

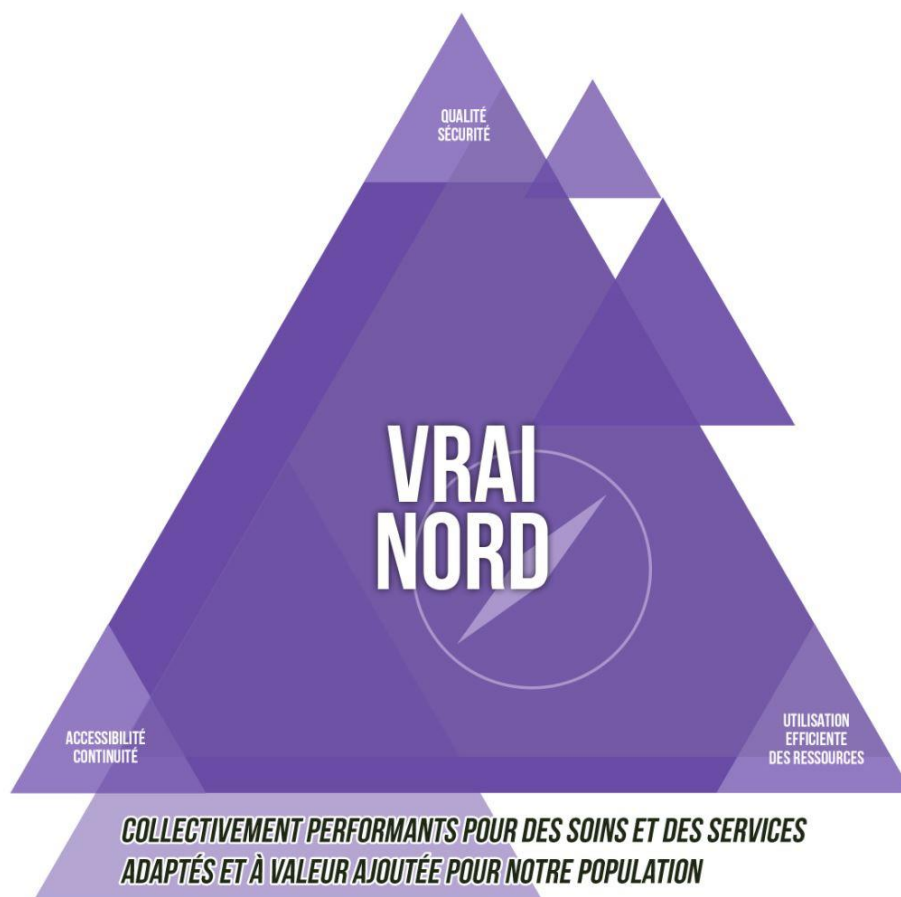


CENTRE RÉGIONAL  
DE SANTÉ ET DE  
SERVICES SOCIAUX  
DE LA BAIE-JAMES



2017

# Plan d'organisation du CRSSS de la Baie-James

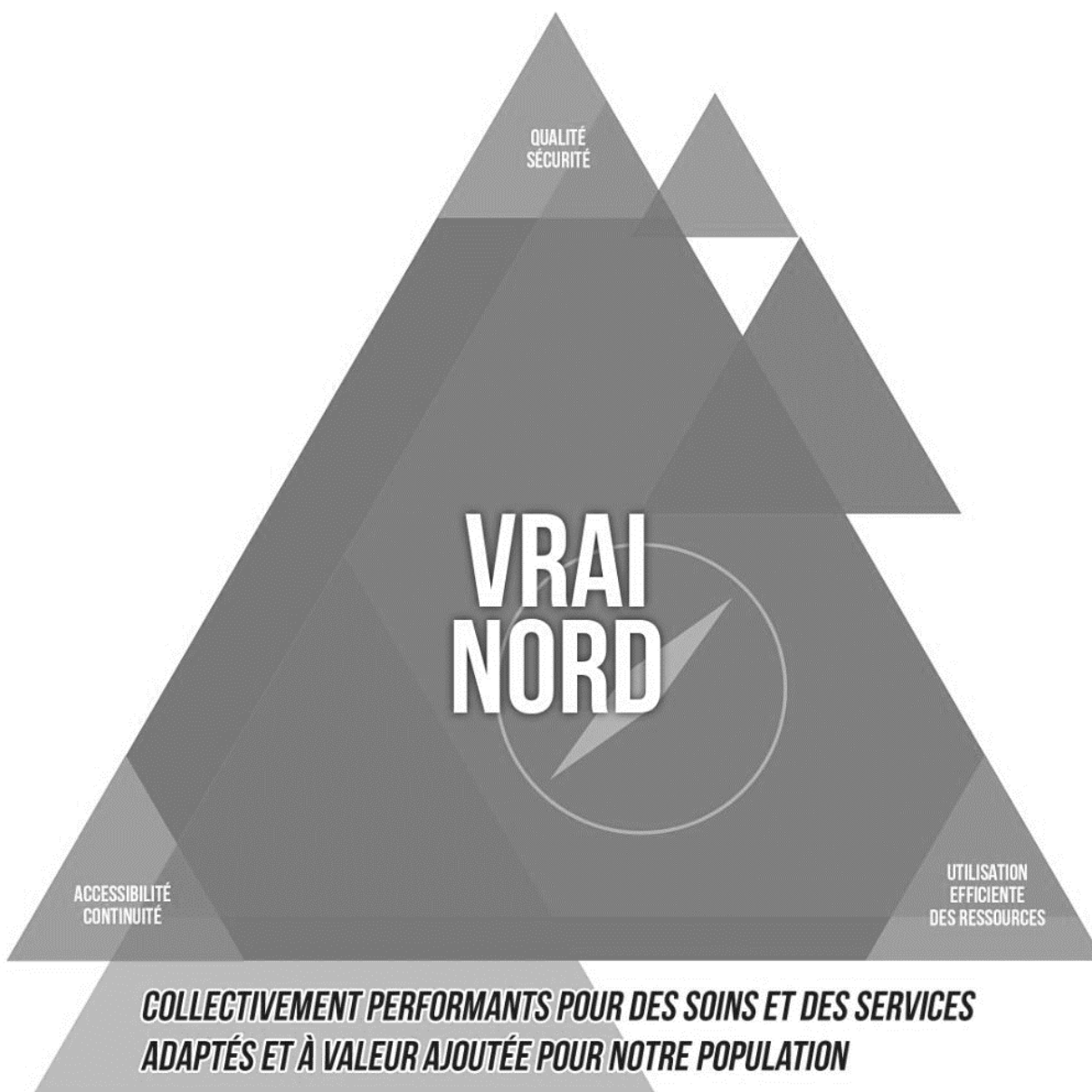




Le **Vrai Nord** se veut l'équilibre à atteindre entre trois dimensions. Cette vision de performance prend appui sur trois axes stratégiques que nous souhaitons réaliser à l'aide de ce plan d'organisation : **Qualité-sécurité, accessibilité-continuité et utilisation efficiente des ressources.**

Les cinq autres triangles représentent les cinq installations jamésiennes présentes dans les communautés de Chapais, Chibougamau, Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Radisson. Par ententes de services, le CRSSS de la Baie-James dessert également les localités de Valcanton et Villebois. Les surfaces différentes des triangles rappellent notre respect des réalités locales dans l'adaptation des services, répondant aux mêmes standards. La couleur mauve symbolise la courtoisie et l'harmonie. Mélange de bleu et de rouge, elle associe action réfléchie et lucidité, passion et intelligence.

Enfin, la boussole montre la direction d'un chemin et aide à mesurer la bonne voie. Elle permet de rester fidèle à nos valeurs d'organisation et confirme une culture de mesure.



La production de ce document *Plan d'organisation du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James* a été rendue possible grâce à la collaboration de plusieurs personnes :

Les membres du comité de direction du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James :

Nathalie Boisvert, présidente-directrice générale  
Claudine Jacques, adjointe à la présidente-directrice générale — Qualité, performance, évaluation, éthique, soutien et administration  
Julie Pelletier, adjointe à la présidente-directrice générale — Relations médias, communications et affaires juridiques  
Jean-Luc Imbeault, directeur des ressources financières, techniques et informationnelles  
Manon Laporte, directrice adjointe à la Direction de santé publique  
Jean Lemoyne, directeur des services professionnels et des services multidisciplinaires  
Luc Néron, directeur des soins infirmiers  
Caroline Sabourin, directrice des programmes sociaux  
Jean-Pierre Savary, directeur des ressources humaines

Les membres du conseil d'administration du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

#### **Rédaction**

Claudine Jacques, adjointe à la présidente-directrice générale — Qualité, performance, évaluation, éthique, soutien et administration

#### **Collaboratrice**

Julie Pelletier, adjointe à la présidente-directrice générale — Relations médias, communications et affaires juridiques

#### **Montage graphique, mise en page et révision linguistique**

Carolyn Grenon, adjointe administrative à la Direction générale  
Christiane Quessy, agente administrative à la Direction générale

Le présent document peut être consulté à la section *Publications* du site Internet du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, dont l'adresse est : <http://www.crsssbaiejames.gouv.qc.ca>. Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Le genre masculin utilisé désigne aussi bien les hommes que les femmes, lorsque le sens le justifie, et n'est utilisé qu'aux fins d'alléger le texte.

## TABLE DES MATIÈRES

MOT DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION .....	7
PRÉSENTATION DE LA RÉGION SOCIO SANITAIRE DU NORD-DU-QUÉBEC (RÉGION 10) .....	9
LES RAISONS DE LA RÉVISION DU PLAN D'ORGANISATION .....	11
MISSION, VALEURS, VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS.....	12
L'ÉNONCÉ DE LA MISSION.....	12
LES VALEURS .....	12
LA VISION STRATÉGIQUE : LE VRAI NORD.....	13
LES PRINCIPES DIRECTEURS .....	14
LES MEILLEURES PRATIQUES .....	14
1. COLLABORER À DES PROJETS COMMUNS ET EN ÊTRE IMPUTABLES ENSEMBLE .....	15
2. INCLURE LE PATIENT ET SES PROCHES EN TANT QUE PARTENAIRES DE SOINS.....	18
3. VERS UNE CULTURE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA PERFORMANCE : PRENDRE LA PLEINE CONSCIENCE DES PROCESSUS CLINIQUES ET ADMINISTRATIFS POUR EN ASSURER LA MAÎTRISE ET BIEN SERVIR. ....	20
STRUCTURE ORGANISATIONNELLE.....	23
LE MODÈLE ORGANISATIONNEL DU CRSSS DE LA BAIE-JAMES.....	23
LA STRUCTURE DE GESTION STRATÉGIQUE DU RÉSEAU SOCIO SANITAIRE .....	25
Le conseil d'administration .....	26
Sa compétence .....	26
Sa composition .....	26
Ses pouvoirs et ses obligations .....	27
Les comités et les conseils consultatifs .....	28
Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services .....	29
Le médecin examinateur.....	29
LA DIRECTION GÉNÉRALE.....	29
Le président-directeur général .....	29
Les relations médias, les communications et les affaires juridiques.....	32
La qualité, performance, évaluation, éthique, soutien et administration .....	33
Les responsables de sites .....	35
Les mandats et responsabilités des directions.....	35
Les directions cliniques .....	36
Les directions de soutien .....	37
Direction de santé publique .....	37
Direction des programmes sociaux.....	39
Direction des soins infirmiers .....	41
Direction des services professionnels et des services multidisciplinaires.....	43
Direction des ressources humaines.....	45
Direction des ressources financières, techniques et informationnelles.....	46
LES MÉCANISMES DE COORDINATION ORGANISATIONNELLE .....	50
Comité de direction (CODIR) .....	52
Rendez-vous des gestionnaires.....	53

Comité de coordination clinique régional (CCCR) .....	53
Comité de cogestion clinico-administrative et médicale (CCCAM) .....	54
Comité des responsables de sites et de la continuité des opérations (CRSCO) .....	54
Comité de gestion des risques et de la qualité (CGRQ) .....	55
Table régionale en prévention des infections (TRPI) .....	55
Comité de prévention des chutes (CPC) .....	56
Comité interdisciplinaire sur les activités pharmaceutiques (CIAP) .....	56
Comité d'éthique clinique (CEQ) .....	57
Comité de direction élargi en sécurité civile et mesures d'urgence (CODIR élargi SCMU) .....	57
Comité de gestion en santé publique (CGSP) .....	59
Comité de coordination des programmes sociaux (CCSS) .....	60
Comité de gestion en soins infirmiers (CGSI) .....	60
Comité de gestion de la direction des services professionnels et des services multidisciplinaires (CGDSPSM) .....	60
Comité tactique de la direction des ressources humaines (CTDRH) .....	61
Comité paritaire en santé et sécurité au travail (CPSST) .....	62
Comité de gestion de la direction des ressources financières, techniques et informationnelles (CGDRFTI) .....	62
Comité de coordination des ressources informationnelles (CCRI) .....	63
Comité de priorisation des équipements médicaux et médicaux spécialisés (CPEMMS) .....	64
Comité de planification immobilière (CPI) .....	64
Comité d'uniformisation et d'utilisation des fournitures médicales (CUUFM) .....	65

## MOT DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

C'est avec bienveillance et fierté que ce document vous est présenté. Il est le reflet du nouveau plan d'organisation effectif au 1<sup>er</sup> avril 2016, et qui résulte d'une démarche de réflexion profonde entamée en 2014. En effet, des rencontres avec chacune des directions ont recueilli les préoccupations, réflexions et analyses et surtout les pistes de solutions à l'égard d'une structure organisationnelle qui a pour mission d'offrir des services de santé et des services sociaux « *adaptés et à valeur ajoutée pour notre population* ».

Cette vision représente notre Vrai Nord, c'est-à-dire un système de gestion qui s'aligne sur les dimensions de qualité-sécurité, d'accessibilité-continuité et d'utilisation efficiente des ressources. Le pilotage de l'organisation à partir de ces dimensions, représente notre vision de la performance dans l'offre de services en santé et services sociaux et tout autant nos défis. C'est pourquoi ce plan d'organisation revoit les rôles et responsabilités des directions et des instances de coordination pour mieux collaborer à ce pilotage vers la performance, et ce, dans un contexte où les besoins de la population abondent et que les ressources pour y répondre sont limitées.

La recherche de l'équilibre de ces dimensions invite à revoir nos valeurs, nos principes directeurs ainsi que nos pratiques de gestion. Ce document exprime la vision stratégique du Vrai Nord qui anime le conseil d'administration et la haute direction dans la poursuite de l'amélioration continue en termes de *leadership* et de gouvernance. Par exemple, l'approche partenaire de soins, la cogestion médicale et administrative et le recours à des outils de gestion intégrée de la performance sont en cours d'implantation et constituent les approches collaboratives de ce plan d'organisation.

Conscients qu'une réorganisation touche des individus, elle s'est faite de façon transitoire dans un objectif de bienveillance. Chaque gestionnaire fut rencontré individuellement pour présenter le nouvel organigramme et leur signifier les attentes à l'égard d'une collaboration renouvelée. De même, une tournée auprès des équipes des centres de santé, a eu pour objectif de recueillir leurs préoccupations et leurs conditions de succès. Les commentaires des équipes montrent qu'ils ont vécu en douceur les changements engendrés par le nouvel organigramme. Un point statutaire aux rencontres du comité de direction permettait de travailler ensemble les divers lots de travail nous assurant de vivre une transition harmonieuse. De plus, des mesures par ateliers et sondages auprès des gestionnaires, incluant les Rendez-vous des gestionnaires, ont permis de considérer leurs préoccupations. Enfin, des rencontres de suivi de gestion avec chaque direction ont aussi été l'occasion d'entendre et d'apprécier les réalités vécues.

Depuis l'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2016, le plan d'organisation fut apprécié dans sa mise en œuvre et ce document témoigne de ce nouveau fonctionnement. Un récapitulatif s'impose afin d'énoncer les éléments de clarification et/ou d'évaluation qui ont été complétés et en quelque sorte de célébrer nos bons coups :

- ▲ Révision du registre de postes de tous les employés;
- ▲ Élaboration des descriptions de fonctions des responsables de sites;
- ▲ Mises sur pied de nouveaux comités de coordination avec leurs mandats définis;
- ▲ Modification des liens hiérarchiques et fonctionnels pour des liens de collaboration;
- ▲ Mise à jour des descriptions de fonctions de tous les gestionnaires;
- ▲ Révision de la réglementation modifiant les rôles et responsabilités;
- ▲ Découpage financier selon le nouvel organigramme;
- ▲ Implantation des salles de pilotage et des stations visuelles.

Ce plan d'organisation est en lien étroit avec les responsabilités qui nous sont confiées dans le contexte de changements majeurs du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Cette intégration des

structures, vécue ailleurs au Québec, ne visait pas notre établissement puisque la fusion des établissements était effective depuis de nombreuses années. Fort de notre expérience, ce plan d'organisation ressemble davantage au modèle québécois proposé où l'ensemble des missions sont réunies sous une même gouverne. De par ses mandats et ces fonctions, ce plan d'organisation se colle, autant que faire se peut, aux lignes hiérarchiques, aux responsabilités et aux mécanismes de coordination du réseau. Le document y précise donc la structure administrative interne ainsi que les mécanismes de coordination permettant l'atteinte du « *Collectivement performants* ».

En conclusion, ce plan d'organisation se veut utile pour la réalisation de notre mission, fidèle aux principes directeurs ainsi qu'à la vision et aux valeurs de notre établissement. Nous avons l'intime conviction que cette nouvelle structure et le sens qui est y rattaché servira à nous unir et à travailler ensemble au profit d'une population plus en santé.

