratifs ont été identifiés pouvant faire varier le nombre d'usagers et le pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile (SAD) ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention : usagers en liste d'attente, usagers non évalués par un outil d'évaluation multi clientèle (OEMC) ou dont l'évaluation n'est pas à jour et usagers n'ayant pas reçu d'intervention dans les 12 derniers mois. Beaucoup de travaux sont en cours pour s'assurer de l'exactitude et de la fiabilité des données compilées pour le SAD. Par exemple, la mise en place d'un comité régional opérationnel de performance clinique SAD. Des difficultés majeures ont été identifiées dont l'arrimage des données du système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) versus le réseau local des services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA). Des corrections ont et devront être considérées comme l'inscription du NAM manquant, des codes d'installation non identifiés, transfert de centre d'activités, etc. Des pistes de solutions sont envisagées : augmenter des activités de repérage de la clientèle, suivi de la cible des outils d'évaluation multi clientèle (OEMC) et plan d'intervention (PI) et ajout de ressources.
<u>Plan stratégique</u> 1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	90	61,1	90	



Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
<b>Déficiences</b>				
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	77,6	90	L'engagement n'est pas atteint. Nous sommes toujours en élaboration d'un tableau de bord à partir des six systèmes I-CLSC pour suivre nos demandes plus facilement en n'ayant plus besoin de chercher dans six systèmes et ainsi éviter les dépassements. Par contre, l'échéancier a été repoussé pour des raisons hors de notre contrôle. Des rencontres ont été faites auprès des intervenants concernés afin de rappeler les règles du plan d'accès.
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	80,5	90	L'engagement n'est pas atteint. Nous sommes actuellement en projet d'optimisation en déficience du langage afin d'améliorer l'accès aux services en réorganisant le travail. Nous croyons que le fruit des résultats de ce projet va être plus tangible pour l'année 2018-2019. Nous avons aussi fait des rencontres auprès des intervenants concernés afin de rappeler les règles du plan d'accès et un suivi plus serré des listes d'attente est fait par la gestionnaire d'accès.
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	67,5	90	L'engagement n'est pas atteint. Nous avons mis en place des rencontres afin de rappeler les règles du plan d'accès auprès des intervenants concernés et un suivi plus serré des listes d'attente par la gestionnaire d'accès a été mis en place. De plus, nous avons eu une forte augmentation des demandes de services en CLSC, entre autres en TSA, ce qui peut expliquer notre baisse au niveau du résultat en période 13.
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	72,4	90	L'engagement n'est pas atteint. Des rencontres ont aussi été faites pour le rappel des règles du plan d'accès et suivi accru de la part de la gestionnaire d'accès et la mise en place de l'intervention de groupe sont des mesures mises en place que nous allons poursuivre dans la prochaine année afin d'améliorer nos résultats. Aussi, il faut préciser qu'en raison des petits volumes, en déficience intellectuelle (DI) surtout, un seul usager pour qui le délai n'est pas respecté peut nous faire basculer en bas de 90 %.
<u>Plan stratégique</u> 1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	85	87,5	87,5	L'engagement est atteint.
<u>Plan stratégique</u> 1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	67	135,86	67	L'engagement n'est pas atteint. En ce qui concerne cet indicateur, la mise en place de groupes tel que décrit à la reddition de la période 6, le suivi serré des délais d'accès et la mise en place de plusieurs rencontres afin de rappeler les règles du plan d'accès ont permis d'améliorer nos résultats (173,5 en période 6 à 135,86 en période 13), mais en raison des petits volumes, il était impossible d'atteindre le délai moyen de 67 jours. Nous poursuivons les mesures mises en place depuis la période 6, soit : la poursuite de l'intervention de groupes, le suivi serré des délais d'accès et le rappel fréquent des règles du plan d'accès.
<b>Jeunes en difficulté</b>				
<u>Plan stratégique</u> 1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	30,75	35,23	30,15	L'engagement pour l'année 2017-2018 n'est pas atteint, il y a une augmentation des enfants suivis en protection de la jeunesse pour des motifs de négligence ou en risque de négligence dans la région. Plusieurs facteurs peuvent être attribuables à cette augmentation : <ul style="list-style-type: none"> <li>La Côte-Nord, pour tout motif de problématique confondu, présente un taux de prise en charge de 57,59 en 2017-2018, et il était de 54,21 en 2016-2017. Il y a donc une augmentation globale des enfants suivis en protection de la jeunesse.</li> </ul>

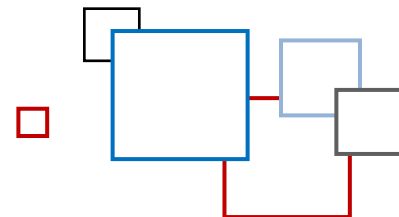
Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
(Suite)				<ul style="list-style-type: none"> <li>La région de la Minganie est touchée par une conjoncture socioéconomique précaire depuis quelques années (fin du projet hydro-électrique de La Romaine, industrie minière en baisse de production, etc.). Les différents réseaux sont en ajustement dans leur offre de service afin de répondre à de nouveaux besoins (ex. : offre alimentaire de dernier secours inexistant). Une augmentation de prises en charge est notée dans ce secteur.</li> <li>Les services de proximité dans les différents secteurs (JED, santé mentale, etc.), tant dans le réseau du CISSS que ceux des communautés autochtones, présentent des listes d'attente dues principalement à une main-d'œuvre non disponible.</li> </ul> <p>Les mesures mises en place sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Implantation à 95 % du programme en négligence sur l'ensemble du territoire.</li> <li>Démarche structurée sur le continuum de services JED impliquant l'ensemble des partenaires sectoriel et intersectoriel.</li> <li>Coordination avec les acteurs des communautés autochtones de la région.</li> <li>Tournée auprès des commissions scolaires et des directions des centres de la petite enfance sur l'importance de la prévention et le soutien précoce aux parents et aux enfants.</li> </ul>
<b>Dépendance</b>				
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	91,4	89,8	92,9	L'engagement n'est pas atteint. Nous avons vécu dans les six premiers mois de la dernière année une pénurie de personnel qui est venue influencer la rapidité avec laquelle nous pouvions procéder à l'évaluation spécialisée.
<u>Plan stratégique</u> 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	70	70,6	80	L'engagement convenu dans l'EGI 2017-2018 est atteint. Afin d'atteindre les engagements de l'an prochain, il serait facilitant de recevoir la mise à jour de la formation de base en dépendance afin d'offrir la formation continue ainsi qu'un gabarit de politique en matière de détection et d'intervention précoce. Les résultats sont similaires à l'an dernier. L'établissement poursuivra ses efforts pour améliorer la détection et l'intervention précoce en dépendance et en itinérance.
<b>Santé mentale</b>				
<u>Plan stratégique</u> 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	185 (avant correction) 169 (corrigé)	158,4	172,8	Engagement 2017-2018 et résultat 2016-2017 : Le nombre de places de référence en 2015-2016 comportait une erreur et l'engagement 2017-2018 devait être 169 plutôt que 185. Cette erreur a été soulevée au MSSS. Ajout d'un ETC dans équipe SIV Manicouagan, prévu pour l'an prochain. Nous sommes en attente de l'abolition d'un poste d'auxiliaire familial pour permettre la création d'un poste travailleur social (1 ETC), intervenant-pivot pouvant accueillir 18 places dans Manicouagan. Nous travaillons aussi actuellement à augmenter le nombre de places pour l'Est. Nous tentons de viser les ajouts suivants : 1 ETC à Sept-Îles et 0,3 ETC distribué dans les services de la BCN et Fermont (services à implanter dans les périphéries) en parallèle avec les travaux de réorganisation de notre continuum de services.
<b>Santé physique - Urgence</b>				
<u>Plan stratégique</u> 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	10	11,33	10	Amélioration des résultats et cible en voie d'être atteinte. Notons que la cible du MSSS, soit inférieure à 12 heures est atteinte par contre.





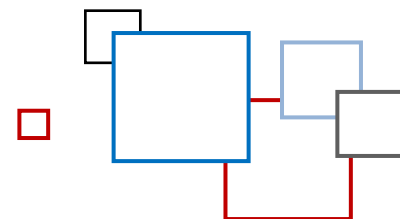
Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
<u>Plan stratégique</u> 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	90	66,3	90	Un plan d'action est en place et un comité assure le suivi afin d'améliorer la situation.
<u>Plan stratégique</u> 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	80	76,1	87	Un projet de réorientation est en discussion afin de diriger les usagers ayant consulté pour des urgences mineures vers les GMF, GMF-U et cliniques médicales du territoire.
<b>Santé physique - Soins palliatifs et de fin de vie</b>				
<u>Plan stratégique</u> 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	349	269	349	Ce qui doit être retenu, c'est qu'il n'y a pas de liste d'attente pour les patients en soins palliatifs et de fin de vie car toutes les demandes adressées au soutien à domicile sont traitées et suivies. L'important est que le choix du patient soit respecté, ce qui est le cas.
<u>Plan stratégique</u> 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	25	25	25	
<u>Plan stratégique</u> 1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	4	1,3	4	Nous considérons que l'important est d'offrir le choix au patient et d'assumer le service requis. Ce qui est à retenir est que l'intensité des soins est ajustée afin de pouvoir maintenir un usager qui le souhaite à domicile, et ce, le plus longtemps possible. Par contre, différents facteurs doivent être pris en considération. Le réseau de soutien/familial requis pour permettre de maintenir un usager en fin de vie à domicile est parfois plus difficile ou insuffisant dans notre région (famille à l'extérieur, éloignement géographique, etc.). De plus, il existe d'autres ressources disponibles et connues sur le territoire, soit les deux maisons de soins palliatifs (L'Élyme des sables et La Vallée des Roseaux) où les usagers désirent vivre leur fin de vie. Finalement, la complexification des problématiques et la détérioration dans les derniers jours de vie nécessitent souvent des soins constants, et un transfert en milieu hospitalier (ou en maison de soins palliatifs).
<b>Santé physique - Services de première ligne</b>				
<u>Plan stratégique</u> 1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)	5	5	5	Cible atteinte.
<u>Plan stratégique</u> 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	85	79,55	85	Cible en voie d'être atteinte. La mobilisation médicale ainsi que le contexte de la loi 20 ont fait en sorte qu'on enregistre une amélioration significative au cours de la dernière année des inscriptions.
<b>Santé physique - Chirurgie</b>				
<u>Plan stratégique</u> 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	4	0	Amélioration significative depuis l'an passé. Les quelques cas restant sont dus à des interventions effectuées par des médecins dépanneurs dont les visites sont très espacées en urologie et ORL. Pour l'urologie, nous espérons que notre entente de poste réseau avec Rimouski pourra s'actualiser cette année ce qui devrait au moins régler la problématique en urologie avec une couverture de services plus étendue.
<u>Plan stratégique</u> 1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	90	83,7	90	Légère amélioration. Pour la non-atteinte, les dépassements sont surtout en urologie où nous dépendons d'un médecin visiteur à raison d'une semaine par mois. Nous espérons que nous pourrions aller de l'avant cette année avec notre entente de poste réseau avec Rimouski ce qui réglerait ce problème.
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100	97	100	La problématique de disponibilité en urologie est la principale raison. Même action envisagée que celle mentionnée pour l'indicateur 1.09.33.01. Problématique rencontrée au regard de la qualité des données : les données saisies dans le système de gestion du bloc opératoire ne se versent pas toujours de façon systématique dans l'entrepôt de données SIMASS, laquelle alimente

Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
(Suite)				GESTRED. Cela a pour conséquence que des chirurgies qui ont été réalisées demeurent en attente dans SIMASS. Des démarches sont en cours avec le fournisseur afin de rétablir la situation et des vérifications sont effectuées régulièrement dans SIMASS pour détecter les chirurgies réalisées mais qui demeurent en attente.
<b>Santé physique - Imagerie médicale :</b>				
Projet en cours avec la performance afin d'évaluer l'offre et la demande pour réagir plus rapidement et maintenir les listes d'attente à un niveau acceptable. Nous avons engagé deux technologues en cours d'année.				
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	90	53,5	90	Résultat sensiblement le même que l'année dernière. Principale cause : manque de radiologiste à Sept-Iles. Épuration des listes d'attente en cours.
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	90	70,7	90	La problématique rencontrée a été le manque de personnel (grossesse, maladie, etc.) ce qui a amené une diminution de l'offre comparativement à l'année dernière. Actuellement, épuration des listes d'attente et augmentation des plages horaires.
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100	100	100	Maintenir le résultat qui est comparable à l'année précédente.
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	90	66,2	90	Malgré la non-atteinte, nous constatons une amélioration de 18,2 %. Formation d'un technologue autonome pour novembre 2018. Évaluer la possibilité de lecture à distance. Épuration des listes d'attente en cours.
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	100	97,3	100	Objectif presque atteint et amélioration de 24,7 % comparativement à l'année précédente.
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	90	85,4	90	Objectif presque atteint et amélioration de 14,1 % comparativement à l'année précédente.
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	100	71,2	100	On note une amélioration de 14,3 % comparativement à l'année précédente. Les résultats iront en s'améliorant avec ajout d'un technologue et augmentation des plages horaires en autant que la demande est stable. Épuration des listes d'attente en cours.
<u>Plan stratégique</u> 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	100	79,4	100	Légère diminution de 5,1 % comparativement à l'année précédente. Actuellement, augmentation des plages horaires et épuration des listes d'attente en cours.
<b>Ressources matérielles</b>				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	94,4	100	Au cours de la dernière année, nous avons terminé la révision de la majorité des routes de travail en hygiène et salubrité. Nous avons donc mis l'emphase sur la réalisation des étapes pour éliminer les zones grises en cours d'année. Nous n'atteignons pas l'objectif cette année compte tenu de l'ensemble des travaux entrepris en hygiène et salubrité mais nous avons presque finalisé le tout. En 2018-2019, nous aurons complété le tout.
<b>Ressources humaines</b>				
<u>Plan stratégique</u> 3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	7,85	8,65	7,85	Pour l'année 2017-2018, on observe un écart de 0,8 % par rapport à la cible attendue. Les résultats sont identiques à ceux de l'année dernière. À la suite du plan d'action qui a été élaboré, l'ensemble des processus de gestion liés à l'assurance salaire a été harmonisé et mis en œuvre. De plus, afin de favoriser la



Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
(Suite)				prévention, nous avons transformé un poste aux ressources humaines pour agir comme agent de prévention. Nonobstant des motifs de santé qui conduisent vers une invalidité avec arrêt de travail, d'autres éléments ont contribué à la hausse de l'assurance salaire notamment le temps supplémentaire obligatoire et les postes vacants ou dépourvus de leur titulaire. Afin de contribuer à l'amélioration de la performance, un projet pilote de prévention sera mis en œuvre à l'égard de la santé psychologique. Un projet de soutien et d'accompagnement par un ergothérapeute visant un retour au travail durable sera également ajouté.
<u>Plan stratégique</u> 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	5	5,75	5	Pour cet indicateur, on observe un écart de 0,75%, ce qui fait que la cible n'est pas atteinte.
<u>Plan stratégique</u> 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,99	2,72	1,99	La cible n'a pas été atteinte, il y a un écart est de 0,73% avec la cible attendue. Pour ces deux indicateurs, on observe une hausse comparativement à l'année dernière. Ces résultats sont attribuables entre autres à la pénurie de main-d'œuvre, l'absence du personnel en invalidité, le départ des ressources tel que la retraite, les postes vacants ou dépourvus de leur titulaire. Des mesures seront réalisées au cours de l'année à venir et certaines ont débuté récemment pour améliorer la situation : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une entente a été signée avec le syndicat du personnel de la catégorie 1 (infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, conseillères en soins, candidates à l'exercice de la profession infirmière) afin de stabiliser la main-d'œuvre;</li> <li>▪ Un projet ratio pour les titres d'emploi « infirmières et infirmières auxiliaires » dans le secteur de l'hospitalisation à l'Hôpital de Sept-Îles est en cours;</li> <li>▪ Un projet d'intégration dans la région pour des personnes immigrantes a débuté avec le MSSS;</li> <li>▪ Un projet de formation « travail-étude » des PAB (le programme est terminé et la phase d'intégration dans le milieu est débutée).</li> </ul> À la suite du sommet sur la pénurie de la main-d'œuvre tenu au printemps 2018, une équipe de priorisation des enjeux a été formée. Découlant de cet exercice, cinq équipes de travail ont été mises sur pied pour réaliser des mesures selon les thèmes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La communication, la gestion participative, la reconnaissance et la mobilisation</li> <li>▪ L'organisation du travail et les conditions de travail</li> <li>▪ Le recrutement : L'attraction et la fidélisation de la main-d'œuvre</li> <li>▪ Le climat de travail et la santé psychologique</li> <li>▪ La formation, les outils et les équipements</li> </ul> Ces équipes sont composées d'un chargé de projet, d'employés, de représentants syndicaux des quatre catégories du personnel et de gestionnaires.
<b>Ressources technologiques</b>				
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	95,4	94,8	N/A	La cible a pratiquement été atteinte. Nous pouvons conclure que le Répertoire des ressources est maintenu à jour concernant les ressources de notre territoire.
<b>Ressources technologiques</b>				
<u>Plan stratégique</u> 7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	70	62,2	73	La baisse observée peut (en partie) s'expliquer à cause d'un autre indicateur qui vient en quelque sorte en contradiction avec cet indicateur. Dans le plan d'accès en DI-TSA et DP (déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique), dépendant du niveau de priorité, le premier service doit être donné soit dans les 30 jours (niveau élevé) ou dans

Nom de l'indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
(Suite)				<p>les 365 jours (niveau modéré). Il s'avère que le premier service est, très souvent, un service de nature psychosociale. En cours d'année 2017-2018, la gestionnaire de l'accès a sensibilisé beaucoup les intervenants de l'AAOR (Accueil-Analyse-Orientation-Référence) afin que les niveaux de priorité soient correctement évalués. Donc, les usagers du programme DI-TSA et DP n'ont pas toujours un service psychosocial dans les 30 premiers jours, dépendamment de l'évaluation du niveau de priorité qui a été réalisée dans leur dossier.</p> <p>Pour le programme jeunesse, nous notons une diminution de la capacité de prise en charge. Pour l'année en cours, l'équivalent de 5 postes à temps complet n'ont pu être remplacé considérant les difficultés de recrutement de main-d'œuvre.</p> <p>Pour les services sociaux généraux, pendant l'année 2017-2018, plusieurs absences maladie que nous n'avons pu remplacer, ont fait en sorte que le délai de prise en charge à l'intérieur de 30 jours n'a pu être respecté. D'autre part, nous avons également constaté dans certaines installations que plusieurs usagers n'ont pas donné suite à leur demande de service à l'intérieur du 30 jours ou encore ont demandé un report de la date prévue de la première rencontre à l'extérieur du 30 jours.</p>



## 5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

### L'AGRÉMENT

Tous les anciens établissements ont été agréés sous conditions et ces conditions ont été remplies, ce qui signifie que la mention d'agrément a été octroyée au CISSS de la Côte-Nord.

En janvier 2018, le Ministère confirmait que l'organisme retenu pour l'agrément des installations de santé serait Agrément Canada. Plusieurs changements sont notés dans le processus d'agrément, entre autres au niveau de l'évaluation qui sera désormais réalisée par programmes-services.

Le prochain cycle d'agrément débute en juin 2018. Le premier programme à être agréé sera celui de la santé publique, et en simultanément, les normes de gouvernance et de leadership seront évaluées. La Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique (DSMQEPE) assurera le suivi de ce dossier et soutiendra les directions dans leur appropriation du nouveau processus d'agrément.

Rappelons que l'agrément est un processus d'amélioration continue qui évalue la qualité et la sécurité des services. Il démontre une crédibilité et un engagement qualité, favorise le rendement, améliore la communication et la collaboration à l'interne ainsi qu'avec les partenaires, renforce l'efficacité et atténue le risque d'événements indésirables.

### LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Nous constatons une diminution de 18 % des incidents et des accidents l'an dernier dans la région. Il est possible que le changement effectué pour compléter les rapports (version papier à version électronique) ait pu influencer le nombre de déclarations puisque certaines problématiques ont été rencontrées avec l'application. Il est donc important de tenir compte de cette réalité dans l'analyse des données.

Les accidents continuent d'être beaucoup plus fréquents que les incidents. La majorité des accidents (74 %) a eu peu ou pas de conséquences auprès des usagers (gravité C et D).

Tableau 21 - Nature des trois principaux incidents au CISSS de la Côte-Nord pour 2017-2018

Principaux types d'incidents	2017-2018		
	Nombre	% par rapport à l'ensemble des incidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Événements liés la médication	228	35,5 %	10,7 %
Événements liés aux autres types d'événements	176	27,4 %	3,4 %
Événements liés au matériel	50	7,8 %	1 %

**Tableau 22 - Nature des trois principaux accidents au CISSS de la Côte-Nord pour 2017-2018**

Principaux types d'accidents	2017-2018		
	Nombre	% par rapport à l'ensemble des accidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Événements liés aux chutes	1 653	36,3 %	31,8 %
Événements liés à la médication	1 557	34,2 %	30 %
Événements liés aux autres types d'événements	604	13,3 %	11,6 %

La saisie décentralisée dans une seule base de données permet la consultation en temps réel des données. Cela facilite grandement leur analyse et permet aussi aux gestionnaires d'avoir accès aux données de leur secteur d'activité.

Plusieurs séances de formation (78 séances) ont été offertes aux employés ainsi qu'aux gestionnaires, concernant la façon de remplir les rapports de déclaration d'incident/accident en version électronique, soit directement sur le site du système d'information sur la sécurité des soins et des services. Quatre formations ont également été offertes sur la gestion des risques pour les employés et six autres formations pour les gestionnaires. Le personnel a été informé fréquemment, par le biais du bulletin interne, des nouveautés à venir en matière de gestion des risques. La gestionnaire des risques souhaite ainsi s'assurer que tout le personnel soit sensibilisé à l'importance de déclarer, ce qui contribuera à améliorer les processus et, par conséquent, aura un impact sur la qualité des soins prodigués.

Afin d'améliorer la qualité des soins, trois analyses causes souches ont été réalisées pour revoir les processus et les améliorer en énonçant des recommandations et en effectuant le suivi des plans d'action réalisés par les équipes. De ce fait, 89 événements sentinelles ont également été travaillés avec les gestionnaires.