Madame Nathalie Boisvert  
Présidente-directrice générale,

Monsieur Denis Lemoyne  
Président du conseil d'administration



## L'ORGANISATION

Le réseau sociosanitaire québécois a connu une refonte majeure au 1<sup>er</sup> avril 2015 en abolissant les agences et en intégrant les établissements selon des territoires de services. Étant donné que le CRSSS de la Baie-James avait procédé jadis à l'intégration de ces services, il fut exclu de cette loi. En effet, le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (CRSSS de la Baie-James) est issu de la fusion de cinq établissements de santé de la région sociosanitaire 10, Nord-du-Québec, et ce, depuis 1996. De plus, en 1999, ce nouvel établissement a aussi intégré la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nord-du-Québec, devenant à l'époque le seul établissement du Québec à comprendre dans sa mission globale des responsabilités d'agence de la santé et des services sociaux (ASSS). Le CRSSS de la Baie-James est l'unique établissement basé dans la région sociosanitaire du Nord-du-Québec et offrant des services de santé et des services sociaux à la population.

Toutefois, suivant une logique d'harmonisation des structures et des mécanismes de coordination, le CRSSS de la Baie-James a profité de cette réforme pour revoir son plan d'organisation. Il va sans dire que ce changement en profondeur visait avant tout la transformation du réseau pour plus d'accessibilité et d'efficacité. En ce sens, notre établissement s'inscrit dans cette même volonté d'amélioration : *collectivement performants pour des soins et des services adaptés et à valeur ajoutée pour notre population*.

Le réseau de services de santé et de services sociaux a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. Il vise plus particulièrement à :

- 1° Réduire la mortalité due aux maladies et aux traumatismes ainsi que la morbidité, les incapacités physiques et les handicaps;
- 2° Agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion;
- 3° Favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes;
- 4° Favoriser la protection de la santé publique;
- 5° Favoriser l'adaptation ou la réadaptation des personnes, leur intégration ou leur réintégration sociale;
- 6° Diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes;
- 7° Atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions.

On retrouve, au sein de l'établissement, les missions de :

- ▲ ASSS (art. 530.45 et 340 à 396);
- ▲ Centre local de services communautaires (CLSC) (art. 80);
- ▲ Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) (art. 81 et 85);
- ▲ Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (art. 83);
- ▲ Centre de réadaptation (CR) externe, pour les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED), pour personnes alcooliques et autres personnes toxicomanes (art. 84 et 86).

En plus du centre administratif situé à Chibougamau, le CRSSS de la Baie-James compte une installation physique dans chacune de ces communautés permettant de desservir la population :

▲ Chapais	Centre de santé René-Ricard
▲ Chibougamau	Centre de santé de Chibougamau
▲ Lebel-sur-Quévillon	Centre de santé Lebel
▲ Matagami	Centre de santé Isle-Dieu
▲ Radisson	Centre de santé de Radisson

Le CRSSS de la Baie-James dessert également les localités de Valcanton et Villebois en ce qui concerne le financement des soins, des services et des organismes communautaires. Les volets de prévention et de promotion de la santé et l'offre de services sont assurés par entente de services avec le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (antérieurement connu sous l'appellation Centre de santé et de services sociaux [CSSS] des Aurores-Boréales de La Sarre). Une infirmière de milieu et une travailleuse sociale professionnelle œuvrent dans ces localités depuis 2004. D'autres professionnels de la santé et des services sociaux peuvent également répondre aux besoins de ce secteur.

La mission des centres jeunesse (CJ) est endossée historiquement par les régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean, région 02, pour le secteur est (Chibougamau et Chapais) et celle de l'Abitibi-Témiscamingue, région 08, pour le secteur ouest (Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Radisson), par ententes de services signées avec les centres intégrés de santé et de services sociaux de ces deux régions.

Tel qu'il est établi dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), notre établissement peut signer une entente avec une autre région en ce qui a trait à l'exercice du mandat légal confié à une direction de santé publique (DSP). Cette entente est signée avec le CISSS des Laurentides, région 15, depuis 1997. C'est le directeur de santé publique de ce CISSS qui est responsable de cette direction, incluant les mandats de l'équipe de notre établissement, et de ses activités pour notre région.

Il est important de mentionner également l'organisation particulière du secteur de la santé au travail dans notre région, assumée par deux directions de santé publique différentes. Ainsi historiquement, la DSP du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean assure les services pour l'est, tandis que ceux de Lebel-sur-Quévillon et Matagami sont couverts par la DSP du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Toutefois, des travaux sont menés afin de clarifier la responsabilité de ce secteur d'activité entourant la desserte, l'organisation et le budget. Depuis 2007, notre établissement fait partie de deux territoires du réseau universitaire intégré de santé (RUIS), soit le RUIS-Laval (Québec) et le RUIS-McGill (Montréal). Nul doute que ceci favorise la concertation, la complémentarité, l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de santé ayant une désignation universitaire et des universités auxquelles est affilié notre établissement.

- ▲ Chapais et Chibougamau par le RUIS-Laval (Québec);
- ▲ Lebel-sur-Quévillon, Matagami, Radisson par le RUIS-McGill (Montréal);
- ▲ La population crie est desservie par le RUIS-McGill (Montréal).

Le CRSSS de la Baie-James offre tous les services de première ligne du réseau de la santé, de même que certains services de deuxième ligne. Selon la taille du centre de santé et donc de l'équipe en place, cette offre est modulée. Par exemple, à Chibougamau l'offre de services est la plus étendue et à Radisson, la plus restreinte. L'éloignement oblige le CRSSS de la Baie-James à conclure des ententes avec d'autres régions pour assurer l'ensemble des services à la population.

## LES RAISONS DE LA RÉVISION DU PLAN D'ORGANISATION

Comme énoncé en introduction, l'occasion de la réforme du réseau fut une occasion de revoir le plan d'organisation du CRSSS de la Baie-James. De plus, les défis d'amélioration de la santé de la population, de la desserte du territoire et de la vision de la performance sont au cœur des enjeux auxquels l'organisation doit se réinventer pour y répondre le plus adéquatement possible. Les raisons suivantes expriment les changements souhaités avec la réorganisation.

### ***Notre engagement à l'égard de la responsabilité populationnelle et des services de proximité***

La difficulté d'assurer une présence régulière d'un gestionnaire de la haute direction dans chacune des installations tant pour le personnel que pour les citoyens a orienté ce plan d'organisation, afin que :

- ▲ La responsabilité populationnelle assumée par le président-directeur général soit partagée avec le gestionnaire désigné comme responsable de site pour chacune des installations de l'établissement; ainsi que la personne assurant le lien avec la communauté à Radisson;
- ▲ L'amélioration des liens de collaboration et de la dynamique locale pour nos partenaires avec un responsable de site ou son équivalent à Radisson soit plus claire, directe et fluide.

### ***Notre volonté d'être toujours plus cohérent, intégré et imputable***

Certaines zones grises vécues sur le plan des responsabilités et de l'imputabilité dans certains secteurs ou dossiers ont permis de faire cheminer ce plan d'organisation, afin que :

- ▲ L'emphasis et l'importance de la haute direction portent sur des directions cliniques;
- ▲ La coordination des services dans les centres de santé et sur le territoire soit davantage à la verticale et qu'ils travaillent en collaboration sur des trajectoires de clientèle;
- ▲ La responsabilité et l'imputabilité des directions à l'égard de leurs services reposent sur des attentes claires, partagées et respectées;
- ▲ Nos représentants aux instances nationales soient légitimés de participer aux divers mécanismes de coordination.

### ***Notre bienveillance à l'égard du personnel pour une structure harmonisée avec le reste du Québec***

Suivant les valeurs organisationnelles de bienveillance et de respect, de collaboration et de partenariat, de cohérence et de compétence, ce plan d'organisation mise sur :

- ▲ Le profil de compétences de chacun;
- ▲ Le respect de l'ensemble du décret des conditions de travail des cadres dans le nouvel organigramme puisqu'il n'y a aucune mise à pied;
- ▲ Une volonté de répondre aux cibles ministérielles fixées pour 2017 soit une réduction des effectifs par attrition et qui fixe l'organigramme à 33,6 ETC cadres;
- ▲ Des nominations et pour d'autres le *statu quo* avec, dans certains cas, un réaménagement des tâches fondé sur l'efficience et l'efficacité;
- ▲ Un organigramme cohérent et harmonisé à ceux des autres établissements du Québec.

## **L'ÉNONCÉ DE LA MISSION**

***Améliorer et maintenir la santé et le bien-être de la population de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec, en offrant une gamme de services sécuritaires la plus complète, notamment des services de surveillance, de protection, de promotion, de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement, ainsi que certains services spécialisés.***

D'un point de vue légal, en plus d'exercer les fonctions propres aux missions des centres qu'il exploite, le CRSSS de la Baie-James exerce les responsabilités d'une agence de santé et de services sociaux et est réputé agir comme une agence (L.R.Q., c. S-4.2). Il endosse les responsabilités prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour chacune des missions énoncées aux lettres patentes et au permis d'exploitation de l'établissement :

- ▲ Agence (articles : 340 à 396 et 530.45);
- ▲ Centre local de services communautaires (CLSC) (article : 80);
- ▲ Centre hospitalier de soins généraux et spécialistes (articles : 81 et 85);
- ▲ Centre d'hébergement et de soins de longue durée (article : 83)
- ▲ Centre de réadaptation (externe) pour personnes souffrant de déficience de troubles envahissants du développement (TED), de déficience intellectuelle (DI), pour personnes alcooliques et toxicomanes (article : 84).

## **LES VALEURS**

### **Bienveillance et respect**

La bienveillance met en évidence le sentiment de considération et d'humanisme à l'égard des personnes et des organisations avec lesquelles nous transigeons. Elle est une disposition d'esprit amenant à la compréhension et à l'indulgence. Le respect, c'est agir avec déférence, faire preuve de courtoisie, de bienveillance, d'écoute, de discrétion et de professionnalisme. Sur le plan de la gestion, la bienveillance place les valeurs humaines au-dessus de toutes les autres valeurs et au cœur de nos décisions. La bienveillance c'est également prendre le temps d'expliquer les orientations, les décisions et de s'assurer de leur compréhension. C'est mettre en place des mécanismes permettant la rétroaction.

### **Collaboration et partenariat**

La collaboration et le partenariat mettent en valeur l'importance du travail d'équipe qui doit guider les actions de l'ensemble du personnel, puisque nous sommes tous interdépendants. Cette valeur encourage les comportements d'entraide et de partage d'information et exprime notre manière d'être entre nous, avec tous nos partenaires communautaires et socioéconomiques, et surtout l'usager (approche partenaire de soins). Cette valeur reconnaît aussi l'apport essentiel de l'ensemble des personnes dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Dans son application, cette valeur requiert aussi de la flexibilité à l'égard de notre responsabilité populationnelle : services de proximité, continuums de services, etc.

### **Cohérence**

La cohérence met en lumière l'importance de rester alignés sur la mission et la vision stratégique de l'établissement dans le respect des orientations nationales et des besoins de la population. Cette valeur recherche constamment une unité dans les actions et les efforts déployés visant la performance, soit l'atteinte

des objectifs sociosanitaires de notre Vrai Nord. Cette valeur s'appuie sur les liens étroits et la compréhension commune qui doivent exister au sein du personnel de tous les secteurs autour des orientations et objectifs poursuivis par l'organisation.

La cohérence s'appuie sur la pérennité des actions et des décisions prises, tout en s'adaptant aux changements. Elle incite à la persévérance et à la transparence de l'ensemble des intervenants dans la réalisation des choix convenus et partagés.

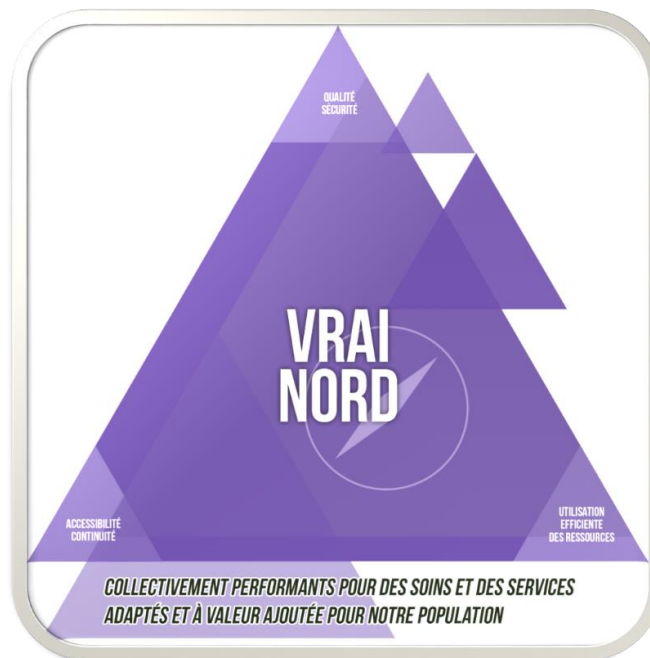
### **Compétence**

La compétence valorise la qualité et la sécurité des services que nous offrons aux citoyens et à nos partenaires. La compétence est une valeur où chaque employé s'acquitte de sa tâche avec professionnalisme et met à contribution ses connaissances et ses habiletés dans l'atteinte des résultats visés. Elle requiert également la valorisation de l'expérience-patient au cœur des interventions visant l'amélioration de la santé. Cette valeur encourage la performance et la rigueur au regard des objectifs poursuivis et de l'utilisation optimale des ressources disponibles. Elle remet en question les façons de faire pour accroître la valeur ajoutée des interventions. La compétence, c'est aussi favoriser le développement professionnel et personnel des employés de notre réseau.

### **LA VISION STRATÉGIQUE : LE VRAI NORD**

Comme le révèle la figure ci-dessous, la vision stratégique du Vrai Nord se traduit comme suit :

***Collectivement performants pour des soins et des services  
adaptés et à valeur ajoutée pour notre population***



Le **Vrai Nord** se veut l'équilibre à atteindre entre trois dimensions. Cette vision de performance prend appui sur trois axes stratégiques que nous souhaitons réaliser à l'aide de ce plan d'organisation.

1. **Qualité-sécurité** : C'est améliorer la santé par une offre globale de services sécuritaires et de qualité, incluant une action sur les déterminants de la santé, afin de réduire les risques, l'incidence et la prévalence des problèmes de santé au sein de la population;
2. **Accessibilité-continuité** : C'est améliorer l'expérience personnelle de soins des individus et de leurs proches, par une intégration appropriée des soins et des services à travers des continuums d'interventions interdisciplinaires, où les personnes participent activement à leur prise en charge;
3. **Utilisation efficiente des ressources** : C'est éliminer les divers gaspillages en impliquant les ressources humaines dans l'optimisation des ressources financières, technologiques et informationnelles consenties afin d'appuyer efficacement la prestation de services.

Les cinq autres triangles représentent les cinq installations jamésiennes présentes dans les communautés de Chapais, Chibougamau, Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Radisson. Par ententes de services, le CRSSS de la Baie-James dessert également les localités de Valcanton et Villebois. Les surfaces différentes des triangles rappellent notre respect des réalités locales dans l'adaptation des services, répondant aux mêmes standards.

La couleur mauve symbolise la courtoisie et l'harmonie. Mélange de bleu et de rouge, elle associe action réfléchie et lucidité, passion et intelligence.

Enfin, la boussole montre la direction d'un chemin et aide à mesurer la bonne voie. Elle permet de rester fidèle à nos valeurs d'organisation et confirme une culture de mesure.

## **LES PRINCIPES DIRECTEURS**

Pour chaque décision à prendre et geste à poser en fonction du Vrai Nord, nos principes directeurs guident tout autant les administrateurs, les membres du personnel et les médecins, peu importe leur rôle.

- ▲ Le maintien des services de proximité à l'égard de notre responsabilité populationnelle;
- ▲ Une révision nécessaire de nos processus et une volonté de s'améliorer en continu;
- ▲ Un *leadership* clinique renouvelé et une gouvernance imputable;
- ▲ La recherche de l'équilibre de toutes les dimensions de la performance;
- ▲ L'obligation de se comparer aux meilleurs.

## **LES MEILLEURES PRATIQUES**

La recherche d'équilibre entre toutes les dimensions de la performance du Vrai Nord doit miser sur un plan d'organisation qui met à l'avant-plan les meilleures pratiques. Certains critères de performance de la gestion des organisations ressortent comme étant essentiels à la réussite de la vision du changement souhaitée. Une collaboration renouvelée qui interpelle différemment l'apport des directions, des médecins et des usagers ainsi que la révision de nos processus est au cœur des meilleures pratiques. Trois pratiques sont ici présentées, elles réfèrent à l'imputabilité entourant la cogestion des trajectoires clientèle, la valorisation du patient-partenaire et enfin la mise en œuvre d'un système de gestion intégrée de l'amélioration continue de la performance.

## 1. COLLABORER À DES PROJETS COMMUNS ET EN ÊTRE IMPUTABLES ENSEMBLE

Ce nouveau plan d'organisation prend appui sur les objectifs de la transformation attendue du réseau sociosanitaire québécois que sont :

- ▲ Une meilleure coordination des services;
- ▲ Une meilleure accessibilité des patients à l'ensemble des services sociaux et de santé, notamment pour les personnes vulnérables;
- ▲ Un plus vaste éventail de ressources accessibles à la population de chaque région sociosanitaire;
- ▲ Une meilleure circulation de l'information du dossier d'un patient lorsque les soins requièrent l'intervention de plusieurs points de services d'une même région, ayant également pour effet d'éviter de refaire des tests et des examens déjà réalisés en amont.

Dans notre cas, la fusion des entités administratives, ce qu'on appelle la transition, est chose du passé (réduction du nombre de paliers; réduction du nombre de cadres, du nombre de conseils d'administration, etc.).

Depuis cette fusion, le CRSSS de la Baie-James a beaucoup évolué dans l'harmonisation de ces programmes-services (orientations communes, respect des standards d'accessibilité, de continuité et de qualité, partage de connaissances, formation continue, etc.) et sa responsabilité populationnelle (développement d'ententes de services, collaboration intersectorielle, etc.). Les gains obtenus nous amènent maintenant vers un leadership collaboratif et une meilleure cogestion médicale.

*Un leadership collaboratif pour des trajectoires de services centrés sur les usagers*

Un des défis de ce plan d'organisation est de travailler dans un mode de gestion matriciel. L'organigramme de l'établissement nous confine à une gestion selon une logique verticale, mais il nous invite à nous coordonner selon une logique horizontale; en fonction de trajectoires clientèle dans lesquelles toutes les directions sont interpellées.