**Tableau 23 - Nombre d'événements par niveau de gravité**

Année	Gravité											Total et pourcentage	
	A	B	C	D	E1	E2	F	G	H	I	Ind.		
2016-2017	117	799	3 303	1 524	452	47	17	3	0	4	97	6 363	
	916		5 350									97	6 363
	Proportion en % des catégories 1 : A et B et de la catégorie 2 : C, D, E1, E2, F, G, H, I sur le sous-total par catégorie												
	12,77 %	87,23 %	61,74 %	28,49 %	8,45 %	0,88 %	0,32 %	0,06 %	0 %	0,07 %	100 %		
	Proportion en % de A, B, C, D, E1, E2, F, G, H, I sur le total d'événements												
1,84 %	12,56 %	51,91 %	23,95 %	7,10 %	0,74 %	0,27 %	0,05 %	0 %	0,06 %	1,52 %	100 %		
2017-2018	A	B	C	D	E1	E2	F	G	H	I	Ind.		
	70	572	2 806	1 223	435	52	21	2	0	5	4	5 190	
	642		4 544									4	5 190
	Proportion en % des catégories 1 : A et B et de la catégorie 2 : C, D, E1, E2, F, G, H, I sur le sous-total par catégorie												
	10,90 %	89,10 %	61,75 %	26,91 %	9,57 %	1,14 %	0,46 %	0,04 %	0 %	0,11 %	100 %		
Proportion en % de A, B, C, D, E1, E2, F, G, H, I sur le total d'événements													
1,35 %	11,02 %	54,07 %	23,56 %	8,38 %	1,00 %	0,40 %	0,04 %	0 %	0,10 %	0,08 %	100 %		

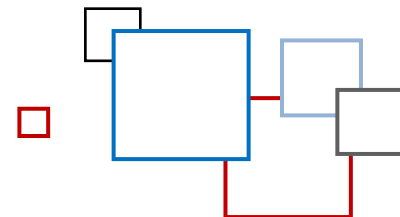


Tableau 24 - Échelle de gravité des incidents et accidents

<b>A</b>	Circonstance ou événement ayant pu causer une erreur ou un dommage ( <b>situation à risque</b> ).
<b>B</b>	Une <b>erreur est survenue, mais personne n'a été touché</b> (échappée belle, incident).
<b>C</b>	Une erreur, incluant l'omission, est survenue, mais <b>la personne touchée n'a subi aucune conséquence</b> , et aucune surveillance ni intervention n'a été requise.
<b>D</b>	Une erreur est survenue et une personne a été touchée, ce qui a nécessité soit une <b>surveillance pour confirmer qu'elle n'a subi aucune conséquence, ou soit une intervention afin de prévenir une conséquence à la personne touchée.</b>
<b>E<sup>1</sup></b>	Un accident est survenu et a occasionné une <b>conséquence temporaire</b> à la personne touchée, ce qui a nécessité <b>uniquement des premiers soins non spécialisés.</b>
<b>E<sup>2</sup></b>	Un accident est survenu et a occasionné une <b>conséquence temporaire</b> à la personne touchée, ce qui a nécessité des <b>soins et traitements spécialisés supplémentaires sans pour autant occasionner d'hospitalisation initiale ni de prolongation d'hospitalisation.</b>
<b>F</b>	Un accident est survenu et a occasionné une <b>conséquence temporaire</b> à la personne touchée, ce qui a nécessité <b>des soins ou traitements spécialisés supplémentaires de même qu'une hospitalisation initiale ou une prolongation d'hospitalisation.</b>
<b>G</b>	Un accident est survenu et a occasionné une <b>conséquence permanente</b> à la personne touchée.
<b>H</b>	Un accident est survenu et a nécessité <b>des interventions pour maintenir en vie la personne.</b>
<b>I</b>	Un accident est survenu et a <b>occasionné ou contribué au décès</b> de la personne touchée.
<b>Ind.</b>	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur, mais les conséquences ou leur niveau de gravité sont inconnues au moment de la déclaration.

### Comité de gestion des risques

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

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

Le comité de gestion des risques cliniques s'est réuni à quatre reprises au cours de l'année 2017-2018. Le comité a produit des statistiques sur le nombre d'événements indésirables déclarés et réalisé une analyse cause souche des cas les plus graves. Le rapport du comité inclut également une analyse des types d'événements, la liste des non-conformités au laboratoire - biologie médicale, les infections nosocomiales, les données sur l'utilisation des moyens de contrôle et l'analyse des médicaments à risques élevés.

Comme pour les années précédentes, les événements qui concernent les chutes (1 691/33,61 %) et les erreurs dans l'administration des médicaments (1 628/32,36 %) représentent les erreurs les plus importantes. Cette tendance est comparable aux données provinciales. Des actions ont été entreprises par les sous-comités respectifs afin de mettre en place des actions pour prévenir la récurrence.

Le comité de gestion intégrée des risques s'est également réuni à quatre reprises. L'analyse des risques organisationnels est débutée pour l'organisation.

### Sous-comités partenaires en gestion des risques

Le comité pharmaco vigilance est associé à la démarche afin d'assurer le suivi des événements liés à la médication. Le comité de prévention des chutes joue le même rôle en ce qui concerne les événements reliés aux chutes. Ces deux comités poursuivent leurs plans d'action respectifs.

Plusieurs actions ont été prises concernant les erreurs de médicaments. Un sondage a été réalisé afin de dégager des constats sur les causes possibles menant aux erreurs liées à la distribution de la médication. Un plan d'action a été produit à la suite des résultats obtenus. Les efforts se poursuivent afin d'améliorer les processus et diminuer les erreurs dans l'administration de la médication.

En ce qui concerne le sous-comité de prévention des chutes, il a été relativement moins actif en raison du départ de plusieurs des membres. Un algorithme décisionnel a toutefois été développé pour les chutes en milieu hospitalier et dans les CHSLD. Un troisième est en développement pour les ressources intermédiaires.

Concernant la prévention des infections, des audits sur le lavage des mains ont été réalisés dans la majorité des installations. Des tableaux de bord sont disponibles pour le suivi des résultats obtenus. La Direction des soins infirmiers et la DSMQEPE collaborent étroitement afin de réaliser des activités de sensibilisation sur le lavage des mains pour améliorer les résultats. Pour l'ensemble des installations, le taux de conformité est de 55 %. Comme le lavage des mains est un bon indicateur concernant les infections nosocomiales, il est impératif d'augmenter ce taux de conformité.

En 2017-2018, 89 événements sentinelles ont été analysés dans plusieurs secteurs. Des recommandations ont été émises et le suivi est réalisé par les personnes concernées.

### **Analyses causes-souches**

Des analyses de causes-souches ont été effectuées concernant trois événements. Des plans d'action ont été préparés pour diminuer les risques associés à ces pratiques. Un suivi rigoureux de ces plans d'action est assuré par la responsable de la gestion des risques qui s'assure que les interventions mises en place donnent les résultats escomptés. Les trois événements sont :

- Décès par étouffement en ressource intermédiaire;
- Perte d'un flacon d'Ativan;
- Chute d'une résidente en CHSLD.

## **Mesures exceptionnelles de contrôle et d'isolement**

Le CISSS de la Côte-Nord s'est doté et a déployé, pour l'ensemble de ses services et installations, en juin 2017, un protocole interdisciplinaire pour l'application exceptionnelle des mesures de contrôle : isolement, contention et substances chimiques.

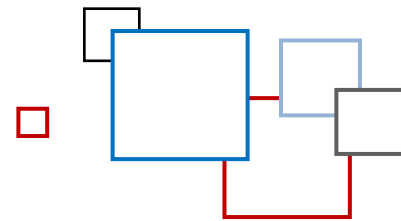
Plusieurs formations ont été données à des superutilisateurs pour la majorité des programmes-services. Le superutilisateur doit soutenir les équipes dans le changement, effectuer les ajustements nécessaires si certaines lacunes sont identifiées et rapporter les problématiques en lien avec l'application à la ressource de l'équipe de la qualité. Une formation pour le personnel est également disponible dans l'intranet pour faciliter l'appropriation. Un nouveau système pour colliger les données a été instauré afin de permettre de suivre le nombre d'applications des mesures de contrôle. Les procédures du secteur de la jeunesse (centre de protection pour jeunes en difficulté d'adaptation et DPJ) seront terminées sous peu et permettront de compléter le protocole. Le déploiement est également à faire pour l'installation de la Basse-Côte-Nord, qui nécessite la traduction des documents, ainsi que dans les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.

Concernant les mesures de contrôle des usagers, un suivi des contentions et de l'isolement est effectué en psychiatrie, en hébergement, en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation et en hébergement de courte durée. Le suivi des mesures exceptionnelles de contrôle et d'isolement sera désormais réalisé par le comité de gestion des risques cliniques. Les recommandations du Ministère sont respectées. Les mesures exceptionnelles de contrôle et d'isolement sont rarement utilisées et le personnel préconise des mesures alternatives.

Compte tenu du déploiement récent de ce protocole, il est difficile de fournir des statistiques sur l'application des mesures de contrôle, puisque l'implantation n'est pas terminée. Les travaux se poursuivent afin de présenter un portrait global de l'utilisation des mesures exceptionnelles de contrôle et d'isolement.

Il est toutefois possible de soumettre un portrait sur la formation du nouveau protocole. Soixante-quatorze superutilisateurs ont été formés. Ces derniers sont responsables, dans leur secteur respectif, de voir au déploiement du nouveau protocole et de soutenir le personnel en place. Actuellement, 238 employés sont formés. L'approche est maintenant déployée complètement dans 25 % des secteurs, elle est en cours de déploiement dans 29 % des secteurs tandis que le déploiement est à faire dans les autres.





## Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services. Il doit notamment recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leur plainte et faire des recommandations sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers. Enfin, il doit favoriser la collaboration et la concertation des intervenants concernés par les rapports ou recommandations et veiller à ce que la commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente.

Au 31 mars 2018, le comité est composé des personnes suivantes :

- M. Michel Paul, président (membre du conseil d'administration - expertise en réadaptation)
- M. Claude Belzile (membre du conseil d'administration - expertise en santé mentale)
- M. Jean-Pierre Porlier (membre du conseil d'administration - comité des usagers)
- M. Marc Fortin (président-directeur général)
- Mme Manon Bourgeois (commissaire aux plaintes et à la qualité des services)

M. Denis Miousse, président du conseil d'administration, et Mme Nathalie Castilloux, directrice des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique sont invités d'office sans droit de vote.

### Réalisations 2017-2018

- Tenue de neuf rencontres;
- Adoption du rapport annuel 2016-2017 du comité de vigilance et de la qualité;
- Suivi régulier des indicateurs du tableau de bord du comité;
- Suivi régulier des indicateurs des tableaux de bord de l'établissement.
- Commissariat aux plaintes et à la qualité des services :
  - Appréciation des recommandations émises (commissaire, médecin examinateur, protecteur du citoyen);
  - Approbation des redditions de comptes des directeurs pour 70 recommandations mises en place et portant sur des sujets tels que l'ajout de ressources humaines, la déclaration d'incidents, l'amélioration des conditions de vie et la sécurité, la formation du personnel, l'application de procédures et la diminution de délais. (Les principales recommandations se trouvent dans le tableau qui suit);
  - Suivi du tableau de bord du commissariat aux plaintes et à la qualité des services;
  - Suivi de l'accès en orthophonie;
  - Suivi de l'accès en hémodialyse à Sept-Îles.