*Pour accroître leur performance ou mieux répondre aux besoins de leurs clients, les organisations contemporaines recentrent leurs efforts autour d'une amélioration de leurs processus d'affaires et remettent en question leur organisation du travail traditionnellement fondée sur des structures verticales à caractère fonctionnel. (HEC Montréal)*

Ainsi, pour assurer la réussite de ce plan d'organisation, ce plan propose une intégration horizontale, qui passe de la hiérarchisation (1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne) à l'interprogramme, l'interdirection, l'interniveau. L'utilisation des matrices de cohérence et des salles de pilotage sont au service de l'alignement des priorités, de la clarté des objectifs, des rôles mieux définis (responsables et collaborateurs), de cibles communes, de projets collectifs, etc.

Pour mieux comprendre cette philosophie de gestion, on parle désormais de trajectoires de services clientèle. L'usager ne consomme pas des soins et des services en fonction des programmes-services du ministère, l'usager consomme en fonction de son état clinique et socioéconomique. Une trajectoire de service se caractérise par un ensemble d'activités d'évaluation, de traitement et de suivi, pour une famille homogène de problèmes de santé en utilisant les soins primaires (médecins et professionnels), les soins ambulatoires spécialisés, les soins d'urgence, les soins aigus hospitaliers et les soins post-hospitaliers (soutien à domicile, réadaptation interne et externe, RPA, RI, CHSLD), peu importe le dispensateur (notre établissement ou un partenaire).

Ce plan d'organisation mise donc sur la collaboration des directions pour le déploiement des trajectoires de services optimales. L'optimisation des processus d'affaires est fondée sur les activités à valeur ajoutée pour



le client (accueil-diagnostic-intervention-suivi). Tous doivent adhérer à l'orientation clients/partenaires/résultats, et ce, à toutes les étapes, lesquelles incluent particulièrement les médecins.

#### *La cogestion médicale au service des usagers*

Trois pôles de gouvernance caractérisent ce plan d'organisation dans lesquelles les médecins y trouvent une place de choix. Ce plan donne autant d'importance stratégique et décisionnelle à la gouvernance clinique qu'à la gouvernance administrative.

- ▲ Administratif : fusion des missions, intégration des systèmes, des accréditations syndicales, etc. (comité de direction, comités de gestion des directions);
- ▲ Clinique : gestion et coordination des programmes-services (comité de coordination clinique régional);
- ▲ Médical : gestion médico-administrative (comité de cogestion clinico-administrative et médicale).

La notion de gestion médicale amène le principe de copropriété. Ainsi, chaque directeur est responsable d'une ou plusieurs trajectoires de services et doit y inclure un cogestionnaire médical. Les deux sont imputables et visent les mêmes résultats. La mise en commun de deux expertises : clinique et administrative avec des zones de coconstruction et d'influence est capitale pour l'amélioration de la qualité et du soutien à l'évolution des pratiques cliniques, ainsi que la performance du service.

L'organisation des services exige des adaptations continues et constantes afin de viser les meilleures pratiques. Ainsi, il est nécessaire que les différentes directions s'associent, lorsque requis, afin d'atteindre les objectifs sociosanitaires.

En effet, la population vieillissante, l'augmentation des cas de maladies chroniques, le nombre grandissant de personnes ayant des besoins complexes et multiples et les difficultés associées au recrutement des ressources humaines obligent des actions concertées. Une des stratégies les plus prometteuses pour être en mesure de répondre à ces défis est l'adoption d'une culture organisationnelle de collaboration interprofessionnelle<sup>1</sup>. Toutefois, il n'existe aucune définition de la collaboration qui fait l'unanimité auprès des divers groupes intéressés. LE RCPI (Réseau sur la collaboration interprofessionnelle) a défini un « continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux ». Ce continuum présente une vue d'ensemble des différentes pratiques de collaboration en y mettant en relation les divers concepts se rattachant à ce phénomène.

Quatre types de pratique de collaboration sont représentés sur ce continuum : la pratique en parallèle, la pratique par consultation/référence, la pratique de concertation et la pratique de soins et de services partagés. Le RCPI met également en évidence la pratique indépendante qui, contrairement aux autres pratiques, implique une seule dimension.

Les types de pratiques de collaboration sont non séquentiels et non hiérarchiques. Le choix d'une pratique se fait selon la situation. Le défi consiste à développer une facilité à « voyager » sur le continuum.

La pratique en parallèle n'implique que l'atteinte des objectifs des différentes directions. La pratique par consultation/référence est utilisée lorsque l'atteinte d'un objectif suppose que d'autres directions soient informées afin que les actions soient cohérentes ou pour bénéficier d'une autre expertise. La pratique de concertation repose sur l'intention de planifier et surtout d'organiser l'offre de soins et de services. L'intention de concertation implique une interdépendance sur le plan de la coordination des actions. La pratique de soins et de services partagés comprend un engagement formel dans une prise de décision partagée entre les

---

<sup>1</sup> Voir annexe X pour une définition de la collaboration interprofessionnelle.



parties et l'atteinte d'objectif commun. Le degré de complexité exige une harmonisation des points de vue pour assurer une vision commune et un partage solidaire des responsabilités liées aux décisions.

Bien que la pertinence de la collaboration soit partagée par tous, sa pratique ne va pas nécessairement de soi. Par conséquent, des compétences spécifiques sont requises. À ce propos, le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé propose un référentiel de compétences qu'un « bon collaborateur » doit détenir.

Ce référentiel inclut deux domaines : la *communication interprofessionnelle* et les *soins et services centrés sur la personne, ses proches et la communauté* qui appuie quatre domaines de compétences centrales : la clarification des rôles, le travail d'équipe, le *leadership* collaboratif et la résolution de conflits interprofessionnels.



Au moment où le plan d'organisation prenait son ancrage, la Direction générale s'est engagée à la mise en place d'une salle de pilotage stratégique qui se décline en salle de pilotage pour chacune des directions. La salle de pilotage est un lieu de choix pour faire le point sur la performance actuelle et engager des discussions afin d'améliorer la performance future. Elle a comme objectif la mise à contribution de tous les acteurs à la performance organisationnelle, ainsi qu'un accès direct et constant aux informations ce qui permet une collaboration plus étroite et un plus grand investissement de tous.

Chacune des directions est responsable d'atteindre la mission de l'organisation, qui est d'améliorer et maintenir la santé et le bien-être de la population. Bien que chacune ait ses propres responsabilités, les actions doivent souvent être soutenues par plus d'une direction. Du point de vue opérationnel, il arrive fréquemment que des gestionnaires et autres ressources humaines participent à des projets communs. La collaboration devient alors incontournable.

Cette collaboration entre directions présente certains enjeux concernant le partage des responsabilités et des ressources. Il est important d'avoir une approche centrée sur les solutions et de chercher des solutions qui nous appartiennent.

Lorsque la participation d'une autre direction est requise, il est important d'adresser une demande de collaboration et non de dicter un engagement. Cette demande doit se traduire de manière à susciter une mobilisation. La direction propriétaire doit signaler clairement son besoin. Les collaborateurs doivent s'assurer de bien comprendre la demande et chercher des solutions afin d'offrir l'aide demandée. Ils doivent établir des stratégies et des modes de collaboration en fonction du projet et des résultats recherchés.

Concrètement, une direction peut avoir besoin de l'expertise d'une ressource d'une autre direction afin de réaliser un mandat précis. Afin d'être efficaces quant aux collaborations à établir, les décisions concernant la libération des ressources et les mécanismes de collaboration relèvent des directeurs. Par la suite, les communications s'effectuent entre les personnes concernées. Il est important que la direction responsable et propriétaire de la trajectoire soit le *leader* de la démarche, des orientations et des moyens à mettre en œuvre afin d'atteindre les objectifs. En cas d'absence d'une ressource, il revient aux directions concernées par les programmes offerts de trouver conjointement des solutions afin d'assurer la continuité des services.

En conclusion, la performance de l'organisation sera optimisée par un engagement collectif de collaborer aux démarches d'amélioration continue de la qualité des services. Pour ce faire, les directeurs et les gestionnaires doivent :









- ▲ Définir les résultats à atteindre et cibler des objectifs en fonction des priorités organisationnelles;
- ▲ Déterminer les activités, prévoir les étapes et les circonscrire dans un calendrier;
- ▲ Répartir les responsabilités entre les différents acteurs;
- ▲ Considérer les risques et les contraintes pouvant influencer sur la réalisation des opérations ou du projet;
- ▲ Communiquer aux parties concernées les objectifs du plan d'action ou du projet et les informer régulièrement de son état d'avancement;
- ▲ Mettre en place des mécanismes de suivi et d'évaluation continue.

## **2. INCLURE LE PATIENT ET SES PROCHES EN TANT QUE PARTENAIRES DE SOINS**

La performance de notre Vrai Nord dans toutes ses dimensions doit d'abord être clinique; elle doit ajouter de la valeur à l'expérience-client.

De toujours, les « services centrés sur l'utilisateur et la famille » ont été présents et ont guidé les interventions. Notre organisation a longtemps misé sur l'approche-client et la satisfaction de la clientèle. Les tendances actuelles nous interpellent à faire le virage du « faire pour » vers le « faire avec »; il s'agit d'un changement important de paradigme. Le CRSSS de la Baie-James adhère à ce virage qui s'inscrit dans ses valeurs organisationnelles puisque la compétence et la collaboration de l'utilisateur y sont reconnues. Dans cette optique, Agrément Canada a même reformulé les dimensions du Cadre conceptuel de gestion de la qualité selon qu'il s'agit d'un utilisateur qui s'exprime. Les services centrés sur l'utilisateur et la famille représentent désormais un standard d'excellence auquel des normes se rattachent.

#### Dimensions

-  **Accent sur la population:** Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.
  -  **Accessibilité:** Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.
  -  **Sécurité:** Assurez ma sécurité.
  -  **Milieu de travail:** Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.
  -  **Services centrés sur l'utilisateur:** Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.
  -  **Continuité:** Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.
  -  **Pertinence:** Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.
  -  **Efficience:** Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.
- 

L'implication des usagers peut se réaliser de différentes façons et à différents niveaux. Il est alors intéressant de faire la différence entre « avec l'apport de » et « en collaboration avec ». On doit bien sûr impliquer tous les usagers dans l'élaboration de leur plan de soins/intervention, chercher à connaître leur opinion au moyen de sondage et éventuellement les inclure dans nos instances de planification et d'organisation de services.

En effet, les « services centrés sur l'utilisateur et la famille » constituent une approche et une norme qui orientent tous les aspects de la planification, de la prestation et de l'évaluation des services. L'accent est toujours mis sur la création et l'entretien de partenariats mutuellement bénéfiques parmi les membres de l'équipe et les usagers et familles qu'ils desservent.

La prestation de services centrés sur l'utilisateur et la famille se traduit par un travail effectué en collaboration avec les usagers et leurs familles de manière à offrir des soins respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, qui répondent à leurs besoins et qui correspondent à leurs valeurs, leurs antécédents culturels et leurs croyances, ainsi qu'à leurs préférences (adapté de l'Institute for Patient-and Family-Centered Care [IPFCC] 2008 et du ministère de la Santé de la Saskatchewan 2011 p. 1).

Les prestataires de soins intègrent les usagers et les familles par les actions suivantes :

- ▲ Mobiliser les usagers et les familles pour qu'ils comprennent qu'ils doivent prendre activement part à leurs soins;
- ▲ Respecter le choix des usagers pour qu'ils puissent participer aux soins autant qu'ils le souhaitent;
- ▲ Surveiller et évaluer les services et la qualité avec l'apport des usagers et des familles;
- ▲ Concevoir les services en collaboration avec les prestataires de soins et les usagers;
- ▲ Inclure des représentants des usagers et des familles au sein des groupes consultatifs et de planification;

- ▲ Inclure des usagers et des familles à l'équipe de soins collaborative;
- ▲ Établir des partenariats avec les usagers pour la planification, l'évaluation et la prestation de leurs soins.

D'autre part, le thème du « patient-partenaire » est souvent utilisé dans cette approche. Il s'agit de la « participation active des personnes utilisatrices des services et des membres de l'entourage » et qui va au-delà du partage d'un vécu. D'autres moyens de consultation peuvent prendre forme auprès des usagers. Il est aussi important de noter que tous les usagers n'agiront pas comme patient-partenaire.

Les conditions gagnantes pour l'implantation de cette approche sont :

- ▲ *Leadership* de la haute direction;
- ▲ Sensibilisation du personnel;
- ▲ Implication financière;
- ▲ Recrutement des usagers/proches;
- ▲ Formation des usagers/proches sur leurs rôles et responsabilités;
- ▲ Évaluation du processus de participation/consultation;
- ▲ Diffusion des résultats/retombées;
- ▲ Pérennité.

En lien avec cette approche renouvelée des services centrés sur l'utilisateur et sa famille, ce plan d'organisation mise non seulement sur les directions cliniques mais aussi sur le soutien des directions-ressources et de la Direction générale. De plus, il mise sur plusieurs mécanismes de coordination (comités interdisciplinaires) pour faciliter le cheminement des usagers dans les diverses trajectoires.

### **3. VERS UNE CULTURE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA PERFORMANCE : PRENDRE LA PLEINE CONSCIENCE DES PROCESSUS CLINIQUES ET ADMINISTRATIFS POUR EN ASSURER LA MAÎTRISE ET BIEN SERVIR.**

Dans le but d'« Être collectivement performants pour des soins et des services adaptés et à valeur ajoutée pour notre population », le CRSSS de la Baie-James a également adopté une approche de gestion orientée vers l'amélioration continue de la performance. Cette approche managériale propose un ensemble intégré de principes, de pratiques, de techniques et d'outils afin de revoir nos processus cliniques et administratifs, permettant de générer des améliorations à la performance de l'organisation.

Au-delà des compétences exigées, il nous faut nous habiliter à prendre conscience des processus en place, maîtriser de nouveaux processus à améliorer et enfin, se dépasser et servir ensemble. C'est grâce à une démarche collective que la « création de valeur » sera d'autant plus porteuse de sens et efficace.

#### *Prendre conscience de nos processus*

En prenant conscience de ce qui guide notre agir (ex. : portrait de la population, mission, vision, valeurs, enjeux régionaux, objectifs organisationnels, approche de gestion d'amélioration continue, etc.), ceci développe la volonté de l'établissement d'assumer sa responsabilité d'améliorer le bien-être de la population, tout en maintenant active sa volonté d'investir dans le bien-être de ses employés.

Cette démarche met en lumière le fait que le CRSSS de la Baie-James est une personne morale, avec ses spécificités nordiques et qui œuvre sur les mêmes préoccupations que le réseau québécois, soit la qualité-sécurité, l'accessibilité-continuité des services et l'utilisation optimale des ressources (Vrai Nord).

En abordant le présent de manière attentive par des indicateurs et des méthodes éprouvées d'analyse (ex. : tableau de bord de gestion, *Kaizen*), les processus habituels sont ainsi revus par des modes systématiques de traitement de l'information (ex. : 5 pourquoi, Diagramme d'*Ishikawa*, 80/20, etc.) L'amélioration continue repose sur la volonté d'améliorer l'aide à la décision, implique la créativité des gens (ex. : *brainstorming*) et cherche à éliminer les gaspillages pour lesquels il n'y a pas de valeur ajoutée pour le client (ex. : Approche solution, 5S, *kanban*, etc.).

À l'aide de plusieurs outils normalisés (ex. : tableau de bord de gestion, trajectoires clientèle, etc.), nous souhaitons prendre pleinement conscience des processus à améliorer. La révision des processus qui structurent les trajectoires des usagers dans les continuums de soins et de services offerts par le CRSSS de la Baie-James, permet de développer la prise de conscience de nos automatismes dans lesquels se cachent des habitudes, des façons de faire qui se sont enracinées avec le temps et qui méritent d'être révisées. Des démarches structurées (ex. : cartographie de processus et chaînes de valeur) permettent de développer la capacité d'une organisation de se connaître avec précision, et de se projeter dans l'idéal.

### Maîtriser les nouveaux processus

Pour le CRSSS de la Baie-James, améliorer les processus exige de voir autrement. Tout comme l'on souhaite approfondir une nouvelle discipline, cette volonté d'amélioration continue demande que l'on s'exerce quotidiennement et surtout selon un intérêt commun. Cela nécessite une approche systémique (ex. : planifier, réaliser, vérifier, agir, DMAIC, roue de Deming, etc.) destinée à améliorer les processus, afin qu'ils soient centrés principalement sur « l'expérience client ».

Maîtriser les nouveaux processus exige une présence soutenue sur le terrain (ex. : *Gemba*), démontrer une grande ouverture sur ce que les autres ont à nous révéler (ex. : sondages auprès de la population, du personnel, des partenaires) et être à l'écoute des besoins. De même, il nous faut tenir compte de paramètres qui nous poussent vers l'excellence (ex. : normes d'agrément, meilleures pratiques, standards ministériels, etc.) et permettre de reconfigurer, à chaque niveau, la manière dont l'organisation actualise les processus de travail dans un souci d'amélioration continue (ex. : *Poka Yoké*, flux tiré, standardisation, etc.).

Pour maîtriser les nouveaux processus que l'on croit plus performants, il nous faut choisir et prioriser des actions alignées avec notre Vrai Nord et produire les conditions gagnantes à cette maîtrise des processus en place (ex. : salle de pilotage, matrice de cohérence, rôles et responsabilités bien définies). L'implication du personnel, des médecins et des partenaires dans des solutions facilement actualisables doit aussi se faire dans le dialogue (ex. : Stations visuelles, *kata* d'animation, canevas d'ententes, etc.).

Enfin, la pleine mesure des expériences positives (ex. : apprentissage, bons coups) est nécessaire pour en apprécier la valeur, la portée et l'efficacité.

### Se dépasser et bien servir

Le système de gestion intégrée de la performance fait également la promotion des valeurs promues dans l'organisation que sont la bienveillance et le respect, la collaboration et le partenariat, la cohérence et la compétence. Ainsi, par la mise en chantier de projets communs (ex. : Fiche d'avant-projet, coffre à outils) destinés à mieux servir la clientèle, l'organisation devient alors un réseau d'équipes efficaces et imputables qui travaillent ensemble dans des continuums.

Les outils d'amélioration privilégiés dans notre approche (ex. : salles de pilotage, matrices de cohérence, *Kaizen*, A3, GANTT, etc.) permettent de développer concrètement des liens de collaboration et de confiance qui vont au-delà des responsabilités propres aux directions. Revoir les processus afin qu'ils soient à valeur ajoutée prédispose à développer un *leadership* transformationnel favorisant l'amélioration de l'efficacité et de la productivité des équipes dans des trajectoires clientèle.

En somme, le CRSSS de la Baie-James désire, par sa philosophie de gestion, mobiliser son personnel, ses médecins et ses partenaires vers une amélioration continue de la qualité et de la performance pour et avec nos usagers et la population. Ainsi, les outils et techniques proposés ont davantage de sens pour chacun, favorisant ainsi la mobilisation et la motivation de tout un chacun.



 CENTRE RÉGIONAL  
DE SANTÉ ET DE  
SERVICES SOCIAUX  
DE LA BAIE-JAMES 





## **LA STRUCTURE DE GESTION STRATÉGIQUE DU RÉSEAU SOCIO SANITAIRE**

Ce plan d'organisation fournit une description sommaire des responsabilités de chaque entité relative à cette structure à deux paliers qui assurent la gouvernance du réseau. Conformément à ce que l'on retrouve sur le site du ministère, les principales responsabilités du ministre et des établissements se dictent comme suit, malgré le fait que le CRSSS de la Baie-James ne soit pas un CISSS, il doit en assumer les mêmes responsabilités.

### **Responsabilités du ministère de la Santé et des Services sociaux**

- ▲ Réguler et coordonner l'ensemble du système de santé et de services sociaux;
- ▲ Déterminer les orientations en matière de santé et de bien-être et les standards relatifs à l'organisation des services ainsi qu'à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières du réseau et veiller à leur application;
- ▲ Exercer les fonctions nationales de santé publique (surveillance de l'état de santé, promotion de la santé et du bien-être, prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes, protection de la santé);
- ▲ Assurer la coordination interrégionale des services;
- ▲ S'assurer que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels;
- ▲ Répartir équitablement les ressources financières, humaines et matérielles et voir au contrôle de leur utilisation;
- ▲ Évaluer, pour l'ensemble du réseau, les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés, dans une perspective d'amélioration de la performance du système.

### **Responsabilités dévolues à tous les établissements de la santé et des services sociaux**

- ▲ Offrir des services de santé et des services sociaux de qualité, qui sont accessibles, continus, sécuritaires et respectueux des droits des personnes;
- ▲ S'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes;
- ▲ Répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières mises à leur disposition, en tenant compte des particularités de la population qu'ils desservent et s'assurer de l'utilisation économique et efficiente de celles-ci;
- ▲ Réaliser des activités d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention lorsque ces établissements ont une vocation universitaire;
- ▲ Réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du ministère en fonction de ses attentes.

### **Responsabilités particulières dévolues aux centres intégrés (incluant le CRSSS de la Baie-James)**

- ▲ S'assurer de la participation de la population à la gestion du réseau;
- ▲ Planifier et coordonner les services à offrir à la population de leur territoire selon les orientations ministérielles, les besoins de la population et les réalités territoriales;
- ▲ Mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;

- ▲ Assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de leur territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables;
- ▲ Établir les corridors de services régionaux ou interrégionaux requis et conclure des ententes avec les établissements et les autres partenaires de leur réseau territorial de services (RTS) pour répondre aux besoins de la population;
- ▲ Assurer le développement et le bon fonctionnement des réseaux locaux de services (RLS) de leur territoire;
- ▲ Accorder les subventions aux organismes communautaires et attribuer les allocations financières aux ressources privées concernées.

## LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

### Sa compétence

Un conseil d'administration est formé pour administrer un établissement qui exploite un centre hospitalier, un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation, entre autres.

Le conseil d'administration gère, au sens de « administre », les affaires du CRSSS de la Baie-James et exerce tous les pouvoirs que lui confère la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4-2, articles : 119 à 128, 129 à 133.1 et 405 à 430).

### Sa composition

En juin 2011, des amendements à la [Loi sur les services de santé et les services sociaux](#) (L.R.Q. S-4.2) ont amené des changements à la composition du conseil d'administration. Depuis le 1<sup>er</sup> février 2012, le conseil est constitué comme suit (art. 129 et 530.62) :

- ▲ Deux personnes indépendantes élues par la population;
- ▲ Deux personnes désignées par et parmi les membres du comité des usagers;
- ▲ Une personne désignée par les conseils d'administration des fondations;
- ▲ Quatre personnes issues de la communauté interne :
  - Une personne désignée par et parmi les membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
  - Une personne désignée par et parmi les membres du Conseil des infirmières et infirmiers;
  - Une personne désignée par et parmi les membres du Conseil multidisciplinaire et des personnes réputées en faire partie;
  - Une personne désignée par et parmi le personnel qui n'est pas membre de l'un de ces conseils;
- ▲ Deux personnes indépendantes nommées par le ministre de la Santé et des Services sociaux;
- ▲ Six personnes indépendantes cooptées par les autres membres du conseil d'administration. Une de ces personnes doit être choisie à partir d'une liste de noms fournie par les organismes communautaires;
- ▲ Le président-directeur général.

## Ses pouvoirs et ses obligations

Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie. Le conseil d'administration :

- ▲ Identifie les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de sa région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population, et des particularités sous régionales et socioéconomiques de la région, et élabore des orientations à cet égard;
- ▲ Établit les priorités portant sur les besoins de santé, tant physique que psychique, et les besoins sociaux à satisfaire, sur les clientèles à desservir et sur les services à offrir, et les orientations, et voit à leur respect. Ces priorités doivent tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles et socioéconomiques des usagers, des groupes et de la population, ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières disponibles;
- ▲ S'assure de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés;
- ▲ S'assure du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes;
- ▲ S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines;
- ▲ Adopte annuellement un plan d'action pour le développement du personnel;
- ▲ S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles et de leur répartition équitable dans la région;
- ▲ Nomme les cadres supérieurs;
- ▲ Nomme le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, qui agit sous son autorité;
- ▲ Désigne le médecin examinateur responsable du traitement des plaintes concernant un médecin, dentiste, pharmacien ou résident, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
- ▲ Nomme les médecins et les dentistes, leur attribue un statut, leur accorde des privilèges et prévoit les obligations qui y sont rattachées;
- ▲ Nomme les pharmaciens et leur attribue un statut, le cas échéant;
- ▲ Détermine le budget annuel et alloue les ressources financières à l'établissement à l'intérieur des différentes enveloppes de crédits déterminées par le ministre, ainsi qu'aux ressources intermédiaires qui sont rattachées à l'établissement;
- ▲ Forme et désigne les membres du comité de vérification;
- ▲ Nomme le vérificateur externe et adopte les états financiers;
- ▲ Détermine les politiques générales du CRSSS de la Baie-James;
- ▲ Établit le plan d'organisation du CRSSS de la Baie-James;
- ▲ Édicte tout règlement nécessaire à la conduite de ses affaires et à l'exercice de ses responsabilités ainsi que sur toute matière déterminée par la loi;

- ▲ Approuve, le cas échéant, les règlements adoptés par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le conseil des infirmières et infirmiers et le conseil multidisciplinaire;
- ▲ Crée un comité de vigilance et de la qualité, responsable d'assurer auprès du conseil le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen;
- ▲ Crée, par règlement, les conseils et comités nécessaires à la poursuite de ses fins et détermine leur composition, leurs fonctions, devoirs et pouvoirs, les modalités d'administration de leurs affaires et les règlements de leur régie interne;
- ▲ Tient, au moins une fois par année, une séance publique d'information à laquelle est invitée à participer la population;
- ▲ Adopte un code d'éthique indiquant les droits des usagers et les pratiques et conduites attendues des employés, des stagiaires et des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement, à l'endroit des usagers;
- ▲ Obtient les autorisations requises par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et nécessaires aux fins des activités de l'établissement;
- ▲ Transmet au ministre tout document, rapport ou toutes données statistiques ou autres renseignements que l'établissement doit lui transmettre en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et des règlements.

### **Les comités et les conseils consultatifs**

Les comités et les conseils consultatifs sont ceux définis dans le règlement de régie interne adopté par le conseil d'administration en janvier 2014. Ils sont presque tous prescrits par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, cependant certains sont facultatifs et viennent enrichir la gouvernance du CRSSS de la Baie-James. Pour un aperçu de leurs mandats, compositions et autres modalités, le lecteur est invité à consulter le Règlement de régie interne (2.02) disponible sur le site Internet de l'établissement.

- ▲ Comité exécutif
- ▲ Comité administratif
- ▲ Comité de gouvernance et d'éthique
- ▲ Comité de vérification
- ▲ Comité des usagers
- ▲ Comité de révision des plaintes
- ▲ Comité d'évaluation des mesures disciplinaires
- ▲ Comité de vigilance et de qualité
- ▲ Comité d'allocations des crédits
- ▲ Comité sur les ressources humaines
- ▲ Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- ▲ Conseil des infirmiers et infirmières
- ▲ Conseil multidisciplinaire

## **Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services**

Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services est nommé par le conseil d'administration. Il relève directement de cette instance et doit exercer ses fonctions exclusivement. Il agit selon le cas, à titre de commissaire local ou de commissaire régional en fonction des dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S 4.2).

Le commissaire est seul responsable de l'application de la procédure d'examen des plaintes. Il exerce exclusivement les fonctions prévues aux articles 33 et 66 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, dont celle d'intervenir de sa propre initiative suivant les conditions prévues au paragraphe 7° de l'article 33.

Le commissaire doit recevoir la plainte lorsque celle-ci est formulée par ou pour un usager et qu'elle porte sur les services prévus à l'article 1 du Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers du CRSSS de la Baie-James, sauf s'il s'agit d'une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident, qui exerce sa profession au sein d'un organisme, d'une société ou d'une personne visée à l'article 34 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

De même, le commissaire doit recevoir la plainte lorsque celle-ci est formulée par toute personne autorisée par la Loi et qu'elle porte sur les services décrits à l'article 60 de ladite Loi.

Le commissaire doit prêter assistance ou s'assurer que soit prêtée assistance à l'usager ou à son représentant pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche relative à celle-ci, y compris lorsque sa plainte chemine jusqu'au comité de révision.

Le commissaire doit informer l'usager de la possibilité d'être assisté et accompagné par l'organisme d'assistance et d'accompagnement de la région, de même que du droit qu'il a d'être assisté et accompagné de la personne de son choix.

## **Le médecin examinateur**

Pour l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident, le conseil d'administration de l'établissement désigne le médecin examinateur, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S 4.2, article : 42).

Le médecin examinateur exerce les fonctions reliées à l'application de la procédure d'examen des plaintes des usagers, ainsi qu'une plainte formulée par toute autre personne qu'un usager ou son représentant, et ce, en conformité à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2, article : 44).

C'est le président-directeur général qui assume le pilotage stratégique de l'organisation, afin d'assurer la cohésion entre l'interne et l'externe et faciliter l'atteinte des résultats. Pour le soutenir, le plan d'organisation prévoit la création de directions qui possèdent des mandats spécifiques en lien avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux et autres lois applicables. Ces mandats sont décrits après ceux du président-directeur général. Aussi, pour faciliter la coordination des trajectoires de soins et services et assurer une cogestion médicale et administrative, divers comités sont présentés dans ce plan avec leurs mandats respectifs.

## **LA DIRECTION GÉNÉRALE**

### **Le président-directeur général**

Nommé par le ministre, le président-directeur général est responsable envers le ministre de la Santé et des Services sociaux et le conseil d'administration, de voir au bon fonctionnement général de l'établissement

(L.R.Q., c. S-4.2, article : 530.72.1). Le président-directeur général a comme mandat de planifier, administrer, diriger, coordonner et contrôler les activités du CRSSS de la Baie-James en vue de l'atteinte des objectifs généraux déterminés par le ministre et le conseil d'administration, et guider l'utilisation des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles allouées à l'établissement (L.R.Q., c. S-4.2, article : 413.1). Il assure la gestion courante des activités et des ressources et s'assure que la coordination et la surveillance de l'activité clinique exercée dans l'établissement soient effectuées. Il rend compte de sa gestion au ministre et au conseil d'administration.

Le président-directeur général participe au comité de gestion du réseau (CGR) du ministère. Ainsi, il doit entre autres :

- ▲ Contribuer à la détermination des orientations et des politiques de santé et de services sociaux et à la mise en œuvre du Programme national de santé publique;
- ▲ Contribuer à la conception des politiques et orientations relatives à la main-d'œuvre du réseau, suivre son application et en faire l'évaluation pour sa région;
- ▲ Contribuer à l'élaboration des cadres de gestion des ressources humaines, matérielles et financières et voir à leur application dans sa région;
- ▲ Contribuer à la coordination interrégionale des services de santé et des services sociaux;
- ▲ Transmettre toutes les informations requises par le ministre concernant son établissement et les projets de réorganisation administrative envisagés par ce dernier.

Le président-directeur général doit :

- ▲ Exercer le leadership de la direction et exercer les activités de la fonction agence et de la fonction établissement, tout en assurant les liens avec le ministère, l'établissement et les partenaires institutionnels;
- ▲ Établir les plans d'organisation des services par programme-services; assurer leur harmonisation et leur intégration avec les services à rendre à la population; les mettre en œuvre et évaluer leur efficacité; établir les plans d'effectifs médicaux;
- ▲ Assurer la cohésion des travaux, des avis et des recommandations des différents conseils professionnels, collaborer à leurs travaux;
- ▲ Élaborer et soumettre à l'approbation du ministre ou du conseil d'administration de l'établissement et les transmettre au ministre :
  - L'entente de gestion et d'imputabilité;
  - Les priorités de santé et de bien-être;
  - Le plan de répartition annuelle des crédits;
  - Le plan d'action de santé publique;
  - Les plans d'effectifs médicaux;
  - Les prévisions budgétaires de l'établissement;
  - Les rapports périodiques relatifs à l'utilisation du budget et au fonctionnement de l'établissement.
- ▲ Nommer les cadres intermédiaires;

- ▲ Élaborer et soumettre à l'approbation du ministre ou du conseil d'administration de l'établissement, selon les indications inscrites dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les orientations, les politiques, les cadres de gestion et s'assurer de leur mise en application et faire rapport à l'instance visée en ce qui concerne les matières suivantes : l'exercice des pouvoirs d'enquête et de surveillance;
- ▲ La nomination et le renouvellement de nomination des médecins, dentistes et pharmaciens;
- ▲ Les avis relatifs à la nomination des cadres supérieurs;
- ▲ L'approbation et les avis relatifs au permis d'exploitation;
- ▲ L'allocation régionale des ressources;
- ▲ L'allocation des ressources aux organismes communautaires;
- ▲ L'agrément de certaines ressources privées aux fins d'allocation des ressources;
- ▲ Voir à la gestion et à la coordination des fonds affectés et du fonds d'activités régionalisées;
- ▲ S'assurer du respect de l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministère;
- ▲ La préparation du rapport annuel de gestion et du rapport annuel d'activités;
- ▲ Agir comme porte-parole;
- ▲ S'assurer de la participation et du respect du processus de consultation de la population et s'assurer du respect des droits des usagers;
- ▲ S'assurer de la mise en place des processus d'amélioration continue de la qualité et de la satisfaction des usagers;
- ▲ Assurer les liens avec le conseil d'administration en veillant : à l'exécution des décisions du conseil d'administration et en s'assurant que soit transmise à ce dernier toute l'information qu'il requiert ou qui lui est nécessaire pour assumer ses responsabilités;
- ▲ Assurer la cohésion des travaux et recommandations des différents comités du conseil d'administration, notamment, le conseil des infirmiers et infirmières, le conseil multidisciplinaire et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
- ▲ Assurer la coordination stratégique des mesures d'urgence;
- ▲ Le président-directeur général est responsable du respect de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A 2.1), de la documentation et des relations avec la communauté, ce qui inclut les communications, l'évaluation de la qualité et de l'accès aux services;
- ▲ Enfin, il est désigné responsable du plan régional en matière de développement nordique.

Le président-directeur général soutient les comités relevant du conseil d'administration que sont :

- ▲ Comité exécutif;
- ▲ Comité de vigilance et de qualité;
- ▲ Comité des usagers;

- ▲ Comité de gouvernance et d'éthique;
- ▲ Comité d'évaluation des mesures disciplinaires;
- ▲ Comité de révision.

## **Les relations médias, les communications et les affaires juridiques**

La Direction générale — Relations médias, communications et affaires juridiques est responsable de la planification, l'organisation et l'évaluation de l'ensemble des activités en matière de communications internes et externes, en relations publiques de l'établissement et en matière de relations avec la population. La direction assure aussi les responsabilités inhérentes aux affaires juridiques de l'organisation.

La Direction générale exerce un rôle stratégique en matière de communications et de relations publiques. Elle reçoit et traite les demandes en provenance des médias et des instances politiques avec les directions concernées. Elle conçoit et produit les différents outils nécessaires aux communications publiques. Elle assume le soutien aux événements corporatifs, produit et révisé le plan de communication externe.

En soutien à la gouvernance, la Direction générale coordonne les travaux du conseil d'administration. Elle développe et actualise des mécanismes de transmission de l'information et favorise des relations efficaces avec les collaborateurs et les différents partenaires de l'organisation. Elle doit faire connaître à la population la mission ainsi que l'ensemble de l'offre de services de l'établissement. Elle doit favoriser, auprès des publics externes, la confiance dans la qualité des soins et services dispensés et elle doit évaluer la perception et les attentes de la population à cet égard. Auprès des publics internes, elle contribue par ses actions de communications à leur participation et à leur engagement à la mission de l'organisation.

La Direction générale effectue une veille stratégique. À cette fin et en collaboration avec le comité de direction, elle établit les liens entre les différents dossiers et soutient une vision globale, identifie les opportunités ou les problématiques potentielles en communications; assure l'arrimage avec la direction des communications du ministère.