Recommandation	Suivi de l'établissement
Que la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) voie à un rehaussement des compétences et de l'encadrement du personnel au CHSLD ABC.	Une infirmière clinicienne nommée et accompagne l'équipe dans la révision des processus et outils cliniques. Formation réalisée et à venir au niveau des programmes cliniques (milieu de vie, soins palliatifs, bien-être). Ratios de préposés révisés à la hausse.
Que la Direction des programmes de DI-TSA et DP intensifie ses démarches d'optimisation des services en orthophonie dans le secteur ouest, incluant une analyse des besoins en main-d'œuvre.	Projet d'optimisation effectué. Mise en place de guichets d'accès uniques. Recours à la main-d'œuvre privée.
Que la Direction du programme SAPA s'assure que la formation sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence soit offerte, en anglais, le plus rapidement possible au personnel concerné à l'hôpital de Blanc-Sablon.	Formation donnée dans tous les CHSLD de la région.
Que la Direction du programme SAPA s'assure d'une utilisation optimale du plan d'intervention interdisciplinaire (PI) comprenant : la signature du PI par l'utilisateur ou son représentant; la documentation des discussions en lien avec les mesures choisies et, lorsque pertinent, les risques de chutes; la révision du PI minimalement une fois par année.	Calendrier mensuel des rencontres interdisciplinaires produit et PI réalisés dans le cadre de ces rencontres. Rencontres PI faites en interdisciplinarité et plan signé par un membre de la famille et le résident s'il y a lieu. Attention particulière portée aux situations à risque.

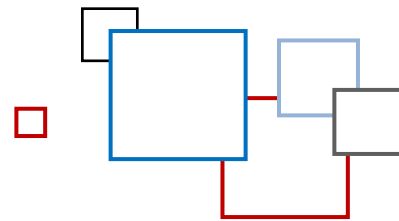
<b>Recommandation</b>	<b>Suivi de l'établissement</b>
Que la Direction de la protection de la jeunesse s'engage à rappeler à ses intervenants l'obligation d'énoncer et expliquer clairement aux jeunes leurs droits.	Rappel fait à l'équipe de gestion en spécifiant que l'intervenant doit noter la démarche au dossier de l'utilisateur. Élaboration d'un outil d'information pour les droits aux usagers distribué à toutes les équipes responsables du suivi des enfants et des familles.
Que la Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire (DSPEU) s'assure d'effectuer une planification de ses besoins de main-d'œuvre en hémodialyse à long terme afin d'être en mesure d'assurer un plein fonctionnement du service d'hémodialyse de Sept-Îles lorsque requis.	Plusieurs discussions avec le syndicat pour aménagements d'horaires, prêt d'infirmière d'un autre centre, etc. Modification de l'horaire du personnel en place. Deux infirmières supplémentaires formées.
Que la DSPEU s'engage à faire tous les efforts de recrutement et/ou d'organisation des services pour que les usagers de la Côte-Nord puissent recevoir leur traitement de bloc foraminaux.	Appels faits à l'Association des radiologistes et anesthésistes du Québec et RUIS-centre d'expertise en douleur chronique pour trouver des ressources professionnelles. Libérer les deux radiologistes qui en font pour augmenter leur production.

- Appréciation et suivi des rapports et dossiers tels que :
  - Rapport de l'ordre des pharmaciens du Québec en Basse-Côte-Nord en novembre 2016;
  - Rapports d'analyse cause souche;
  - Rapports trimestriels en gestion des risques;
  - Rapports ordres professionnels – OIIQ et OIIAQ;
  - Rapports semestriels d'encadrement intensifs (jeunes);
  - Rapport d'un incident de sécurité informationnelle;
  - Agrément et certification;
  - Plans d'action pour les sous-comités chutes et pharmasoins;
  - Suivi d'analyse-qualité d'une ressource intermédiaire;
  - États de situation - certains centres d'hébergement (CHSLD, RI, RPA);
  - État de situation - cas de coqueluche dans la région.
- Appréciation de programmes, processus, politiques :
  - Programme de gestion intégrée des risques;
  - Processus régional de gestion des risques en sécurité civile;
  - Politique alimentaire;
  - Programme québécois de soins sécuritaires;
  - Processus des cas traceurs;
  - Processus d'audits de lavage des mains.

### **Suivi des recommandations du Protecteur du citoyen**

Au cours de l'exercice, dix plaignants se sont prévalus de leur droit de recours au Protecteur du citoyen. En lien avec des dossiers antérieurs et de l'année courante, l'équipe du Protecteur du citoyen a émis sept recommandations à l'établissement, soit :

<b>Recommandation</b>	<b>Suivi</b>
S'assurer que le personnel d'une urgence respecte les délais de réévaluation au triage	Travaux pour mise en place d'une billetterie informatisée, audits, rappel au personnel
S'assurer que l'infirmière qui effectue le triage initial soit la même qui exerce son jugement clinique afin d'établir le niveau de priorité du patient	Rappel au personnel effectué
S'assurer que le personnel infirmier de l'urgence procède à l'évaluation initiale d'un patient dans un délai maximal de 10 minutes	Audits effectués, travaux pour mise en place d'une billetterie informatisée
Rappeler au personnel infirmier de l'urgence l'importance d'évaluer le niveau de douleur, d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques et d'inscrire les notes d'observation correspondantes au dossier de l'utilisateur	Personnel formé sur l'évaluation de la santé physique et mentale de l'utilisateur
S'assurer que les personnes en attente d'une infiltration reçoivent leur traitement dans le délai requis par leur condition	Offre aux usagers de se déplacer à Baie-Comeau



Recommandation	Suivi
Prendre les mesures afin que l'organisation des services de traitement en imagerie médicale tienne compte des besoins en infiltration de la population	Offre de service à Baie-Comeau qui répond aux besoins de la population
Établir un plan de service individualisé pour une résidente d'un CHSLD	Travaux en cours

### Suivi des recommandations du coroner

Deux rapports de coroner ont été reçus en 2017-2018. Le premier n'implique pas le CISSS de la Côte-Nord. Le coroner a cependant diffusé les recommandations de ce rapport puisqu'elles peuvent être bénéfiques à l'ensemble des CISSS et CIUSSS du Québec susceptibles d'offrir des soins et des services à une clientèle qui refuse les transfusions sanguines. L'information a été transmise aux directions des services professionnels et de l'enseignement universitaire et du programme jeunesse.

Le second rapport a été reçu le 20 octobre 2017. La recommandation acheminée au Collège des médecins du Québec et au CISSS de la Côte-Nord demande l'examen du dossier d'un usager en ce qui a trait au suivi médical à la suite d'une chirurgie subie en 2016. Le suivi a été réalisé auprès du coroner.

La Direction de l'amélioration continue du Collège des médecins du Québec acheminait aux présidents-directeurs généraux des CISSS et CIUSSS du Québec, le 16 octobre 2017, une lettre faisant suite aux recommandations contenues dans un rapport de coroner, où il rappelle aux établissements de santé l'importance de constituer un comité de triage actif, voyant à l'exercice d'un processus assurant la qualité afin d'être à l'affût d'un désordre électrolytique sévère pour tout usager hémodialysé qui se présente à la salle d'urgence. Un plan d'action a été élaboré et est suivi par le chef du service de l'urgence sur la qualité du triage et la Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire a transmis les recommandations aux médecins.

### Suivi des recommandations des autres instances

#### Ordres professionnels

L'Ordre des pharmaciens du Québec par l'intermédiaire de son comité d'inspection professionnelle (CIP) a réalisé une inspection à l'installation de la Minganie le 3 octobre 2017. Cette inspection visait le service de réparation de produits stériles non dangereux (87 conformités et 13 non-conformités) et dangereux (127 conformités et 12 non-conformités).

L'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec confirmait, en novembre 2017, la fermeture de l'inspection réalisée en février 2015 dans les programmes de l'ex-Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord puisque la majorité des activités prévues au rapport ont été réalisées.

#### Enquêtes qualité

Trois enquêtes qualité ont été réalisées durant l'année. Lorsqu'une enquête qualité est effectuée par la Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique (DSMQEPE), nous analysons la majeure partie des dimensions effectuées dans le service et émettons des recommandations afin de corriger les lacunes observées. Ces lacunes peuvent être de nature organisationnelle, opérationnelle ou normative. Par la suite, le rapport d'enquête est présenté à la direction concernée et la DSMQEPE assure le suivi de réalisation des recommandations.

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

Tableau 25 - Personnes mises sous garde

Installation	Hôpital Le Royer (Baie-Comeau)	Hôpital de Sept-Îles (Sept-Îles)	Total
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	69	69	138
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	56	61	117
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	0	25	25
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	*	0	Non disponible
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	*	21	Non disponible
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	9	15	24
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	9	15	24
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	9	12	21
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1 <sup>er</sup> avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de garde auxquels il a été soumis)	56	61	117

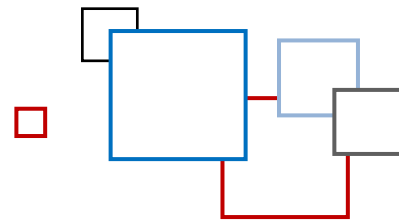
\* Nombre trop petit pour en permettre la publication.

## L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

Le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration des services de la Côte-Nord permet aux usagers de prendre connaissance des activités de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de la Côte-Nord. Ce rapport est disponible sur le site Internet du CISSS dans la section « Qualité des services et plaintes ».

## L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

Le CISSS s'assure, sur une base régulière, de transmettre de l'information à la population et à ses différents partenaires. Le CISSS informe la population par son site Internet et sa page Facebook, qui est suivie par près de 3 700 personnes. En juin 2017, le CISSS a donné accès à de nombreuses statistiques sur son site Web par le biais de tableaux interactifs. On y retrouve une foule de données sur le réseau de la santé et des services sociaux, dont certaines sont mises à jour en temps réel. Par exemple, il est possible de connaître les temps d'attente dans les urgences et d'obtenir des statistiques sur les chirurgies, les infections nosocomiales et les taux d'occupation en CHSLD.



Après chaque séance du conseil d'administration, le CISSS publie les *Échos du conseil*, un bulletin faisant état des décisions prises par les administrateurs. Les personnes qui le désirent peuvent également poser des questions lors des séances du conseil.

Des bulletins de santé publique sont aussi diffusés afin d'informer la population, les professionnels de la santé et les partenaires :

- *Contamine-Action* (maladies infectieuses);
- *Santé en têtes* (santé au travail);
- *La Santé recherchée* (santé et bien-être de la population).

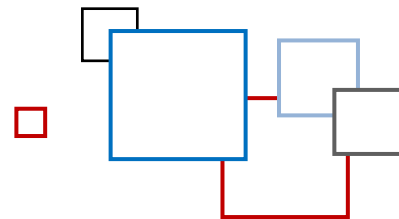
Le Service des communications répond aux demandes des médias et facilite l'accès à l'information avec un souci constant de transparence. En 2017-2018, 175 entrevues ont été accordées aux journalistes sur divers sujets par des porte-paroles du CISSS. Des conférences de presse et des communiqués permettent également d'informer le public.

Au cours de l'année, le Service des communications a aussi participé à l'organisation de rencontres avec les maires et les préfets des MRC de la Côte-Nord et à une consultation en Minganie portant sur les attentes du milieu à l'égard des services de soutien à l'autonomie des personnes âgées.

La Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique rend également disponible sur le site Web du CISSS un sondage visant à connaître le niveau d'appréciation des usagers à l'égard des services reçus au CISSS de la Côte-Nord.

En ce qui concerne le dossier langue anglaise, la formation linguistique, en collaboration avec l'Université McGill, s'est poursuivie afin qu'un plus grand nombre de travailleurs de la santé et des services sociaux puissent intervenir en anglais auprès des patients anglophones. Au total, 42 personnes ont réussi différents niveaux avec succès. Des projets essentiels pour les services aux anglophones se sont poursuivis cette année. Ils permettent notamment la réponse en anglais pour le service régional Info-Social, la traduction de plusieurs documents populationnels et l'accompagnement de patients anglophones tout au long de l'épisode de soins par une agente de liaison régionale à l'Hôpital de Sept-Îles.