La Direction générale fait la promotion et s'assure du respect de l'image de l'organisation. Pour ce faire, elle applique la Politique de communication. Elle définit, en collaboration avec le comité de direction, les objectifs et les programmes d'information et de communication à l'interne et à l'externe. À l'externe, la Direction générale participe, conjointement avec l'équipe de direction, à informer la population sur sa santé et ses déterminants et à faire connaître les ressources et services disponibles et la mission de l'établissement. Elle soutient les différentes directions dans la définition d'objectifs de communication, la réalisation de moyens et d'activités de communication en rapport avec l'information et la promotion relatives aux services disponibles pour la clientèle et la population.

Elle favorise l'image positive d'efficacité et de fiabilité de même que la crédibilité de l'organisation, elle saisit les opportunités de mises en candidatures pour différents prix et est responsable de transmettre l'information sur les différentes annonces montrant l'efficacité organisationnelle et l'expertise, elle développe et actualise des mécanismes de transmission de l'information et favorise des relations efficaces avec les collaborateurs et les partenaires de l'organisation.

À l'interne, la Direction générale, conjointement avec le comité de direction, participe à ce que les membres du personnel et les médecins aient une bonne compréhension de l'ensemble du réseau local de services, du rôle de l'établissement et des services offerts et qu'ils en deviennent les meilleurs ambassadeurs. Pour ce faire, et en collaboration avec le comité de direction, elle met en œuvre et réalise divers moyens et mécanismes de communications (états de situation, volet communication en situation de mesures d'urgence ou de sinistre).



La Direction générale est mandataire de l'Office québécois de la langue française pour l'organisation. Elle est également responsable de l'application de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et la protection des renseignements personnels et peut assurer les réponses et les suivis des demandes adressées à l'établissement.

Elle assure le soutien régional de l'organisation en cette matière en plus de recevoir et traiter l'ensemble des demandes d'accès aux documents d'ordre administratif.

Dans le volet gestion documentaire, la Direction générale a le mandat d'implanter la gestion documentaire et en assurer le suivi au sein de l'établissement, en vertu de la Loi sur les archives (L.R.Q., c. A-21.1) et de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1). Elle doit constituer, appliquer, maintenir, opérationnaliser et mettre à jour un calendrier de conservation, de manière à prévoir les délais de conservation et de destruction des documents, tant ceux sous format papier qu'en version électronique.

Enfin, de façon plus spécifique, la Direction générale est responsable de :

- ▲ Faire le lien entre la direction des communications du ministère et l'établissement pour échanger sur les relations avec les médias, les enjeux de communications majeurs, sur la coordination des communications et des sorties publiques sur le Web, sur le Programme d'identification visuelle, sur les campagnes sociétales, sur la diffusion de l'information, etc.;
- ▲ En vertu de l'article 182.10 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Direction générale doit mettre à la disposition de la population un site Web en lien avec les services offerts à la population du territoire;
- ▲ Est responsable du processus de désignation des membres du conseil d'administration;
- ▲ Est responsable des communications et des renseignements aux citoyens;
- ▲ Est responsable de la formation des membres du conseil d'administration;
- ▲ Est responsable de la coordination régionale des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux;
- ▲ Est responsable de la mise à jour de l'application concernant les renseignements du conseil d'administration;
- ▲ Est responsable de la mise à jour du règlement de régie interne et du code d'éthique pour les administrateurs.

### **La qualité, performance, évaluation, éthique, soutien et administration**

La Direction générale — Qualité, performance, évaluation, éthique, soutien et administration a comme principal mandat d'assister le président-directeur général dans la gestion du système de la santé et des services sociaux dans la région sociosanitaire du Nord-du-Québec. Elle opère une succession d'étapes allant de la planification jusqu'à la reddition de comptes. La Direction générale vise l'amélioration du fonctionnement de l'organisation et l'évaluation de la performance qui contribuent à procurer un éclairage utile à la gestion.

Conformément au plan stratégique pluriannuel visé à l'article 346.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Direction générale détermine, en collaboration avec les directions, les engagements et rend compte de l'atteinte des objectifs cliniques et administratifs régionalisés par le biais de l'entente de gestion et d'imputabilité. Elle élabore, développe, produit et met à jour le suivi de l'information nécessaire, et

ce, selon les délais prescrits à la préparation des rapports annuels et périodiques pertinents pour les différentes instances, incluant divers tableaux de bord de gestion de performance de l'établissement.

La Direction générale positionne stratégiquement la gouverne de la qualité et de la gestion des risques au sein de l'établissement en jouant un rôle transversal auprès des directions. Elle est responsable de sa promotion et de son application. Elle est responsable d'évaluer les mécanismes de gestion des risques dans le cadre de la prestation sécuritaire des soins et des services, de développer des méthodes d'identification des risques d'accident et d'apporter le soutien nécessaire aux gestionnaires pour l'implantation et la mise en œuvre de programmes ou de politiques dans leurs services. Elle veille à l'évolution des pratiques cliniques transversales, soit le processus d'Agrément, l'interdisciplinarité et l'expérience-patient en collaboration avec les directions. Elle conseille et coordonne les activités du CRSSS de la Baie-James dans son obligation légale de s'assurer d'une prestation sécuritaire de soins et de services sociaux (déclaration d'incidents-accidents, registre, obligation de divulgation). Elle veille à la gestion des risques au sein des comités pertinents de l'organisation. Elle doit voir à la mise en place, ou s'assurer que soient mis en place, les programmes d'amélioration de la qualité des services et de mécanismes de gestion de la qualité. Elle est également responsable du code d'éthique et du bon fonctionnement du comité d'éthique clinique, selon la réglementation en vigueur.

La Direction générale soutient le comité régional des usagers, afin qu'il puisse remplir adéquatement ses principales obligations telles que définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et le plan d'organisation de l'établissement. Le comité des usagers doit intégrer les comités des résidents.

Par ailleurs, la Direction générale soutient le comité de vigilance et de la qualité afin qu'il puisse remplir ses principales obligations telles que définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que par le plan d'organisation de l'établissement.

Le volet prestation sécuritaire des soins et des services concerne aussi la responsabilité de rendre opérationnel le comité de gestion des risques et de la qualité, afin qu'il puisse remplir adéquatement ses principales obligations telles que définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et le plan d'organisation de l'établissement. La Direction générale est responsable de la mise en œuvre des plans d'amélioration prescrits par les organismes d'agrément, de l'élaboration de tableaux de bord afin d'identifier les forces, les défis et les recommandations. Elle revoit l'organisation de la gestion des risques afin de s'assurer que le comité de gestion des risques soit alimenté par les réalités de toutes les missions de l'établissement, les programmes-services et les installations. La Direction générale est également responsable du suivi des divulgations découlant de la Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics. De plus, elle participe à la mise en place d'une procédure de suivi des rapports d'intervention du Protecteur du citoyen auprès des établissements.

La Direction générale encadre l'ensemble des activités de soutien à la performance, de gestion de l'information et d'évaluation de programmes, et ce, afin de développer un système d'évaluation intégrée de la performance et une culture d'amélioration continue au sein de l'établissement. La Direction générale favorise les liens inter programmes et exerce un *leadership* mobilisateur dans la gestion du portefeuille de projets. La direction exerce un rôle d'encadrement hiérarchique sur son équipe et un rôle de soutien auprès des autres directions mandatées de collaborer avec elle.

La Direction générale coordonne des processus administratifs complexes qui s'inscrivent dans la gestion clinique et administrative de l'établissement. Elle détermine des stratégies de gestion, élabore des politiques organisationnelles, administre des programmes et gère les ressources consenties. L'approche patient-partenaire et la responsabilité populationnelle et clientèle sont aussi au cœur de tous les processus afin d'améliorer l'accès, la continuité et la fluidité des services.

Ainsi, la direction est responsable d'évaluer et de confirmer le soutien financier aux organismes communautaires de la région, offrir le soutien et l'information nécessaires aux organismes, notamment par le

biais de rencontres avec les représentants du milieu communautaire. Elle est responsable du comité consultatif sur la reconnaissance et le financement des organismes communautaires.

Elle est responsable de coordonner l'élaboration du Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de l'établissement et d'agir à titre de secrétaire du comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise. La direction est responsable du dossier des communautés culturelles et doit s'assurer que les mécanismes de liaison avec les communautés non conventionnées se continuent afin de répondre aux engagements du Québec, au regard de la continuité des services, dont la clientèle autochtone en milieu urbain. Elle est responsable de l'harmonisation des dénominations de l'établissement et des installations et de la mise à jour de leur permis d'exploitation.

### **Les responsables de sites**

En plus de sa fonction régulière, la personne désignée responsable de site<sup>2</sup> est l'interlocutrice de première ligne et privilégiée du CRSSS de la Baie-James pour la communauté et constitue le maillon principal de cohérence entre le niveau local et l'ensemble de l'organisation. Ce gestionnaire désigné responsable de site relève du président-directeur général dans cette fonction, dans ce sens, elle l'informe de toutes situations pouvant avoir des enjeux particuliers avec la clientèle ou les partenaires. Elle collabore avec les directions dans le respect des voies hiérarchiques et des mécanismes de communication et de coordination convenus.

Afin d'actualiser notre responsabilité populationnelle en termes d'objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services pour la santé et le bien-être de la population, la personne désignée responsable de site doit créer et entretenir des liens avec la communauté.

La personne désignée responsable de site possède un rôle de vigie dans la transmission de la vision et des valeurs organisationnelles de bienveillance, de collaboration, de cohérence et de compétence au sein de l'installation. Elle participe à susciter l'adhésion et à instaurer un climat propice à l'actualisation des orientations de l'établissement de par les activités du centre de santé.

En cogestion avec les directions, la personne désignée responsable de site contribue à la réalisation des mandats confiés dans la gestion des ressources techniques de l'établissement. Elle concourt à l'application et à la révision des modes de fonctionnement de l'installation. La personne désignée responsable de site est chargée de l'orientation de la clientèle, la surveillance et l'entretien du site.

### **LES MANDATS ET RESPONSABILITÉS DES DIRECTIONS**

Avant de présenter spécifiquement les mandats et responsabilités de chacune des directions, un certain tronc commun les unit. Toutes sont assujetties aux mandats confiés par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2).

Les directions cliniques et de soutien doivent toutes :

- ▲ Assumer le rôle et les responsabilités que leur confère la Loi en lien avec leurs responsabilités;
- ▲ Planifier, organiser, mettre en œuvre et évaluer, dans notre région, les orientations et les politiques ministérielles et organisationnelles sous leurs responsabilités;
- ▲ Contribuer à la réalisation de la mission de l'établissement, à la mise en place d'une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, notamment, des services de prévention,

---

<sup>2</sup> À Radisson, cette personne est désignée comme agente de liaison avec la communauté, puisqu'il ne s'agit pas d'un gestionnaire.

d'évaluation/dépistage, de diagnostic, de traitement, de réadaptation et de soutien, et contribuer à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans notre réseau;

- ▲ Conseiller sur les responsabilités en matière d'organisation, d'accessibilité et de qualité des soins et des services pour l'ensemble de la région;
- ▲ Veiller à ce que les services offerts soient accessibles, adéquats et de qualité;
- ▲ Gérer les risques et l'appréciation de la qualité des services sous la responsabilité de leur direction;
- ▲ Élaborer et appliquer les programmes d'amélioration continue de la qualité des soins et services, s'assurer de l'utilisation d'instruments d'évaluation de la qualité des soins et services conformes aux normes professionnelles en vigueur, de l'élaboration de plan d'action découlant de l'analyse des résultats et du suivi du processus d'amélioration continue de la qualité des soins;
- ▲ Assurer la distribution appropriée des ressources dans l'établissement;
- ▲ Planifier, coordonner et évaluer les soins et services en fonction des besoins de l'établissement;
- ▲ Gérer les ressources humaines, matérielles, informationnelles et financières sous leur gouverne.

En ce sens, des comportements de gestion sont attendus pour l'ensemble des gestionnaires. Ces attentes sont exprimées de différentes façons dans les descriptions de fonction. Au cœur des pratiques de gestion privilégiées dans notre changement de culture, nous retrouvons des thèmes clés pour lesquels chaque gestionnaire, qu'il soit cadre intermédiaire ou cadre supérieur, se voit confier des responsabilités générales à l'égard de ses services et programmes, soit :

- ▲ Responsabilités de gestion stratégique et organisationnelle;
- ▲ Responsabilités de gestion de la performance;
- ▲ Responsabilités de gestion des ressources humaines;
- ▲ Responsabilités de gestion des ressources financières, matérielles, techniques et des actifs informationnels;
- ▲ Responsabilités de gestion des communications;
- ▲ Responsabilités de gestion des partenariats;
- ▲ Responsabilités de gestion de l'enseignement;
- ▲ Responsabilités à l'égard de la sécurité des usagers;
- ▲ Responsabilités à l'égard de l'éthique au travail;
- ▲ Responsabilités d'amélioration continue des processus et des trajectoires clientèle.

### *Les directions cliniques*

Toutes les directions cliniques assument la responsabilité de positionner stratégiquement la gouverne des soins et services pour l'organisation, afin de permettre la réalisation des orientations et priorités retenues par l'établissement. Elles y parviennent en proposant les programmes, politiques, processus généraux de gestion, ainsi que la philosophie et les modèles conceptuels d'organisation des soins et services.

Les directions cliniques assument la mise en place et la vigie nécessaires afin d'assurer une évolution des pratiques cliniques transversales, basée sur les données probantes et par les consensus d'experts fournis par les instances accréditées. Les directions doivent veiller à ce que les personnes possèdent les connaissances et les compétences requises. Les directions s'assurent du développement et du rehaussement des pratiques professionnelles des intervenants selon l'évolution des besoins de la clientèle et en conformité avec les offres de services ministérielles.

Les directions cliniques s'assurent de l'efficacité des processus cliniques et de leur amélioration constante par une implication active au niveau de la révision des processus de travail, l'élaboration et l'implantation des règles et de standards, la détermination des profils de compétences adaptés aux clientèles desservies, de même qu'à l'application et au respect des normes professionnelles.

Les directions cliniques assurent la gestion, la coordination, le développement, le contrôle et l'évaluation des programmes et services pour les programmes reconnus par le ministère.

Les directions cliniques coordonnent l'activité professionnelle et scientifique du personnel en collaboration et en complémentarité avec les autres directions concernées.

Elles actualisent les priorités ministérielles et régionales reliées à la planification, la coordination, la continuité et l'accessibilité des programmes-services sous leur autorité. La mise en réseau de ces services et la mise en place des corridors de services en lien avec ces secteurs d'activité sont assurées par les directions cliniques.

#### *Les directions de soutien*

Les directions de soutien assurent la planification stratégique des ressources de l'établissement. Les directions de soutien proposent, pour soutenir la réalisation des projets cliniques et organisationnels, les valeurs et la philosophie devant prévaloir dans la gestion des ressources de l'établissement ainsi que les priorités, les stratégies, les programmes, les politiques et les processus généraux en matière de gestion des ressources basées sur les meilleures pratiques.

Ces directions travaillent en étroite collaboration avec les directions cliniques de l'établissement afin d'assurer la cohérence organisationnelle en matière de gestion des ressources, de développement des compétences et de développement organisationnel, et aussi, d'assurer le continuum auprès du ministère, dont elles sont les interlocutrices en ces matières.

Ces directions contribuent, par la mise en place de mécanismes en gestion des ressources, à l'atteinte des objectifs organisationnels. Elles définissent et orientent les enjeux organisationnels, les politiques et les procédures en matière de gestion des ressources auprès du comité de direction et des gestionnaires.

#### **Direction de santé publique**

Les mandats dévolus au directeur de santé publique sont définis par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), la Loi sur la santé publique (L.R.Q., c. S 2.2), la Loi sur la santé et la sécurité du travail (L.R.Q., c. S 2.1) et le Règlement sur la qualité de l'eau potable découlant de la Loi sur la qualité de l'environnement (L.R.Q., c. Q-2, r.40). Nommé par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur de santé publique assume une imputabilité professionnelle et personnelle en rapport avec ces différents mandats légaux. Il doit être un médecin spécialisé en santé communautaire, membre du Collège des médecins du Québec (L.R.Q., c. S-4.2, article : 372).

La Loi sur les services de santé et les services sociaux précise les principales responsabilités du directeur de santé publique (L.R.Q., c. S-4.2, article 373). Ainsi, il doit :

- ▲ Informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces. Par la suite, qu'il en suive l'évolution et, le cas échéant, faire les études et les recherches nécessaires à cette fin;
- ▲ Identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et assurer la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;
- ▲ Assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et conseiller l'établissement sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitables;
- ▲ Identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et lorsqu'il le juge approprié, prendre les mesures nécessaires pour favoriser cette action.

La Loi sur la santé publique (L.R.Q., c. S-2.2) vise, quant à elle, à soutenir les activités de santé publique par l'adoption, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, d'un programme national de santé publique, de même que l'adoption du plan d'action par notre établissement. Ce programme et ce plan d'action ont pour objet d'encadrer les quatre grandes fonctions de santé publique soit : la surveillance, la promotion de la santé, la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux et la protection de la santé de la population lorsque celle-ci est menacée par des agents biologiques, chimiques ou physiques susceptibles de causer des épidémies au sein de la population.

Le directeur de santé publique doit élaborer un plan de mobilisation des ressources du CRSSS de la Baie-James pour effectuer, si besoin, une enquête épidémiologique ou pour prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour protéger la santé de la population lorsqu'elle est menacée.

En matière de surveillance, le directeur de santé publique doit exercer une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants de façon à pouvoir :

- ▲ Dresser un portrait global de l'état de santé de la population;
- ▲ Observer les tendances et les variations temporelles et spatiales;
- ▲ Détecter les problèmes en émergence;
- ▲ Identifier les problèmes prioritaires;
- ▲ Élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population;
- ▲ Suivre l'évolution au sein de la population de certains problèmes spécifiques de santé et de leurs déterminants.

En matière de promotion de la santé et de prévention, le directeur de santé publique doit :

- ▲ Tenir des campagnes d'information et de sensibilisation auprès de la population;
- ▲ Favoriser et soutenir, auprès des professionnels de la santé, la pratique de soins préventifs;
- ▲ Identifier, au sein de la population, les situations comportant des risques pour la santé et les évaluer;
- ▲ Mettre en place des mécanismes de concertation entre les divers intervenants aptes à agir sur les situations pouvant présenter des problèmes de morbidité, d'incapacité et de mortalité évitables;

- ▲ Promouvoir la santé et l'adoption de politiques sociales et publiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population;
- ▲ Soutenir les actions qui favorisent, au sein d'une communauté, la création de milieux de vie favorables à la santé.

En matière de protection, le directeur de santé publique doit :

- ▲ Procéder à une enquête épidémiologique dans toute situation où il a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être.

La Direction de santé publique assure l'élaboration et la gestion des activités reliées au Programme national de santé publique (PNSP), comme implanté au CRSSS de la Baie-James. Elle voit à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du Plan d'action régional en santé publique. Elle développe des liens de collaboration avec plusieurs partenaires intersectoriels dans le but d'agir sur les déterminants de la santé.

En résumé, la Direction de santé publique est responsable de l'offre de services suivante :

- ▲ La surveillance de l'état de santé; la recherche et l'évaluation;
- ▲ Le développement social et l'organisation communautaire;
- ▲ La planification des naissances, la santé parentale et infantile, l'allaitement; le Programme canadien de nutrition prénatal;
- ▲ La santé scolaire et l'approche École en santé;
- ▲ La santé environnementale;
- ▲ La santé au travail;
- ▲ Les enquêtes épidémiologiques;
- ▲ L'immunisation et la santé des voyageurs;
- ▲ Les saines habitudes de vie, les centres d'abandon du tabagisme, le programme PIED;
- ▲ Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein;
- ▲ La santé dentaire et la sécurité alimentaire;
- ▲ Les mesures d'urgence en santé publique.

### **Direction des programmes sociaux**

La Direction des programmes sociaux a le mandat d'assurer le développement, l'élaboration et l'évaluation des politiques et programmes portant sur l'organisation et la qualité des programmes sociaux pour la région Nord-du-Québec. Elle favorise et simplifie l'accès aux services sociaux pour la population, contribue à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des services et accroît l'efficience et l'efficacité de notre réseau. De plus, elle intègre territorialement les soins et services sociaux par la mise en place de réseaux territoriaux de services sociaux visant à assurer des services de proximité et leur continuité. Elle s'assure également de trajectoires fluides pour la clientèle. Elle suit les grands chantiers de pertinence en collaboration avec l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) et le Centre d'excellence en Santé mentale (CESM) et en diffuse les résultats.

La Direction des programmes sociaux doit œuvrer dans le cadre des orientations ministérielles et gouvernementales ainsi que celle de l'établissement, et ce, en considération du cadre législatif, notamment celles qui s'ajoutent à son champ d'action :

- ▲ Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) (L.R.Q., P-34.1);
- ▲ Loi sur le système de justice pénale pour adolescent (LSJPA) (L.C. 2002 ch.1);
- ▲ Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q.c P-38.001);
- ▲ Loi sur le Curateur public (L.R.Q. c-81) et les régimes de protection visant à protéger les majeurs inaptes;
- ▲ Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (projet de loi 21 sanctionné en 2009).

La LPJ, la L.R.Q.c. P-38.001 et la Loi sur le Curateur public sont des lois d'exception par le fait qu'elles peuvent restreindre des libertés habituelles. Elles sont donc appliquées dans des situations particulières selon des normes rigoureuses.

La Direction des programmes sociaux est également responsable des volets suivants :

- ▲ Services sociaux généraux :
  - Services généraux offerts dans la communauté par les groupes de médecine familiale;
  - Plans d'action gouvernementaux en violence conjugale et en agression sexuelle;
  - Ententes régionales avec les partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux en égalité, dans une logique de responsabilité populationnelle et d'adaptation des services aux besoins des femmes et aux besoins des hommes;
  - Info-social.
- ▲ Santé mentale, dépendance et itinérance :
  - Plan de mise en œuvre du plan d'action en santé mentale;
  - Standards d'accessibilité, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience pour les services offerts en santé mentale et en dépendance;
  - Services pour les enfants de parents ayant des problèmes de santé mentale ou de dépendance;
  - Continuum d'hébergement pour les personnes utilisatrices de services en santé mentale et en dépendance;
  - Offre de service pouvant répondre aux besoins des personnes présentant des troubles concomitants;
  - Offre de service en santé mentale jeunesse et en dépendance jeunesse;
  - P-38.
- ▲ Déficience physique, Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme :
  - Programmes-services DP et DI-TSA;
  - Activités de transition qui vise à faciliter le passage entre les différentes étapes de vie;
  - Soutien à l'autonomie des personnes présentant une DI un TSA ou une DP;



- Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience;
- Programme national d'assistance ventilatoire à domicile et du programme national d'oxygénothérapie à domicile.

▲ Jeunes en difficulté et leur famille :

- Programme Jeunes en difficulté ainsi que du respect des standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience établi;
- Protection de la jeunesse, avec le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean pour la population de Chapais et de Chibougamau et le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue pour la population de Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Radisson;
- Entente de complémentarité « deux réseaux, un objectif » avec la Commission scolaire de la Baie-James;
- Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique.

▲ Soutien à l'autonomie des personnes âgées :

- Réseau de services intégrés pour le soutien à l'autonomie des personnes adultes (RSIPA);
- Approche adaptée à la personne âgée;
- Soutien à domicile;
- Continuum d'hébergement et qualité des milieux de vie (Ressources intermédiaires et CHSLD);
- Implantation des meilleures pratiques en CHSLD;
- Certification des résidences privées pour aînés;
- Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs;
- Niveau de soins alternatifs.

## **Direction des soins infirmiers**

La Direction des soins infirmiers assume les responsabilités légales en matière de contrôle de la qualité de l'activité professionnelle et du développement de la pratique professionnelle, et ce, pour l'ensemble des infirmières et infirmiers, infirmières et infirmiers auxiliaires, des préposées et préposés aux bénéficiaires et des inhalothérapeutes de l'établissement.

La Direction des soins infirmiers doit, pour l'établissement (L.R.Q., c. S-4.2, articles : 207 à 208) :

- ▲ Surveiller et contrôler la qualité des soins infirmiers dispensés dans l'établissement;
- ▲ Collaborer à la surveillance des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., c. I -8);
- ▲ S'assurer de l'élaboration de règles de soins infirmiers qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers ainsi que de l'organisation des ressources dont dispose l'établissement;
- ▲ Collaborer à l'élaboration des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments applicables aux infirmières ou aux infirmiers habilités à exercer des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., c. I -8);

- ▲ Tenir et mettre à jour un registre des infirmières et des infirmiers habilités à exercer une ou plusieurs des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., c. I 8);
- ▲ Veiller au bon fonctionnement des comités du Conseil des infirmières et infirmiers et s'assurer que ce conseil apprécie adéquatement les actes infirmiers posés dans l'établissement;

Par ailleurs, la Direction des soins infirmiers a comme principaux mandats :

- ▲ D'assurer la distribution des soins infirmiers aux clientèles hospitalisées et ambulatoires;
- ▲ De collaborer à la gestion efficace et efficiente des lits de l'établissement;
- ▲ D'assumer les mandats de coordination et de surveillance des dossiers qui lui sont conférés, dont les mesures de contrôle (contention et isolement);
- ▲ Participer au suivi et à la mise à jour du processus d'élaboration d'ordonnances collectives en collaboration avec les autres directions.
- ▲ S'assurer de l'application de la démarche de soins infirmiers dans toutes ses composantes incluant le plan thérapeutique infirmier, le plan d'intervention interdisciplinaire, l'enseignement aux usagers et l'inscription des données pertinentes aux dossiers.
- ▲ D'assurer un leadership significatif dans la prévention et le contrôle des infections, notamment en assurant la surveillance provinciale et régionale des infections nosocomiales, ainsi que le soutien aux équipes terrain lors de situations complexes. De plus, la direction s'assure de la mise en place des moyens permettant l'atteinte des cibles en hygiène des mains.

Ces actions sont encadrées par les balises suivantes :

- ▲ Loi sur les infirmières et les infirmiers (c. I -8).
- ▲ Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux (c. M -1.1);
- ▲ Loi sur l'assurance-maladie (c. A-29);
- ▲ Code des professions (c. C -26);
- ▲ Code de déontologie des infirmières et infirmiers;
- ▲ Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé.

La Direction des soins infirmiers assure la gestion des soins et services sous sa gouverne, soit :

- ▲ Les unités de soins, unités de soins spécialisés, le bloc opératoire, l'inhalothérapie et l'unité de retraitement des dispositifs médicaux;
- ▲ Les cliniques ambulatoires, les cliniques externes de médecine et de chirurgie, le programme de maladies chroniques, l'unité de médecine de jour, médecine interne et de l'électrophysiologie médicale;
- ▲ Le service d'infirmière de liaison;
- ▲ La prévention et le contrôle des infections;
- ▲ La pratique avancée, soit l'infirmière praticienne spécialisée de première ligne;
- ▲ La surveillance de l'exercice professionnel et les dossiers de compétence.

La Direction des soins infirmiers est responsable du Conseil des infirmières et infirmiers relevant du conseil d'administration.

### **Direction des services professionnels et des services multidisciplinaires**

Les mandats spécifiques confiés au directeur des services professionnels prévus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S 4.2, articles : 202 à 205), sont de :

- ▲ Diriger, coordonner et surveiller les activités des chefs de département de médecine;
- ▲ Obtenir l'avis des chefs de département clinique sur les conséquences administratives et financières des activités des divers départements cliniques;
- ▲ Appliquer les sanctions administratives prévues et en informer le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et les chefs de département cliniques concernés;
- ▲ Surveiller le fonctionnement des comités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et s'assurer que ce conseil contrôle et apprécie adéquatement les actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans tout l'établissement;
- ▲ Prendre toutes les mesures pour faire en sorte qu'un examen, une autopsie ou une expertise exigés en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (L.R.Q., c. R -0.2) soit effectué;
- ▲ Remplir les obligations prévues au Code civil du Québec (L.Q. 1991, c. 64) et à la Loi sur le curateur public (L.R.Q., c. C-81), en matière de protection des personnes inaptes et de mandat donné par une personne en prévision de son inaptitude;
- ▲ Lorsqu'une personne dont la mort est imminente est un donneur potentiel et que, conformément au Code civil, un consentement au prélèvement sur son corps, d'organes ou de tissus a été donné, transmettre avec diligence à l'organisme ou à la personne désignée par le ministre, toutes informations médicales nécessaires concernant le donneur et les organes ou tissus qui pourraient être prélevés (L.R.Q., c. S 4.2, article : 204.1).

Le volet services professionnels concerne aussi les obligations légales du directeur des services professionnels, qui doit être un médecin, nommé après consultation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et être membre en règle du Collège des médecins du Québec.

Le volet services professionnels concerne la gestion et la mise en place des règles touchant les affaires médicales, les services de santé et de médecine, les réseaux universitaires, les groupes de médecine de famille (GMF) s'il y a lieu, en plus de soutenir les mandats habituellement confiés au département régional de médecine générale et à la Commission médicale régionale assumés par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'organisation (L.R.Q., c. S 4.2, article : 530.57).

D'autres mandats sont attribués à cette direction :

- ▲ En vertu de l'article 169 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Direction des services professionnels et des services multidisciplinaires a pour responsabilité d'autoriser un chercheur à réaliser la recherche dans l'établissement, le directeur doit constater que le projet de recherche a fait l'objet d'un examen scientifique, d'un examen éthique et d'un examen de la convenance qui ont donné chacun un résultat positif;

- ▲ En conformité avec l'article 185.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, mettre en place un mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés en vue d'une gestion intégrée de l'accès aux services spécialisés;
- ▲ Assumer le fonctionnement du guichet d'accès à un médecin de famille;
- ▲ Est responsable de l'application de la Loi sur les soins de fin de vie (incluant l'aide médicale à mourir). Elle veille à organiser et encadrer les soins palliatifs et de fin de vie qui assurent que toute personne ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité et adaptés à ses besoins;
- ▲ Est responsable de la gouvernance médico-administrative de la qualité des soins et services, de la collaboration médicale et de la continuité;
- ▲ Est responsable de la gouvernance et de la mise en œuvre de la télésanté en tant que mode d'organisation de services;
- ▲ Est responsable de divers continuums de services, dont la gestion de la douleur chronique, les accidents vasculaires cérébraux, la maladie rénale;
- ▲ Est responsable du dossier de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et du lien avec le Réseau québécois de l'asthme (RQAM);
- ▲ Est responsable du recrutement et de la rétention des médecins avec une participation active aux négociations de mesures négociées et non négociées.

Enfin, les services professionnels et multidisciplinaires sont responsables des départements suivants :

- ▲ Les services pharmaceutiques et d'imagerie médicale;
- ▲ Le service de biologie médicale en partenariat avec le CISSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean;
- ▲ La gestion du réseau de traumatologie et le continuum de ces services;
- ▲ Les services reliés à la chaîne d'intervention préhospitalière d'urgence, la sécurité civile – mission santé et les mesures d'urgence;
- ▲ La clinique externe;
- ▲ La cancérologie;
- ▲ Les services diagnostiques et thérapeutiques;
- ▲ La réadaptation;
- ▲ La nutrition;
- ▲ Les archives médicales et le service d'accueil et d'admission;
- ▲ Les soins spirituels;
- ▲ Le bénévolat;
- ▲ La Politique régionale de déplacement des usagers.

Cette direction soutient le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et le conseil multidisciplinaire de l'établissement.

## Direction des ressources humaines

Par l'écoute des attentes des responsables des services et des représentants des employés, la direction concilie les objectifs de l'organisation et ceux du personnel en vue de la création d'un milieu de travail sain. Par exemple, la direction coordonne et assure le *leadership* du programme de certification Entreprise en santé de l'établissement. Elle s'assure également que le milieu de travail est exempt de violence et de harcèlement et assure la prévention et la promotion de la civilité au travail. Elle soutient aussi la participation des directions de l'établissement dans l'élaboration du programme de valorisation et de mobilisation des ressources humaines de l'établissement.

Elle offre des services au personnel, tels que la gestion du dossier de l'employé et du cadre, l'information et la gestion des avantages sociaux et des différents programmes d'assurances envers les employés, ainsi que de la rémunération. Elle assure la mise en place et le maintien de pratiques également en matière de dotation, de gestion de la présence au travail, de gestion de la liste de rappel et autres conditions de travail pour toutes les catégories de personnel de l'établissement.

La direction assure la planification stratégique des effectifs et la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre et au recrutement. Elle collabore avec les supérieurs immédiats à la sélection et l'accueil des nouveaux employés. Ainsi, elle développe en partenariat, les stratégies de titularisation des effectifs propices à la prestation sécuritaire et de qualité des services à la population du Nord-du-Québec. La direction contribue, avec les partenaires du milieu, au développement d'un positionnement stratégique de la région et de ses communautés comme milieu de vie propice au développement d'une carrière en santé et services sociaux. La direction soutient les directions dans l'appréciation du rendement, la formation des ressources humaines, la gestion des mouvements internes de la main-d'œuvre, la gestion de la présence au travail. Elle s'assure des conditions de travail ainsi que de la négociation et de l'administration des conventions collectives en vigueur. La direction s'assure d'être soutenue par un médecin désigné dans la gestion médico-administrative des dossiers d'employés.

La direction agit, comme représentant de l'employeur, dans toutes les matières relatives aux ressources humaines, notamment pour les négociations de conditions de travail, conditions d'exercice, l'application des lois et règlements en matière de prévention et de santé et sécurité du travail et de toute autre législation du travail.

La direction assure la gestion des différents services et rôles sous sa gouverne, soit :

- ▲ Avantages sociaux/Rémunération;
- ▲ Civilité/Harcèlement;
- ▲ Développement organisationnel/Gestion du changement;
- ▲ Gestion de l'enseignement;
- ▲ Formation/Développement des compétences/Plan de développement des ressources humaines;
- ▲ Liste de rappel/Activités de remplacement;
- ▲ Optimisation/Performance RH;
- ▲ Partenaires d'affaires en ressources humaines;
- ▲ Planification de la main-d'œuvre/Dotation/Recrutement;
- ▲ Relations de travail/Conditions d'exercice;
- ▲ Santé organisationnelle/Qualité de vie au travail;

- ▲ Santé sécurité/Gestion de la présence au travail;
- ▲ Soutien à l'encadrement/Dossier des cadres (accompagnement et développement des cadres);
- ▲ Accueil au centre administratif du CRSSS de la Baie-James.

La Direction des ressources humaines soutient le comité des ressources humaines relevant du conseil d'administration.

## **Direction des ressources financières, techniques et informationnelles**

### **Ressources financières**

La Direction des ressources financières, techniques et informationnelles assure notamment un rôle-conseil stratégique dans l'utilisation efficiente des ressources financières et dans l'élaboration des modes de financement appropriés à la réalisation de la mission et des priorités de l'établissement. À cet égard, la direction s'assure, avec l'ensemble des gestionnaires, de l'équilibre budgétaire et de l'allocation équitable des budgets en respect des programmes-services, afin que les soins et les services offerts aux clientèles des divers programmes soient de haute qualité et en tenant compte des capacités financières de l'établissement.

Plus spécifiquement, la direction s'assure de la gestion des services financiers et comptables, à tous les niveaux de l'établissement et des opérations relatives au fonds d'exploitation, au fonds d'immobilisation et d'équipements et à certains fonds spécifiques. Elle veille à l'élaboration et à la mise en place des mécanismes de contrôle internes et du suivi du processus budgétaire de l'organisation. Elle fait en sorte que soient fournies au vérificateur externe les informations relatives à la réalisation de son mandat.

Elle identifie, avec les partenaires internes, les solutions aux problématiques organisationnelles de natures financières et comptables. Elle s'assure d'apporter le soutien nécessaire aux partenaires internes dans le fonctionnement des opérations de l'établissement, et ce, dans le respect des règles et normes en vigueur.