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

À la suite de l'entrée en vigueur, le 10 décembre 2015, de la Loi concernant les soins de fin de vie, le président-directeur général du CISSS de la Côte-Nord a la responsabilité de faire un rapport, chaque année, au conseil d'administration et à la Commission sur les soins de fin de vie de l'application de la Politique régionale relative aux soins palliatifs de fin de vie de son établissement. Les activités documentées apparaissent dans le tableau ci-dessous.

Voici les données en date du 10 décembre 2017 (les données inscrites sont pour la période du 10 décembre 2016 au 9 décembre 2017).

**Tableau 26 - Rapport sur l'application de la Politique régionale relative aux soins palliatifs et de fin de vie**

Activité	Information demandée	Nombre
<b>Soins palliatifs et de fin de vie</b>	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée	79
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée	124
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	321
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie dans les maisons de soins palliatifs	215
<b>Sédation palliative continue</b>	Nombre de sédations palliatives continues administrées	2
<b>Aide médicale à mourir</b>	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	10
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	8
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : un cas pour patient décédé avant et un cas pour des raisons médicales	2

Les données présentées sur le nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie, sauf pour celles dans les maisons de soins palliatifs, ne sont pas exhaustives. En effet, le procédé permettant de les comptabiliser et les bases de données actuellement disponibles ne nous permettent pas d'avoir un portrait en temps réel.

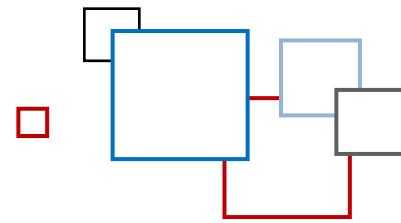
En 2017-2018, différentes activités de formation ont été offertes aux intervenants du CISSS de la Côte-Nord et à leurs partenaires.

Cinq séances d'information ont été données sur les particularités de la Loi concernant les soins de fin de vie dans toutes les installations du CISSS de la Côte-Nord, grâce à la visioconférence. Plus de 130 personnes ont participé à celles-ci. D'autres séances sont également à venir.

Une formation interdisciplinaire, en quatre modules, a aussi été rendue disponible aux intervenants œuvrant auprès de la clientèle en fin de vie.







## 7. LES RESSOURCES HUMAINES

L'année 2017-2018 a débuté par une activité massive de recrutement à Baie-Comeau et Sept-Îles. Notons qu'un projet Lean a été réalisé au service du recrutement et dotation permettant ainsi l'harmonisation et l'optimisation des processus. Un plan d'action a été produit et déjà 60 % des activités prévues sont en marche.

À la gestion de la liste de rappel, la mise en place de maîtres-horaires pour les services 24/7 a permis un soutien et un accompagnement à l'égard de la confection des horaires de travail. S'ajoute également, un projet de stabilisation pour le personnel de la catégorie 1.

Au printemps 2017, un partenariat a été réalisé avec les institutions d'enseignement de Baie-Comeau et Sept-Îles dans le cadre du projet travail-étude des préposés aux bénéficiaires (PAB). Notons également que le projet OPTILAB a été complété au cours de l'année. L'équipe du Service des relations de travail a débuté cette année l'exercice de négociation des conventions collectives locales avec les représentants syndicaux des quatre catégories de personnel. Les négociations vont bon train.

Le processus du plan de développement des ressources humaines (PDRH) a été revisité pour assurer une meilleure harmonisation. Le programme de formation continue partagée a également débuté dans notre organisation.

Afin de favoriser une culture de prévention, des postes au service de santé ont été transformés. Plusieurs activités de reconnaissance ont été réalisées, en Haute-Côte-Nord, Baie-Comeau, Fermont, Port-Cartier, Sept-Îles, Minganie et en Basse-Côte-Nord. Ces célébrations ont permis de rendre un hommage et remercier le personnel ayant entre 15 et 45 ans de service ainsi que de célébrer les retraités.

Nous tenons à souligner que le comité de santé et sécurité de Fermont s'est vu reconnaître le titre de finaliste au prix régional de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) pour le projet de l'entrée sécurisée au service de l'urgence sur le quart de nuit.

L'année s'est terminée par le « Sommet sur la pénurie de la main-d'œuvre ». La réalisation de cette activité régionale a réuni plus de 170 employés, gestionnaires, représentants des associations de cadres, membres du conseil d'administration, syndicats, médecins et les médias pour échanger afin de favoriser l'attraction et la fidélisation de la main-d'œuvre. Cette activité prometteuse a donné suite à la mise sur pied d'équipes de travail afin de réaliser les stratégies identifiées lors de l'événement à l'égard de l'attraction et de la fidélisation de la main-d'œuvre, le climat de travail, la communication et la gestion participative de même que l'organisation et les relations de travail.

**Tableau 27 - Portrait des embauches, des départs et le taux de rétention global**

	Haute-Côte-Nord -Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	Basse-Côte-Nord	Fermont	CPRCN	Centre administratif Baie-Comeau
Embauches	223	25	184	66	37	14	82	16
Départs	229	36	247	70	48	19	82	14
Taux de rétention sur 1 an (période 13)	73,49 %	86,96 %	68,54 %	56,25 %	55,56 %	69,23 %	71,25 %	60 %

\* Données prises dans les entrepôts de données Logibec et dans SIRH à la période 13 au 31 mars 2018.

**Tableau 28 - Effectifs par catégorie d'emploi au 31 mars 2018**

Installation	Catégorie 1 - Personnel en soins infirmiers et cardio- respiratoires	Catégorie 2 - Personnel paratechnique, des services auxiliaires et des métiers	Catégorie 3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	Catégorie 4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	Personnel non visé	Personnel non défini	Personnel cadre
Haute-Côte-Nord- Manicouagan	415	437	163	183	11	0	31
Port-Cartier	50	45	23	34	0	0	2
Sept-Îles	307	276	126	174	10	2	28
Minganie	91	97	33	30	1	1	8
Fermont	26	10	19	16	0	0	1
Basse-Côte-Nord	58	80	43	18	1	0	3
CPRCN	4	109	83	341	0	0	26
Centre administratif Baie-Comeau	16	6	47	15	0	0	13
<b>Total Côte-Nord</b>	<b>967</b>	<b>1 060</b>	<b>537</b>	<b>811</b>	<b>23</b>	<b>3</b>	<b>112</b>

\* Données prises dans les rapports SIRH de chaque installation à la période 13 au 31 mars 2018.

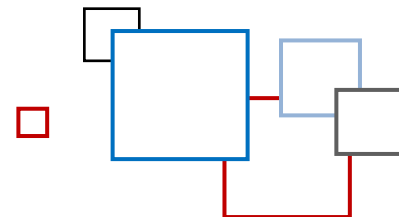
Le CISSS de la Côte-Nord compte, pour l'année 2017-2018, un peu plus de 3 500 employés.

Tableau 29 - Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

11045234 - CISSS de la Côte-Nord		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2017-04-02 au 2018-03-31		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	334 704	1 984	336 688	184	216
	2015-16	297 829	1 706	299 535	164	189
	2016-17	262 217	1 916	264 133	144	177
	2017-18	229 009	2 206	231 215	126	155
	<b>Variation</b>	<b>(31,6 %)</b>	<b>11,2 %</b>	<b>(31,3 %)</b>	<b>(31,5 %)</b>	<b>(28,2 %)</b>
2 - Personnel professionnel	2014-15	716 293	4 171	720 464	395	513
	2015-16	756 657	4 292	760 949	417	533
	2016-17	772 588	4 127	776 715	426	544
	2017-18	808 607	5 337	813 944	445	560
	<b>Variation</b>	<b>12,9 %</b>	<b>28,0 %</b>	<b>13,0 %</b>	<b>12,8 %</b>	<b>9,2 %</b>
3 - Personnel infirmier	2014-15	1 411 424	80 992	1 492 416	764	1 040
	2015-16	1 422 351	75 738	1 498 089	769	1 040
	2016-17	1 439 612	77 065	1 516 677	777	1 036
	2017-18	1 446 114	90 879	1 536 992	780	1 034
	<b>Variation</b>	<b>2,5 %</b>	<b>12,2 %</b>	<b>3,0 %</b>	<b>2,2 %</b>	<b>(0,6 %)</b>
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	2 412 338	76 570	2 488 908	1 327	1 923
	2015-16	2 397 870	67 310	2 465 180	1 318	1 853
	2016-17	2 371 369	73 713	2 445 081	1 303	1 886
	2017-18	2 438 908	84 097	2 523 005	1 339	1 939
	<b>Variation</b>	<b>1,1 %</b>	<b>9,8 %</b>	<b>1,4 %</b>	<b>0,9 %</b>	<b>0,8 %</b>
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	647 921	21 071	668 992	333	624
	2015-16	636 131	15 720	651 851	326	586
	2016-17	655 906	18 501	674 407	337	620
	2017-18	651 696	19 643	671 339	335	626
	<b>Variation</b>	<b>0,6 %</b>	<b>(6,8 %)</b>	<b>0,4 %</b>	<b>0,7 %</b>	<b>0,3 %</b>
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	7 444	5	7 449	4	27
	2015-16	3 205	15	3 220	2	17
	2016-17	1 921	2	1 923	1	8
	2017-18	3 447	6	3 453	2	21
	<b>Variation</b>	<b>(53,7 %)</b>	<b>31,9 %</b>	<b>(53,6 %)</b>	<b>(53,7 %)</b>	<b>(22,2 %)</b>
<b>Total du personnel</b>	2014-15	5 530 123	184 793	5 714 917	3 006	4 012
	2015-16	5 514 042	164 782	5 678 824	2 996	3 930
	2016-17	5 503 612	175 324	5 678 936	2 988	3 931
	2017-18	5 577 780	202 168	5 779 948	3 028	4 009
	<b>Variation</b>	<b>0,9 %</b>	<b>9,4 %</b>	<b>1,1 %</b>	<b>0,7 %</b>	<b>(0,1 %)</b>

Certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs allouées par le ministre de la Santé et des Services sociaux.





## 8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

### L'UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMMES

Tableau 30 - Répartition des charges brutes par programmes

Programme	Exercice courant		Exercice précédent	
	Dépense	Pourcentage (%)	Dépense	Pourcentage (%)
<b>Programmes-services</b>				
Santé publique	7 268 936	2,05	6 077 753	1,76
Services généraux – activités cliniques et d'aide	19 925 200	5,62	15 244 388	4,41
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	51 297 093	14,46	46 296 716	13,39
Déficiences physiques	10 891 868	3,07	9 860 740	2,85
Déficiences intellectuelles et troubles du spectre de l'autisme	15 302 500	4,31	14 892 969	4,31
Jeunes en difficulté	28 579 117	8,06	25 304 194	7,32
Dépendances	2 654 864	0,75	2 294 419	0,66
Santé mentale	15 675 456	4,42	12 856 676	3,72
Santé physique	120 902 580	34,08	127 536 715	36,90
<b>Programmes-soutien</b>				
Administration	24 724 284	6,97	28 936 774	8,37
Soutien aux services	28 867 391	8,14	28 493 747	8,24
Gestion des bâtiments et des équipements	28 629 082	8,07	27 866 381	8,07
<b>Total</b>	<b>354 718 371</b>	<b>100</b>	<b>345 661 472</b>	<b>100</b>

Pour plus d'information sur les ressources financières, nous vous invitons à consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471 publié sur le site Internet du CISSS.

### L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En mai 2017, l'organisation a déposé au MSSS son budget initial déficitaire. Elle a donc demandé l'aide d'un expert pour faire une lecture de la performance organisationnelle et identifier des pistes d'optimisation pérennes. En septembre 2017, le CISSS annonçait un déficit anticipé d'environ 14,5 M\$. Une analyse rigoureuse avec chacune des directions a permis d'identifier 28 mesures pour un total de 9,7 M\$. Un plan triennal a été élaboré en tenant compte des constats identifiés dans le cadre d'un portrait global réalisé à l'automne 2017 par un consultant externe identifié par le MSSS. Ce plan préserve les services à la population de même que toutes les installations du territoire.

En fin d'année financière, le MSSS a octroyé une aide ponctuelle de 13,9 M\$ qui a permis à notre organisation de respecter son obligation légale quant à l'équilibre budgétaire. L'année financière s'est terminée avec un surplus de 262 154 \$, lequel est constitué d'un surplus au fonds d'exploitation de 351 916 \$ et d'un déficit au fonds d'immobilisations de 89 762 \$.

## LES CONTRATS DE SERVICES

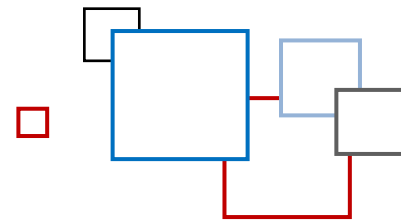
Voici les contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 31 mars 2018.

**Tableau 31 - Contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus,  
conclus entre le 1<sup>er</sup> avril et le 31 mars (non audité)**

	Nombre	Valeur (\$)
Contrats de services avec une personne physique <sup>1</sup>	0	0
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique <sup>2</sup>	18	3 990 056
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>3 990 056</b>

1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

2. Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.



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

Tableau 32 - État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve                      O : Observation                      C : Commentaire

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

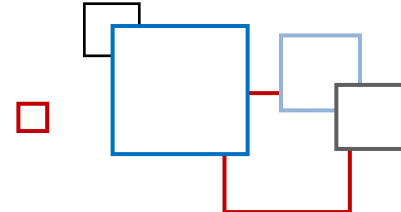
R : Régulé                      PR : Partiellement Régulé                      NR : Non Régulé

Exercice terminé le 31 mars 2018 - AUDITÉE

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</b>						
Contrat de location d'immeubles SQI.	2011-2012	R	Conforme aux directives du MSSS.			NR
Paieement de transfert.	2013-2014	R	Conforme aux directives du MSSS.			NR
Les opérations des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus contrevenant ainsi à l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux.	2016-2017	R et C	Le respect de la Loi sur l'équilibre budgétaire étant calculé selon la page 200 L.29 C.4, l'établissement est en surplus au 31 mars 2018. La situation est réglée au 31 mars 2018.	R		
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</b>						
Compilation de l'unité de mesure B c.a. « 5860 – Santé des jeunes » est estimée.	2011-2012	O	Situation identique en 2017-2018.			NR
Unité de mesure A n'est pas compilée pour c.a. « 7532 – Archives ».	2011-2012	O	Situation identique en 2017-2018. Une démarche est entreprise pour régler la situation en 2018-2019.			NR
Compilation de l'unité de mesure A c.a. « 7690 – Transport externe des usagers » est inexacte dans le cas d'un transport aller-retour.	2012-2013	O	La situation est réglée.	R		
L'installation n'ayant pas de balance, la compilation des unités de mesure du centre d'activités « 7604 – Buanderie » est cumulée à partir des factures du fournisseur ce qui n'est pas une dérogation au MGF. Toutefois, le fournisseur ne fournit pas une mesure précise du nombre de linge souillé reçu. Ainsi l'unité de mesure A « le nombre de kilogramme de linge souillé » est compilée seulement sur la base de certaines factures qui comprennent un nombre de kilogramme, laissant plusieurs kilogrammes de linge souillé non comptés.	2014-2015	O	La situation est considérée comme étant réglée.	R		
Certaines installations ne compilent pas les unités de mesure B dans le c.a. « 6390 – Service de pastorale ».	2011-2012	O	La situation est considérée comme étant réglée.	R		
L'unité de mesure « le mètre cube » du c.a. « 7700 – Fonctionnement des installations » n'a pas été compilée conformément à la circulaire.	2012-2013	O	Situation identique en 2017-2018. Sera réglé en 2018-2019.			NR

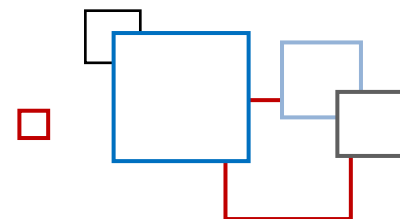
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Le rapport périodique statistique n'est pas signé par un chef de service dans la plupart des cas.	2015-2016	O	Situation identique en 2017-2018.			NR
CA « 7081 – Soutien aux familles » : Le MGF exige que la date soit inscrite sur le formulaire de compilation, ce qui n'est pas le cas.	2015-2016	O	La situation est réglée.	R		
CA « 7024 – Support stages individuels » : Pour certaines périodes de l'année, les pièces justificatives attestant la présence de l'utilisateur n'ont pas été conservées.	2016-2017	O	La situation est réglée.	R		
CA « 5970 – Consultation téléphonique psychosociale » : Il n'est pas possible de remonter aux documents sources concernant l'unité de mesure « Le nombre d'appels » car la programmation du système TBIG ne le permet pas.	2016-2017	O	Ce problème est provincial et un avis a été émis à cet effet.			NR
CA « 6565 – Services sociaux » : Les documents sources ne sont pas accessibles.	2016-2017	O	Sera réglé en 2018-2019.			NR
CA « 7404 – Déplacement des cas électifs » : Une installation compile l'unité de mesure avec Access et aucun rapport périodique n'est disponible.	2016-2017	O	La situation est réglée.	R		
CA « 6352 – Inhalothérapie » : Le système en place dans l'installation HCNM rend difficile de corroborer la compilation de l'unité technique provinciale.	2017-2018	O				NR
<b>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</b>						
Équilibre budgétaire	2016-2017	C	Le respect de la Loi sur l'équilibre budgétaire étant calculé selon la page 200 L29 C.4, l'établissement est en surplus au 31 mars 2018.	R		
Certaines unités de mesure de centres d'activités dérogent du MGF.	2013-2014	C	Situation identique en 2017-2018.			NR
Politique interne sur les conditions de travail des cadres non approuvée par le conseil d'administration. (BCN) (Réf. : 02.01.22.01)	2013-2014	C	Le CISSS utilise les anciennes politiques approuvées par le CA, et une nouvelle politique pour le CISSS est présentement en élaboration et sera adoptée en 2018-2019.		PR	
L'établissement ne respecte pas la réglementation au vol. 2, ch. 01, sujet 32, doc. 4 du MGF, car le seul biochimiste de l'établissement reçoit une rémunération fixe et globale incluant un salaire de base, des primes de garde et du temps supplémentaire estimé annuellement. (Sept-Îles)	2011-2012	C	Ne s'applique plus car le biochimiste a été transféré au centre serveur d'OPTILAB.	R		
L'établissement ne respecte pas la réglementation au vol. 2, ch. 01, sujet 34, doc. 4 du MGF, car les pharmaciens reçoivent une prime de maintien en emploi additionnelle de 5 %. De plus, une pharmacienne est rémunérée à l'échelon maximum alors que celle-ci devrait être à un échelon inférieur contrevenant ainsi à la réglementation au vol. 2, ch. 01, sujet 34, doc. 3 du MGF. (Sept-Îles)	2011-2012	C	Ces salaires et primes sont versés dans un contexte de pénurie de pharmaciens et avec l'autorisation initiale de l'ancienne Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. Les nouvelles embauches respectent la réglementation en vigueur.			NR
Prime d'assistante du supérieur immédiat non autorisée à la nomenclature du MSSS. (Port-Cartier) (Réf. : 03.01.61.05 et 03.01.61.09)	2013-2014	C	Situation identique en 2017-2018.			NR
Utilisation de titres d'emploi non conformes à la nomenclature des titres d'emploi. (BCN) (Réf. : 02.01.41.11)	2012-2013	C	La situation est réglée.	R		





Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
À défaut de pouvoir combler ou créer des postes de cadres, l'installation de la Minganie a dû trouver une formule lui permettant d'assurer une fonction de gestion dans différents services. Pour y arriver, l'établissement a instauré une prime de responsabilité à des salariés syndiqués pour qu'ils assument cette partie de fonction. Dans la majorité des cas, cette rémunération additionnelle se traduit par le paiement d'une prime de responsabilité professionnelle de 10 %.	2011-2012	C	Situation identique en 2017-2018. Les montants en cause sont minimes et aucun changement n'est prévu à ce sujet.			NR
Peu de politiques ont été adoptées depuis la création du CISSS de la Côte-Nord. (03.01.10.12; 02.01.22.01; 02.01.10.11)	2015-2016	C	Les politiques ont été maintenues telles quelles selon les anciennes installations. La politique de frais de déplacement a été mise en place en 2017-2018.		PR	
L'établissement n'a pas atteint le minimum de 2 % d'investissement en matière d'entretien préventif et curatif dans l'ensemble de la région. (Réf. : 03.02.30.05)	2015-2016	C	Situation identique en 2017-2018. Voir le commentaire de la note 7 du questionnaire de la haute direction.			NR
<b>Rapport à la gouvernance</b>						
Gestion des avoirs de certains usagers. Au cours de l'audit, nous avons constaté que l'établissement offre des services de gestion des avoirs aux usagers sous curatelle ou désignés par la Sécurité de revenu. Cependant, l'établissement offre aussi des services sur une base volontaire par des ententes verbales. Dans certains cas, ces biens sont conservés dans le coffre-fort de l'établissement. Dans d'autres cas, c'est actuellement l'intervenant qui ouvre un compte conjoint dans une institution bancaire avec l'utilisateur. Nous vous suggérons d'instaurer une procédure d'entente écrite qui pourrait être révisée par un conseiller juridique et cela, dans le but de protéger l'établissement et l'intervenant en cas de perte de capital, d'intérêt ou de tout autre malentendu pouvant survenir. (Sept-Îles)	2011-2012	O	Situation identique en 2017-2018. Les démarches ont été entamées en février pour corriger cette situation. La situation sera réglée en 2018-2019.			NR
Examen analytique des unités de mesure.	2012-2013	O	Grande amélioration notée au niveau du suivi des unités de mesure. Cependant, l'examen analytique n'est pas effectué en temps opportun pour déceler les problématiques.		PR	
Certaines écritures de journal général ont été effectuées et approuvées par les mêmes personnes.	2017-2018	O	Il s'agit d'une faiblesse du système comptable. Un contrôle compensatoire sera mis en place en 2018-2019.			NR





## 10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), par le biais de la mission globale des organismes ayant signé la convention de subvention, nous permet de soutenir 97 organismes impliqués dans plusieurs secteurs d'activité concernant directement la santé et les services sociaux. Au total, cela représente un investissement de 10 809 404 \$. Pour consentir à l'attribution de ces crédits, les organismes doivent respecter les normes édictées par le MSSS ainsi que par le *Cadre de reconnaissance et de financement des organismes communautaires de la Côte-Nord* en termes de reddition de comptes. Ainsi, le CISSS de la Côte-Nord s'assure que chaque organisme produise un rapport annuel faisant le bilan des activités réalisées et de ses états financiers et en fait l'analyse par la suite. La transmission des prévisions budgétaires équilibrées à chaque année favorise une saine gestion de ces organismes.