### **Services techniques**

Sur le plan des services techniques, la direction s'assure de l'élaboration de programmes-cadres de gestion et administre les activités et les projets relatifs au maintien des actifs immobiliers, aux travaux de rénovations fonctionnelles mineures, à l'entretien des installations et aux projets majeurs d'immobilisation.

Elle maintient l'intégrité des bâtiments et des équipements de l'organisation. Elle s'assure du fonctionnement adéquat des services afférents aux systèmes énergétiques, à l'entretien des biens meubles et immeubles et assure un service de type « génie biomédical ». Elle assume la gestion de projets reliés aux immobilisations. Ainsi, elle s'assure de la mise en œuvre d'une saine gestion des installations, des stationnements, des baux de location, du parc de résidences domiciliaires aux fins d'application des conditions nordiques et de la certification des espaces.

La direction propose un plan directeur immobilier et met en œuvre le plan de conservation et de fonctionnalité immobilière visant l'entretien, la réparation et la rénovation des actifs immobiliers permettant la réalisation des activités des services de l'établissement. À cet égard, elle coordonne l'élaboration des programmes fonctionnels et techniques requis, la préparation des plans et devis pour les appels d'offres et l'affectation optimale des espaces physiques en fonction des besoins de l'établissement.

La direction assume les obligations de l'établissement en matière de gestion de l'environnement, notamment les ressources énergétiques, la qualité de l'air, la gestion des déchets biomédicaux et des matières

dangereuses, conformément aux orientations de l'établissement et à la réglementation en vigueur. En matière de développement durable, la direction propose des stratégies régionales pertinentes en soutien à la mise en œuvre de la stratégie gouvernementale de développement durable et contribue à la mise en œuvre de la stratégie québécoise d'économie d'eau potable dans la région.

Elle veille à ce que soient réalisés l'inventaire, l'entretien préventif et correctif du parc d'équipements médicaux et non médicaux et mobilier de l'établissement de même que la planification des remplacements nécessaires. Elle contribue, en collaboration avec les partenaires requis, à la planification annuelle et stratégique du maintien d'actifs en équipements médicaux et médicaux spécialisés et des développements requis en soutien à l'offre de service de l'établissement.

La direction assume également les obligations de l'établissement en matière de gestion des services alimentaires et des services d'hygiène et de salubrité, conformément aux orientations de l'établissement et à la réglementation en vigueur.

La direction coordonne les activités d'approvisionnement et de négociation des contrats de l'établissement, et ce, dans le respect des politiques et de la réglementation en vigueur dans le réseau.

La direction s'assure de fournir les produits et services nécessaires au bon fonctionnement des services à la clientèle de l'établissement. Elle met en place des processus efficaces visant à soutenir l'organisation en matière d'approvisionnement, de gestion des inventaires et de distribution dans la région. Aussi, elle coordonne le mandat de vérification annuelle.

En somme, la direction s'assure d'une gestion des activités conforme aux normes et orientations applicables dans les différents services auxiliaires et de la logistique sous la responsabilité de la direction, soit :

- ▲ Buanderie-lingerie;
- ▲ Hygiène-salubrité;
- ▲ Gestion des déchets biomédicaux et matières résiduelles;
- ▲ Services alimentaires;
- ▲ Sécurité-surveillance;
- ▲ Approvisionnements;
- ▲ Gestion contractuelle;
- ▲ Transport interne et externe;
- ▲ Brancarderie;
- ▲ Gestion des véhicules;
- ▲ Messagerie et distribution;
- ▲ Entreposage;
- ▲ Gestion des stocks;
- ▲ Gestion des stationnements.

## Ressources informationnelles

Dans ce volet, la direction est responsable de la mise en œuvre des orientations et des standards retenus en matière d'actifs informationnels en soutien à la gestion des services. Le responsable des ressources informationnelles doit permettre l'accessibilité et la circulation de l'information au sein de l'établissement et avec les partenaires afin de tenir compte de l'évolution des pratiques de prestation des soins et des services aux usagers dans le cadre d'équipes multidisciplinaires.

Pour ce faire, elle coordonne l'application de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (G-1.03) et des activités qui y sont rattachées telles que la collecte des besoins, la planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles, la programmation annuelle, l'état de santé des projets, le bilan annuel des réalisations et autres activités du cadre de gestion. Elle est également responsable de la mise en œuvre des grands dossiers d'informatisation, dont le dossier clinique informatisé et autres visant l'informatisation clinique en respect du cadre législatif applicable. La direction s'assure du déploiement du Dossier Santé Québec dans l'établissement et sur le territoire auprès des organismes suivants : cabinet privé de médecin, pharmacie communautaire, etc. À cet égard, la direction met en œuvre la gouvernance nécessaire afin de soutenir ces implantations. Elle soutient les comités de coordination des ressources informationnelles qui regroupent tous les comités *ad hoc* de mise en œuvre des différents chantiers en cours de réalisation.

Elle agit aussi à titre de responsable régional en sécurité de l'information. Elle assure la mise en œuvre et le respect des orientations ministérielles et régionales en regard du Cadre global de la gestion des actifs informationnels du RSSS – volet sécurité et soutient les directions en cette matière.

Le responsable de la sécurité de l'information assure la coordination et la cohérence des actions de sécurité de l'information menées au sein de l'établissement. En la matière, il assure aussi la contribution de son organisation au processus de gestion des risques et des incidents de sécurité de l'information, en définissant et mettant en œuvre les processus officiels requis. Enfin, le responsable de la sécurité de l'information coordonne l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme officiel et continu de formation et de sensibilisation en ce domaine.

Dans le même sens, et dans le respect des codes, lois et règlements applicables, la direction élabore, assure la mise en œuvre et contrôle l'application du plan directeur d'acquisition et de renouvellement du parc informatique en soutien aux activités de l'établissement.

La direction supervise et dirige l'équipe du technocentre desservant toutes les installations du CRSSS de la Baie-James. À cet égard :

- ▲ Rend accessibles les systèmes d'information requis pour soutenir les différents services;
- ▲ Assure un environnement informatique stable, performant et sécuritaire et s'assure de la disponibilité, du développement, de la maintenance, de la sécurité et de l'évolution des infrastructures technologiques nécessaires au soutien optimal des différents services internes;
- ▲ Met à la disposition des utilisateurs un centre d'assistance informatique;
- ▲ Soutient la conception et le développement des systèmes d'information pour la mission;
- ▲ Soutient les orientations et la planification;
- ▲ Assure l'intégrité des banques et bases de données;
- ▲ Assure la conception et l'évolution de l'architecture d'entreprise et des infrastructures technologiques;
- ▲ Assure la gestion des projets majeurs d'informatisation;



▲ S'assure d'une gestion des activités conforme aux normes et orientations applicables en regard des technologies de l'information soit :

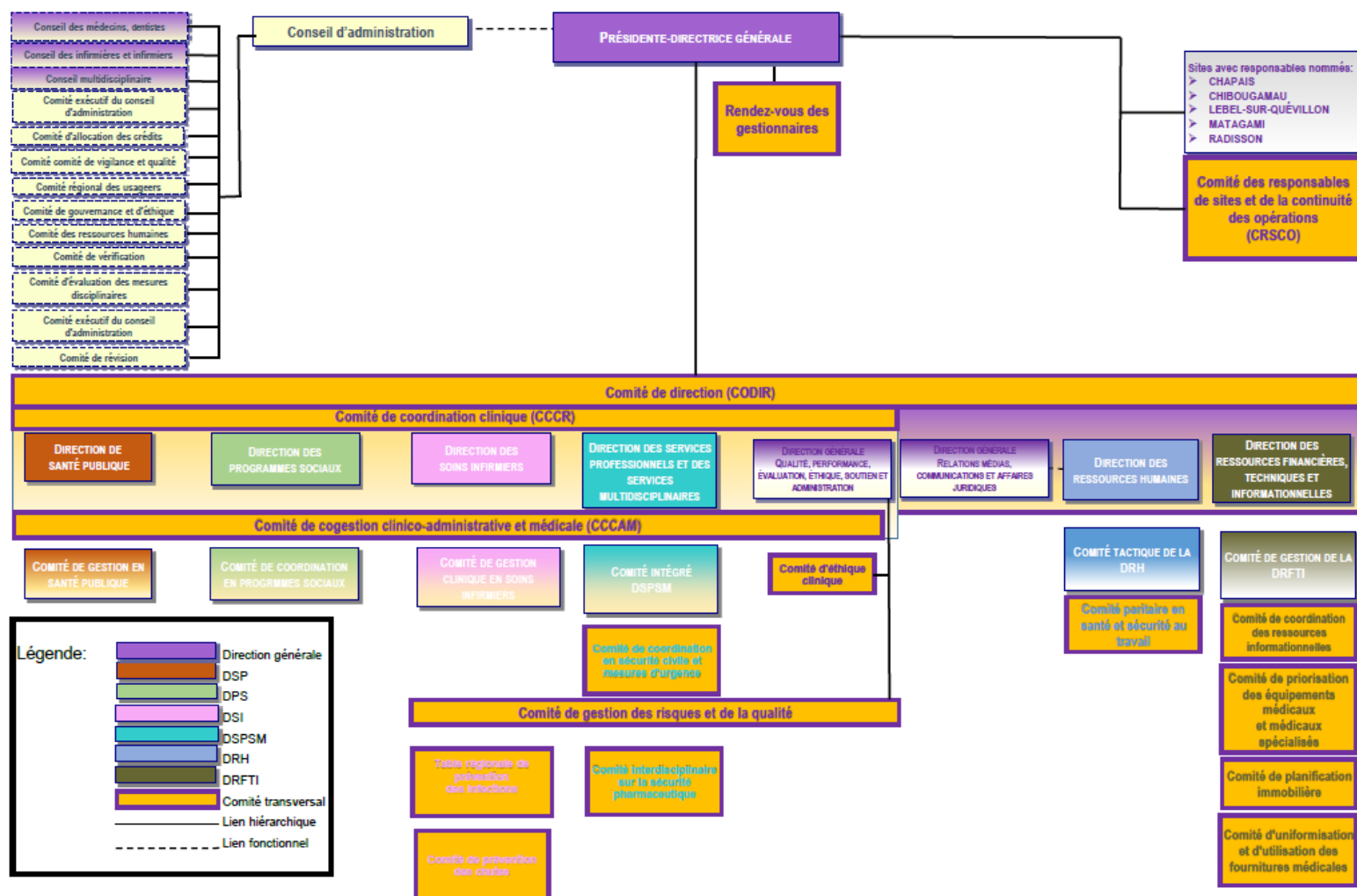
- Téléphonie filaire, cellulaire et internet (IP);
- Infrastructures d'archivage, des traitements et de télécommunications;
- Architecture informatique et technologique;
- Gestion des projets, mandats spéciaux et déploiement des technologies;
- Gestion de la continuité, du maintien et de l'amélioration continue des systèmes d'information;
- Filtrage et lissage WEB (Intranet et Internet);
- Centre de service et de dépannage;
- Sécurité de l'information.

Enfin, cette direction soutient le comité de vérification et le comité d'allocations des crédits relevant du conseil d'administration.

## LES MÉCANISMES DE COORDINATION ORGANISATIONNELLE

Dans cette section, les comités internes de coordination sont présentés. Leur principal rôle est de permettre que soient assurés les liens entre les orientations ministérielles, la planification stratégique de l'établissement et l'opérationnalisation des programmes et des services ainsi que des décisions, en vue de maintenir la cohérence et la cohésion de l'organisation et les pratiques de gestion attendues. De ces instances, des tables réunissant les équipes d'intervenants ou autres tables de concertation ne sont pas présentées dans cet organigramme puisqu'elles évoluent selon les besoins. Seuls les instances de coordination d'ordre stratégique internes et les comités du conseil d'administration y sont présentés pour assurer le pilotage de l'organisation. Le plan y décrit les mandats de ces instances. Pour connaître la composition de chacun de ces comités, une charte précise les personnes désignées ainsi que d'autres aspects relatifs au fonctionnement des comités, puisque ces éléments sont évolutifs.

## PORTRAIT DES COMITÉS DE COORDINATION DU CRSSS DE LA BAIE-JAMES



2017-08-31

## Comité de direction (CODIR)

Le comité de direction a pour but de fournir à l'organisation les positions et les orientations les plus susceptibles de favoriser le développement organisationnel du CRSSS de la Baie-James. Il doit assurer la cohérence et la cohésion de l'organisation et la congruence des décisions et des actions.

Son rôle en est un d'information, d'échange, de discussion, de consultation sur tous les sujets d'intérêt commun pour le développement et les opérations de l'organisation.

Le comité de direction soutient le président-directeur général dans l'exercice de son mandat et de ses fonctions, en vue de :

- ▲ Réaliser les différents volets de la mission de l'établissement;
- ▲ Contribuer à l'amélioration et au maintien de la santé et du bien-être de la population jamésienne;
- ▲ Identifier les besoins de la population et des usagers et planifier leur réponse;
- ▲ Diriger l'ensemble de l'établissement;
- ▲ Veiller à l'efficacité et l'efficience de son organisation;
- ▲ Veiller à ce que l'établissement se conforme aux lois et règlements le régissant;
- ▲ Mettre en œuvre les orientations et les politiques adoptées par le conseil d'administration;
- ▲ Veiller à l'utilisation efficace de l'ensemble des ressources de l'établissement.

Le comité de direction soutient le président-directeur général dans l'exécution des décisions du conseil d'administration. Les membres collaborent avec le président-directeur général dans son obligation de fournir au conseil d'administration toute l'information qu'il requiert ou qui lui est nécessaire pour assumer ses responsabilités, incluant celles en lien avec le portrait des communautés, la planification stratégique, l'évaluation de l'établissement et la reddition de comptes à produire. À cet égard, le comité de direction possède une salle de pilotage stratégique dans laquelle on y retrouve notamment le plan d'action annuel et les indicateurs de performance.

C'est un comité consultatif à la Direction générale qui a pour rôles de :

- ▲ Donner un avis au président-directeur général en vue d'une recommandation de ce dernier au conseil d'administration;
- ▲ Contribuer à la préparation et à la mise en œuvre de l'entente de gestion et d'imputabilité à intervenir entre le président-directeur général et le ministre;
- ▲ Contribuer à la préparation et à la mise en œuvre du plan d'action découlant de la planification stratégique pluriannuelle ministérielle;
- ▲ Faire des recommandations au président-directeur général et aux directeurs en vue d'une décision relevant de leurs responsabilités et de leur autorité;
- ▲ Recommander l'adoption des procédures et des directives relevant de l'autorité du président-directeur général et des directeurs.

Le comité de direction assume aussi les rôles suivants de :

- ▲ Réviser les planifications budgétaires et faire les arbitrages budgétaires;
- ▲ Suivre le budget et valider les ajustements budgétaires en cours d'exercice;

- ▲ Donner son avis sur les ententes locales négociées avec les syndicats;
- ▲ Réviser les pratiques administratives;
- ▲ Réviser les plans directeurs et les plans de développement;
- ▲ Réviser les orientations de service;
- ▲ Réviser les priorités d'action;
- ▲ Harmoniser l'action des divers programmes-services et des trajectoires clientèle entre eux.

Le comité de direction étant sous la responsabilité du président-directeur général, il entérine les décisions du comité de direction pour les rendre opérantes.

### **Rendez-vous des gestionnaires**

Le Rendez-vous des gestionnaires permet au président-directeur général de convier l'ensemble des gestionnaires à des rencontres semestrielles, afin d'échanger et de rétroagir sur la transformation désirée. Divers thèmes sont abordés selon les enjeux associés aux normes de *leadership* et de gouvernance et de mise en œuvre du plan d'organisation.

### **Comité de coordination clinique régional (CCCR)**

Le comité de coordination clinique se veut un lieu d'échanges, d'appropriation, de réflexion et de décisions concernant l'organisation des services de santé et des services sociaux dans la région sociosanitaire du Nord-du-Québec. Le comité vise à mettre en place les meilleures stratégies, tant du point de vue clinique que du point de vue de l'organisation des services, afin d'assurer aux clientèles un accès facile à des services dispensés par des professionnels qui travaillent en interdisciplinarité.

Les membres du comité s'assurent que ces services et interventions sont basés sur les meilleures pratiques, offerts par du personnel compétent, notamment grâce au soutien de chacune des directions.

Le comité de coordination clinique poursuit les objectifs suivants :

- ▲ Assurer une compréhension commune de la transformation du réseau, en lien avec le Vrai Nord. Pour ce faire, le comité s'approprie les orientations, politiques gouvernementales, ministérielles et régionales, et veille à une cohérence des actions des différents partenaires internes et externes dans la mise en œuvre des programmes;
- ▲ Soutenir les pratiques interdisciplinaires;
- ▲ Déterminer les stratégies de concertation régionale et suprarégionale :
  - Prioriser les actions dans un plan d'action;
  - Identifier les responsables et les indicateurs à suivre;
  - Établir les stratégies de déploiement;
  - Décider les échéanciers à respecter;
  - Informer régulièrement le comité de direction de l'état d'avancement de l'implantation des plans d'action.

Le comité relève en alternance d'une direction clinique.

### **Comité de cogestion clinico-administrative et médicale (CCCAM)**

Le comité de cogestion clinico-administrative et médicale se veut la continuité du comité de coordination clinique régional au niveau des services cliniques et leur planification (tactique et opérationnelle). Il se veut un lieu d'échanges et d'appropriation quant aux décisions prises concernant l'organisation des services de santé et des services sociaux dans la région sociosanitaire du Nord-du-Québec, et les priorités cliniques identifiées. Il se veut être aussi le comité de cogestion interdirection au sein des services de santé et services sociaux. Par sa position privilégiée de proximité dans l'opérationnel des services de santé et services sociaux, il s'avère être le comité qui assure la rétroaction au comité de coordination clinique régional sur l'organisation des services, les priorités cliniques, l'évolution des services, les enjeux, etc. (principe de cascade-escalade).

Ce comité s'inscrit dans l'arrimage entre les directions cliniques (Direction des soins infirmiers, Direction de santé publique, Direction des programmes sociaux, Directions des services professionnels et services multidisciplinaires) au sein de la nouvelle structure organisationnelle.