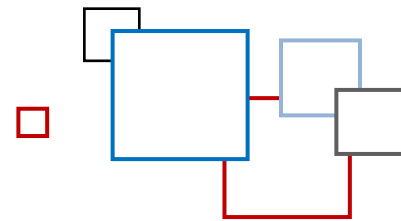
**Tableau 33 - Financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires**

Organisme	Subvention (\$)		Catégorie
	2017-2018	2016-2017	
À la Source Sept-Îles	71 130	70 636	Santé publique
Action Autisme et T.E.D. Haute-Côte-Nord Manicouagan	85 537	57 117	Troubles envahissants du développement
Ado-Cité – Maison des jeunes	42 130	41 837	Maisons de jeunes
Association de la fibromyalgie et de la fatigue chronique de Manicouagan et de la Haute-Côte-Nord inc.	16 450	16 336	Déficiência physique
Association des aidants naturels de la Côte-Nord	5 944	4 405	Maintien à domicile
Association des handicapés adultes de la Côte-Nord inc.	65 536	26 052	Déficiences multiples
Association des jeunes de Fermont	23 346	23 184	Maisons de jeunes
Association des parents et amis du malade émotionnel (APAME) Baie-Comeau inc.	78 220	77 676	Santé mentale
Association des parents PANDA Manicouagan	46 566	23 374	Santé mentale
Association des personnes avec difficultés visuelles de Manicouagan	26 932	26 745	Déficiência physique
Association des sourds de Baie-Comeau	5 292	7 023	Déficiência physique
Association des troubles anxieux de la Côte-Nord	25 007	18 678	Santé mentale
Association Fibromyalgie de Duplessis	16 874	16 757	Déficiência physique
Association nord-côtière de l'autisme et des troubles envahissants du développement (ANCATED)	31 906	28 996	Troubles envahissants du développement
Association parents et amis du malade émotionnel de l'Est de la Côte-Nord inc. (APAME)	91 280	90 645	Santé mentale
Bureau régional d'information en santé sexuelle (BRISS)	70 098	69 611	VIH-SIDA
Centre communautaire pour les aînés de Ragueneau inc.	32 407	32 182	Personnes âgées
Centre d'action bénévole de la Minganie	156 809	145 668	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole de Sept-Îles <sup>1</sup>		114 764	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole Le Nordest	262 331	260 507	Maintien à domicile
Centre d'activités de la Haute-Côte inc.	65 284	64 830	Déficiences multiples
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) - Baie-Comeau - Lumière boréale	266 522	264 669	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) - Sept-Îles - La pointe du jour	121 135	120 293	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
Centre de bénévolat de Port-Cartier inc.	196 830	195 462	Maintien à domicile
Centre de bénévolat Manicouagan inc. <sup>2</sup>		84 134	Maintien à domicile
Centre de dépannage des Nord-Côtiers	25 007	2 413	Personnes démunies

1. Le CISSS a retiré sa subvention en 2016-2017.

2. A cessé ses activités en 2016-2017.

Organisme	Subvention (\$)		Catégorie
	2017-2018	2016-2017	
Centre de femmes « l'Étincelle »	195 010	193 654	Centres de femmes
Centre de prévention du suicide Côte-Nord	437 146	434 107	Santé mentale
Centre des femmes de Forestville	195 002	193 646	Centres de femmes
Centre d'intervention Le Rond-Point	126 435	125 556	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Centre femmes aux 4 Vents	195 001	193 645	Centres de femmes
Centre Le Volet des femmes	195 117	193 761	Centres de femmes
Club des Citoyens Seniors de Chevery	29 373	25 378	Personnes âgées
Comité action jeunesse de Bergeronnes	35 993	35 743	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse de Sacré-Cœur	35 993	35 743	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse de Tadoussac	17 510	17 388	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse des Escoumins	35 993	35 743	Maisons de jeunes
Comité de bénévoles Bergeronnes	8 608	5 766	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Escoumins	8 608	5 766	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Sacré-Cœur	8 608	5 766	Maintien à domicile
Comité jeunesse de Sainte-Anne-de-Portneuf	35 146	34 902	Maisons de jeunes
Comptoir alimentaire de Sept-Îles	46 566	30 923	Personnes démunies
Comptoir alimentaire, L'Escale	46 566	41 148	Personnes démunies
CoNVERjaNCE Manicouagan	214 966	213 472	Organismes de justice alternative
Cuisine collective des écureuils de Baie-Comeau	9 013	8 950	Personnes démunies
Éki-Lib Santé Côte-Nord	65 537	37 033	Santé mentale
Espace Côte-Nord	127 049	126 166	Autres ressources jeunesse
Groupe Entre-Amis de Baie-Comeau	65 293	64 839	Déficiences multiples
Homme Aide Manicouagan	122 210	121 360	Autres ressources hommes
Hom'asculin Port-Cartier	63 070	62 632	Autres ressources hommes
Hommes Sept-Îles, Centre d'entraide pour hommes inc.	105 350	104 618	Autres ressources hommes
La Croisée, un organisme de justice alternative	263 311	261 481	Organismes de justice alternative
La Maison des femmes de Sept-Îles	670 710	666 048	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
La Maison des jeunes « La Boîte » de Ragueneau	33 669	33 435	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes de Port-Cartier	115 254	114 453	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes La Relève	97 234	96 558	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes Le Spoth de Chute-aux-Outardes	33 669	33 435	Maisons de jeunes
La Maison du Tonnerre	54 390	54 012	Maisons de jeunes
La popote roulante « Les Délices Maisons »	25 053	12 761	Personnes démunies
L'Alliance des femmes	195 004	193 648	Centres de femmes
L'Association des locataires de la résidence Père Méthot	1 240	1 231	Maintien à domicile
L'Association Épilepsie Côte-Nord inc.	31 906	22 943	Déficiences multiples
L'Âtre de Sept-Îles	356 429	330 829	Santé mentale
Le Comité de bénévoles de Tadoussac	8 608	5 826	Maintien à domicile
Le Créam	99 677	98 984	Santé mentale
Le Module d'épanouissement à la vie de Sept-Îles	35 014	34 771	Déficiences multiples
Le Pivot des Îles inc.	65 294	64 840	Déficiences multiples
Le Répit Daniel Potvin inc.	247 863	246 140	Déficiences multiples
L'Entre-Deux-Tourmants	71 904	62 765	Maisons de jeunes
Les Amis du Rayon d'Or	54 261	53 884	Maintien à domicile
Les Girouettes de Chute-aux-Outardes	32 455	32 229	Déficiences multiples
Les Habitations communautaires Le Gîte inc.	35 100	34 856	Santé mentale
L'Espoir de Shelna	152 533	151 473	Déficiences multiples
Maison Anita LeBel	75 834	75 307	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison d'aide et d'hébergement de Fermont inc.	586 894	582 814	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison de transition Baie-Comeau inc.	204 189	202 770	Santé mentale
Maison des femmes de Baie-Comeau	683 299	678 549	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison des jeunes de Colombier	11 567	11 487	Maisons de jeunes
Maison des jeunes « La Source » Minganie	80 762	80 201	Maisons de jeunes
Maison des jeunes « Le S.Q.U.A.T. »	40 866	40 582	Maisons de jeunes
Maison des jeunes de Longue-Rive	27 587	27 395	Maisons de jeunes
Maison des jeunes l'Authentique	42 130	41 837	Maisons de jeunes
Maison des jeunes l'Entretemps de Forestville	88 634	88 018	Maisons de jeunes



Organisme	Subvention (\$)		Catégorie
	2017-2018	2016-2017	
Maison jeunes Gros Mecatina	2 872	11 487	Maisons de jeunes
Maison l'Amie d'Elle inc.	706 360	701 450	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Module d'épanouissement à la vie de Havre-Saint-Pierre	17 031	16 913	Déficiences multiples
Module d'épanouissement à la vie Sacré-Cœur (secteur BEST)	25 007	18 262	Déficiences multiples
Point de rencontre inc.	196 108	194 745	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale Côte-Nord	14 717	14 615	Santé mentale
Répit Richelieu	212 603	211 125	Déficiences multiples
Ressource de réinsertion « Le Phare »	66 566	36 662	Santé mentale
Service de supervision des droits d'accès	54 120	53 744	Autres ressources jeunesse
Santé mentale Québec-Côte-Nord	90 351	89 723	Santé mentale
Société Alzheimer de la Côte-Nord	152 634	91 443	Personnes âgées
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Côte-Nord	15 093	14 988	Déficiences physiques
Table régionale des organismes communautaires de la Côte-Nord	100 570	99 871	Concertation et consultation générale
Transit Sept-Îles	147 995	84 905	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Unité Domrémy de Baie-Comeau inc.	46 566	35 805	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Vers l'âge Senior inc.	184 735	183 451	Maintien à domicile
<b>MONTANT VERSÉ AUX ORGANISMES</b>	<b>10 809 404</b>	<b>10 526 450</b>	
<b>NOMBRE TOTAL D'ORGANISMES SOUTENUS</b>	<b>97</b>	<b>99</b>	





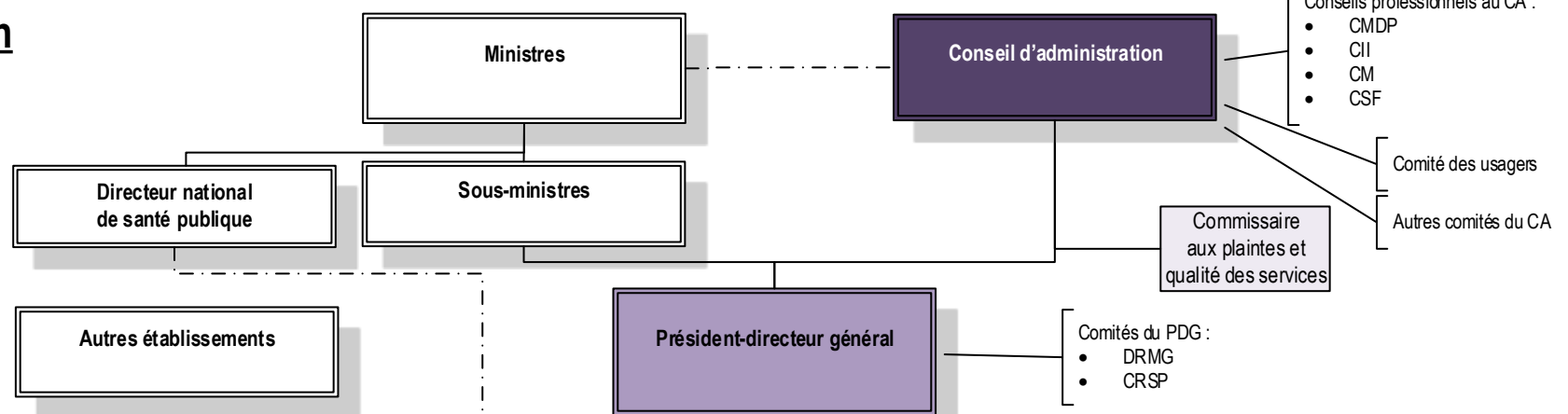
# Organigramme de la haute direction

CISSS de la Côte-Nord

Modèle continuum de services B (modifié)

31 mars 2018

Marc Fortin  
Président-directeur général

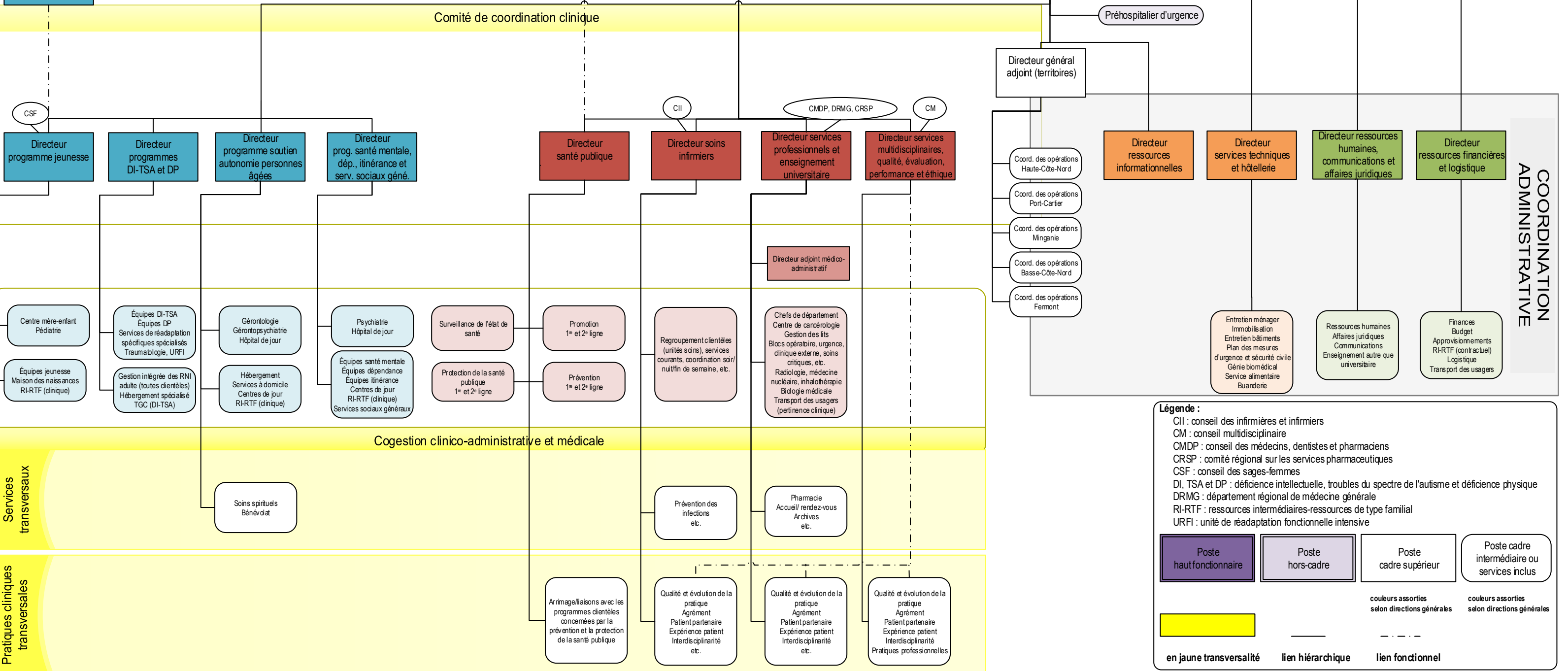


Note :

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

Obligation d'établir des liens d'interdépendance avec d'autres établissements pour compléter l'offre de service

Directeur protection de la jeunesse et directeur provincial



**Légende :**

- CII : conseil des infirmières et infirmiers
- CM : conseil multidisciplinaire
- CMDP : conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- CRSP : comité régional sur les services pharmaceutiques
- CSF : conseil des sages-femmes
- DI, TSA et DP : déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique
- DRMG : département régional de médecine générale
- RI-RTF : ressources intermédiaires-ressources de type familial
- URFI : unité de réadaptation fonctionnelle intensive

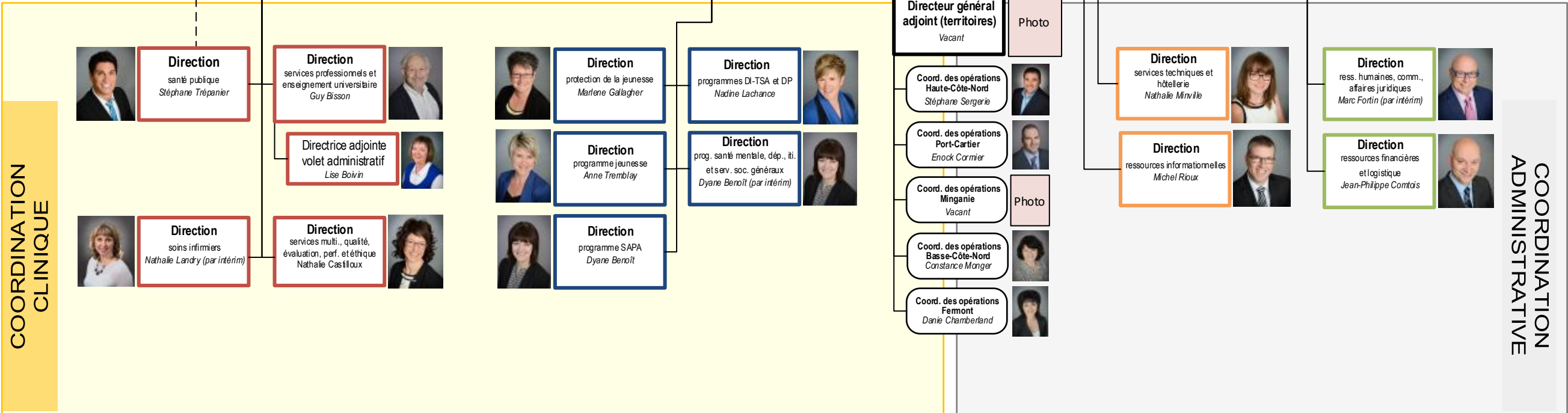
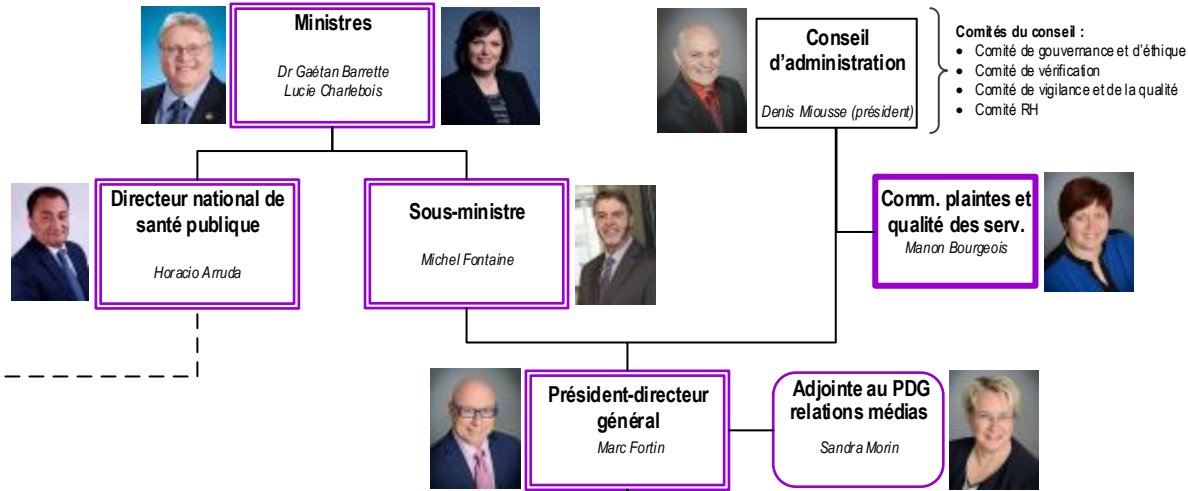
Poste hautfonctionnaire	Poste hors-cadre	Poste cadre supérieur	Poste cadre intermédiaire ou services inclus
couleurs assorties selon directions générales		couleurs assorties selon directions générales	

en jaune transversalité      lien hiérarchique      lien fonctionnel



# Macro structure organisationnelle du CISSS de la Côte-Nord

**Organigramme  
en évolution  
Au 31 mars 2018**



**Légende :**

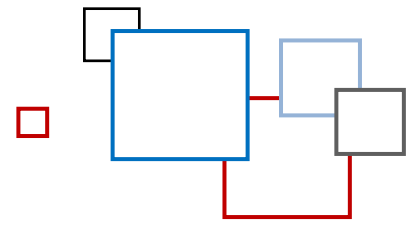
- Poste haut fonctionnaire
- Poste cadre supérieur
- Poste cadre intermédiaire
- Poste de cadre intermédiaire (conseiller)

Couleurs associées selon directions

Lien hiérarchique ———

Lien fonctionnel - - - - -





## ANNEXE B : LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord  
Québec



Règlement du conseil d'administration

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

en vertu de la *Loi sur le ministère du conseil exécutif* (chapitre M-30)

communauté  
femmes  
Hommes  
services  
**santé**  
sociaux  
gens  
milieu  
réseau

HUMAIN  
région  
société  
vie  
côte-nord  
famille

Conseil d'administration		
Approuvé le 2016-02-10	Révisé le .....	Révisé le .....

## PRÉAMBULE

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

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

## Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

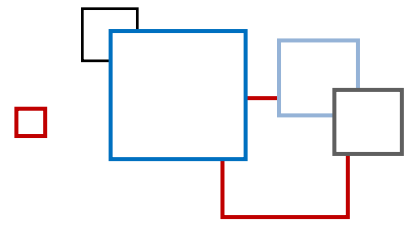
- a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
- d) définit les devoirs et les obligations des membres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

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

### 2. Fondement légal

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

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



### 3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Personne raisonnable** : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances<sup>3</sup>.

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

#### 4. Champ d'application

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

#### 5. Disposition finale

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

#### 6. Diffusion

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

## Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

#### 7. Principes d'éthique

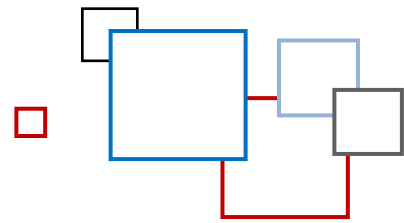
L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme administrateur cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et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

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

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.

---

1. BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.



- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

## 8. Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et proscrit.

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

### 8.1 Disponibilité et compétence

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

### 8.2 Respect et loyauté

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

### 8.3 Impartialité

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

### 8.4 Transparence

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

## **8.5 Discrétion et confidentialité**

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

## **8.6 Considérations politiques**

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

## **8.7 Relations publiques**

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

## **8.8 Charge publique**

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

## **8.9 Biens et services de l'établissement**

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

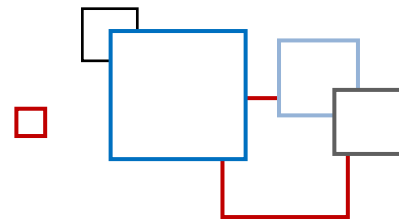
## **8.10 Avantages et cadeaux**

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

## **8.11 Interventions inappropriées**

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





### Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

## Section 4 — APPLICATION

### 16. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

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

### 17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

- a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;
- b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
- c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
- e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

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

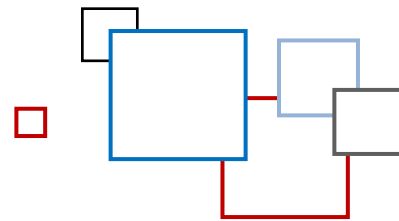
### 18. Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

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



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

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

## **19. Processus disciplinaire**

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

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

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

**19.4** Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **20. Notion d'indépendance**

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

## **21. Obligations en fin du mandat**

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

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

***Centre intégré de santé et  
de services sociaux de la Côte-Nord***

***[www.ciass-cotenord.gouv.qc.ca](http://www.ciass-cotenord.gouv.qc.ca)***