Tout comme le comité de coordination clinique, ce comité vise à mettre en place les meilleures stratégies, tant du point de vue clinique que du point de vue de l'organisation des services, afin d'assurer aux clientèles un accès facile à des services dispensés par des professionnels qui travaillent en interdisciplinarité.

Les membres du comité s'assurent également que ces services et interventions sont basés sur les meilleures pratiques, offerts par du personnel compétent, notamment grâce au soutien de chacune des directions.

Le comité relève en alternance d'une direction clinique.

### **Comité des responsables de sites et de la continuité des opérations (CRSCO)**

D'une part, le comité des responsables de sites et de la continuité des opérations a pour fonction de soutenir les responsables de sites dans leurs relations avec le milieu. À cet égard, le président-directeur général réunit les personnes désignées responsables de sites pour identifier les enjeux populationnels et organisationnels et voir à la réponse aux besoins. Ainsi, ces rencontres ont pour but de soutenir la communication managériale (ex. : soutien pour la diffusion des politiques et procédures, le soutien aux présences du président-directeur général dans les communautés, rétro information du milieu, etc.) et à la création d'un climat d'échange et de coopération au sein du site et dans la communauté.

D'autre part, ce comité a pour fonction de soutenir les responsables des sites dans la continuité des opérations dans les installations. Contrairement aux comités de planification immobilière et de priorisation des d'équipements médicaux qui sont mandatés pour inventorier les besoins et prévoir les actifs et ressources à moyen terme, le comité sur la continuité des opérations est le lieu pour soutenir la collaboration entre les responsables de sites et la direction des ressources financières, techniques et informationnelles (logistique). À cet égard, les échanges permettent de :

- ▲ Signaler les écarts rencontrés et recommander à la Direction des ressources financières, techniques et informationnelles des actions correctives visant l'amélioration opérationnelle du site et l'amélioration de la satisfaction des usagers;
- ▲ Assurer la gestion des dispositifs techniques : (ex. : le contrôle d'accès, l'organigramme des clefs, etc.);
- ▲ Suivre l'évolution des travaux des équipes techniques responsables de la logistique du site incluant les services privés (entrepreneurs, consultants, etc.).

Le comité a pour fonction de soutenir les responsables de sites dans leur mandat visant à assurer la qualité et la sécurité des installations.

- ▲ Veiller à l'application des dispositions pour la sécurité des personnes et des biens sur le site (ex. : signalisation, affichage, hygiène et salubrité, surveillance, aménagement saisonnier, déneigement);
- ▲ Plans de mesures d'urgence;
- ▲ Sécurité civile.

Le comité des responsables de sites et de la continuité des opérations est sous l'autorité du président-directeur général et regroupe les personnes désignées comme responsables de sites, ainsi que la Direction des ressources financières, techniques et informationnelles et les membres de son équipe sur invitation.

### **Comité de gestion des risques et de la qualité (CGRQ)**

Conformément à l'article 183.2 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le comité de gestion des risques et de la qualité 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 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 des causes de ceux-ci, et recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Sa composition et les autres éléments sont précisés dans le règlement de fonctionnement du comité (2.12). Il relève de la Direction générale.

Le comité assurera le suivi des travaux et des résultats au comité de vigilance et de qualité du conseil d'administration.

### **Table régionale en prévention des infections (TRPI)**

La Table régionale en prévention des infections vise à assurer une prestation sécuritaire de soins et services aux usagers et leur famille. La Direction des soins infirmiers assure la supervision et le fonctionnement du comité. La collaboration de la Direction de santé publique est essentielle dans les mandats suivants :

- ▲ Soutenir les activités de prévention des infections, assurer la surveillance et le contrôle des infections nosocomiales;
- ▲ Fournir une expertise scientifique et faire des recommandations aux différents niveaux décisionnels en regard de la prévention et de la lutte contre l'infection en milieu de santé;
- ▲ Collaborer, avec la Direction de santé publique, à la mise en œuvre de certaines pratiques en prévention des infections;
- ▲ Élaborer des procédures ou des règles d'admission et d'isolement des patients atteints de maladies contagieuses et infectieuses;

- ▲ Proposer des règles concernant la désinfection, la stérilisation et le contrôle de l'environnement.

Cette table est interdisciplinaire et doit se rencontrer minimalement quatre fois par année. Elle est soutenue par la présence d'un microbiologiste.

Le comité de prévention des infections adresse des recommandations :

- ▲ Aux directeurs concernés, dans tous les cas où le comité propose des changements aux techniques de travail ayant une influence sur les fournitures utilisées et sur les coûts;
- ▲ Au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens lorsque les recommandations entraînent une appréciation des actes médicaux;
- ▲ Au président-directeur général par le biais du comité de direction, du comité de gestion des risques et de la qualité et au comité de vigilance et de qualité et transmis au conseil d'administration.

La Table régionale en prévention des infections relève de la Direction des soins infirmiers.

### **Comité de prévention des chutes (CPC)**

La création d'un comité de prévention des chutes comme structure permanente est une recommandation du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins (rapport du ministère, octobre 2014). Le mandat du comité de prévention des chutes est de :

- ▲ Déterminer les orientations prioritaires en matière de prévention des chutes chez les usagers;
- ▲ Déterminer les indicateurs (incluant les incidents et accidents en lien avec les chutes chez les usagers), les cibles et en assurer le suivi en continu;
- ▲ Réévaluer périodiquement l'ensemble des composantes du programme de prévention des chutes, incluant le contenu et la formation;
- ▲ S'assurer que le programme répond aux besoins des différentes clientèles;
- ▲ Recommander les activités de formation en lien avec le programme;
- ▲ Déposer un plan d'action annuel au comité de direction;
- ▲ Soutenir les activités des gestionnaires et des cliniciens.

Le comité fait état de ses travaux et de ses résultats au comité de gestion des risques et de la qualité, lequel en assure le suivi au comité de direction et au comité de vigilance et de qualité. Ce dernier en fait état au conseil d'administration.

Le comité de prévention des chutes est sous la responsabilité de la Direction des soins infirmiers.

### **Comité interdisciplinaire sur les activités pharmaceutiques (CIAP)**

Le mandat du comité interdisciplinaire sur les activités pharmaceutiques est d'assurer la mise en place et l'évolution des activités pharmaceutiques qui présentent une interdisciplinarité, tout en favorisant la concertation et l'implication des professionnels impliqués ainsi que les directions associées dans la réalisation de ces activités.



Les objectifs poursuivis sont :

- ▲ Mettre en place et maintenir un lieu d'échange et de coordination interdisciplinaire (notamment entre la pharmacie et les soins infirmiers);
- ▲ Poursuivre les travaux entourant le déploiement du bilan comparatif des médicaments;
- ▲ Contribuer au maintien et au développement des compétences associées à la réalisation des activités pharmaceutiques ciblées (BCM, etc.);
- ▲ Contribuer, avec le comité de pharmacologie du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, à la proposition de recommandations sur les incidents/accidents associés aux erreurs de médicaments pour en atténuer la fréquence et participer à la réalisation des suivis associés;
- ▲ Soutenir le chef pharmacien dans le suivi des actions/programmes/procédures/etc. associés à toutes les autres activités pharmaceutiques interdisciplinaires qui font l'objet d'une priorité organisationnelle. Cela peut concerner la liste suivante, sans toutefois être exhaustive.

Ce comité fait le suivi de ses travaux et de ses résultats au comité de gestion des risques et de la qualité, lequel en assurera le suivi au comité de vigilance et de qualité du conseil d'administration. Il relève de la Direction des services professionnels et des services multidisciplinaires.

### **Comité d'éthique clinique (CEC)**

Le comité d'éthique clinique a pour mandat de :

- ▲ Susciter des pistes de réflexion, émettre des opinions sur les orientations, les développements, les politiques et le fonctionnement des activités à caractère médical, clinique et clinico-administratif en regard de l'éthique;
- ▲ Conseiller et offrir un soutien auprès de l'administration, des médecins, des professionnels de la santé et des services sociaux, des usagers, des familles et des personnes désignées, afin que les décisions de soins respectent les valeurs, les intérêts, la volonté des usagers et de leurs proches;
- ▲ Sensibiliser le personnel de l'établissement et le grand public à la compréhension des enjeux éthiques, à travers l'information et la formation.

Sa composition et les autres éléments y sont précisés dans le règlement de fonctionnement du comité (2.17). Ce comité relève de la Direction générale.

### **Comité de direction élargi en sécurité civile et mesures d'urgence (CODIR élargi SCMU)**

Ce comité de direction élargi en sécurité civile et mesures d'urgence est formé des membres du comité de direction, des responsables de sites, des coordonnateurs locaux en sécurité civile et mesure d'urgence ainsi que du coordonnateur SCMU et du responsable de la mission santé. Il vise une approche intégrée, simple et fluide des processus, peu importe que l'on se situe en sécurité civile, ou en mesures d'urgence. Les membres constituant ce comité s'engagent dans toutes les activités dont ils ont la responsabilité et veillent à une bonne compréhension des enjeux organisationnels incluant la gestion des risques en sécurité civile.

Par ailleurs, lorsque le comité agit en contexte de sécurité civile — mission santé, il a le mandat de :

- ▲ Assurer et coordonner le déploiement des ressources de manière à réduire la mortalité et la morbidité chez les personnes sinistrées;

- ▲ Déterminer toute situation mettant en danger la santé de la population et mettre en place les mesures nécessaires à sa protection;
- ▲ Offrir des services aux sinistrés, à leurs proches et à la population.

Suivant ce mandat de la mission Santé en sécurité civile, le CRSSS de la Baie-James souhaite que chacune des directions soit responsable et imputable des activités correspondant aux trois volets recommandés par le MSSS. Ainsi, on y retrouve :

Volet — préhospitalier d'urgence et réception des personnes sinistrées

1. Préhospitalier d'urgence : Direction des services professionnels et des services multidisciplinaires
2. Réception des personnes sinistrées : Direction des services professionnels et des services multidisciplinaires

Volet — soins et services aux personnes sinistrées

3. Soins infirmiers : Direction des soins infirmiers
4. Services psychosociaux : Direction des programmes sociaux
5. Soins et services sociaux particuliers : Direction des programmes sociaux
6. Consultations médicales : Direction des services professionnels et des services multidisciplinaires
7. Médicaments et services pharmaceutiques : Direction des services professionnels et des services multidisciplinaires

Volet — santé publique

8. Vigie et surveillance : Direction de santé publique
9. Enquête de santé publique : Direction de santé publique
10. Protection de la santé de la population : Direction de santé publique
11. Expertise de santé publique : Direction de santé publique

D'autres directions sont en soutien et en ajout à la structure ministérielle recommandée. Ces directions visent à assurer la sécurité des personnes, des biens et de l'environnement contre les sinistres appréhendés ou autres situations pouvant compromettre le fonctionnement des installations du CRSSS de la Baie-James, que ce soit en sécurité civile ou en mesures d'urgence.

- ▲ Soutien des ressources humaines : assurer la présence du personnel compétent nécessaire à une réponse adéquate aux besoins en situation d'urgence;
- ▲ Soutien des ressources informationnelles, financières et matérielles : assurer la disponibilité des ressources matérielles, financières et informationnelles, nécessaires à une réponse adéquate aux besoins en situation d'urgence.

Enfin, les communications sont présentes de manière transversale dans l'ensemble du continuum SC-MU pour assurer une diffusion de renseignements cohérents aux personnes sinistrées, à la population en générale et aux médias (diffusion de l'information, relations médias et veille médiatique).

Selon leur champ de compétence respectif, les divers acteurs des volets collaborent à la coordination de la mission santé et en mesures d'urgence selon les rôles et responsabilités qui suivent :

▲ Dimensions prévention et préparation :

- Contribuer à la planification en sécurité civile et en mesures d'urgence de l'organisation;
- Planifier les activités du volet;
- Assurer le maintien des compétences et habiletés des intervenants du volet;
- Collaborer à la mise en place de processus d'alerte et de mobilisation;
- Participer au développement de mécanismes de convergence de ressources.

▲ Dimensions intervention et rétablissement :

- Contribuer à l'analyse de la situation, élaborer la réponse et traduire en opération les décisions prises en coordination;
- Conseiller les instances quant aux stratégies et objectifs à adopter et aux messages à véhiculer;
- Gérer les demandes d'information;
- Assurer une rétro-information continue à la coordination en sécurité civile et participer à la production des états de situation;
- Collaborer à la diffusion de l'information auprès des personnes sinistrées, de la population en général et des médias, de manière rapide et cohérente;
- Fournir le soutien nécessaire aux partenaires.

### **Comité de gestion en santé publique (CGSP)**

Le comité de gestion en santé publique a pour but de gérer et mettre en œuvre l'offre de services en santé publique (programme santé publique) dans un souci de cohérence avec le reste des services offerts au CRSSS de la Baie-James et de l'amélioration continue de la performance. Ses mandats sont de :

- ▲ Coordonner la mise en œuvre du plan d'action régional de santé publique;
- ▲ Déterminer les projets à prioriser dans la salle de pilotage et les stations visuelles de la direction;
- ▲ Assurer la gestion des ressources humaines;
- ▲ Assurer le suivi du Plan de maintien et de développement des compétences;
- ▲ Assurer la gestion des ressources financières, matérielles, techniques et des actifs informationnels;
- ▲ Assurer la gestion de la performance (identifier les cibles de performance);
- ▲ Assurer la gestion des communications (mécanismes de concertation et canaux d'information et de communication);
- ▲ Assurer la gestion des partenariats (opportunités, enjeux et défis).

De plus, la Direction de santé publique, via le comité de gestion de santé publique élargi, s'assure de la mise en œuvre du plan d'action régional de santé publique, de l'avancement des projets de la salle de pilotage et des stations visuelles de la direction, de l'atteinte des cibles du plan d'action régional de santé publique et de l'entente de gestion et d'imputabilité. Enfin, il identifie les occasions d'intervention et développe des stratégies d'intervention.

### **Comité de coordination des programmes sociaux (CCSS)**

Le comité de coordination des programmes sociaux est préoccupé par l'accessibilité rapide et simple, par la qualité des services intégrés et novateurs, et ce, dans une organisation, cohérente, accessible et performante. Le comité vise à rendre actuelles la mise en commun de stratégies et la consolidation de l'engagement de l'équipe de direction des programmes sociaux et les agents de planification, de programmation et de recherche, aux fins d'amélioration des services sociaux offerts à la population du Nord-du-Québec, assurant ainsi un meilleur suivi des opérations. Les objectifs sont :

- ▲ Mettre en place un lieu d'échange d'information, de soutien, de consultation visant à contribuer à l'organisation des services sociaux sur notre territoire;
- ▲ Planifier, organiser, coordonner, déployer, évaluer l'ensemble des « programmes-services » requis sur notre territoire, et ce, en lien avec les besoins de la population et les orientations gouvernementales contenues dans les offres de service, les plans d'action, etc., tout en établissant des partenariats avec les établissements et les organismes communautaires;
- ▲ S'assurer du respect des normes d'agrément par les « programmes-services » visés.

Le comité de coordination des programmes sociaux est sous l'autorité de la Direction des programmes sociaux.

### **Comité de gestion en soins infirmiers (CGSI)**

Le comité a pour mandat de promouvoir et intégrer l'harmonisation, la standardisation et l'uniformisation des pratiques en soins infirmiers dans l'ensemble de l'établissement. Le comité œuvre à :

- ▲ Viser l'harmonisation des pratiques dans tous les centres de santé;
- ▲ Contribuer à l'identification de pratiques exemplaires adaptées à notre organisation;
- ▲ Collaborer à la recherche de nouvelles pratiques et de solutions en fonction de données probantes;
- ▲ Développer des outils standardisés;
- ▲ Revoir et évaluer les pratiques;
- ▲ Évaluer et établir des priorités au niveau des besoins de formation;
- ▲ Identifier les priorités concernant la pratique en soins infirmiers;
- ▲ Donner des avis sur les situations problématiques touchant les soins infirmiers;
- ▲ Assurer l'utilisation optimale des ressources en soins infirmiers en réponse aux enjeux cliniques.

Le comité est sous la responsabilité de la Direction des soins infirmiers.

### **Comité de gestion de la Direction des services professionnels et des services multidisciplinaires (CGDSPM)**

Le comité de gestion de la Direction des services professionnels et des services multidisciplinaires vise à promouvoir et intégrer l'harmonisation, la standardisation et l'uniformisation des pratiques en services professionnels et services multidisciplinaires dans l'établissement. Les mandats sont :

- ▲ Planifier, organiser, coordonner, déployer et évaluer l'ensemble des programmes-services sous sa responsabilité requis dans notre région, et ce, en lien avec les besoins de la population et les orientations gouvernementales contenues dans les offres de service, les plans d'action, etc. Le tout en établissant des partenariats avec d'autres établissements et les organismes communautaires;
- ▲ S'assurer du respect des normes d'agrément des programmes-services visés;
- ▲ Acquérir une vision commune des orientations gouvernementales privilégiées en matière de dispensation et d'organisation des services;
- ▲ Développer une vision commune des besoins populationnels en matière de services de santé pour la région du Nord-du-Québec;
- ▲ Développer une compréhension commune relativement à la dispensation et à l'organisation des services, et ce, conformément aux besoins régionaux et aux orientations gouvernementales émises;
- ▲ Assurer l'utilisation optimale des ressources de notre région;
- ▲ Évaluer et établir des priorités concernant les besoins de formation et le développement continu des compétences.

Le comité est sous la responsabilité de la Direction des services professionnels et des services multidisciplinaires.

### **Comité tactique de la Direction des ressources humaines (CTDRH)**

Ce comité doit assurer la vigie en ressources humaines permettant à la direction d'anticiper et prévenir. C'est ce comité qui détermine l'agenda en ressources humaines de l'établissement, notamment en ce qui a trait à l'implantation des meilleures pratiques de gestion des ressources humaines.

Ce comité tactique aura pour principales responsabilités de :

- ▲ Comprendre et maîtriser les enjeux organisationnels (objectifs stratégiques) pour lesquels les partenaires d'affaires en ressources humaines jouent un rôle d'accompagnement avec les clients;
- ▲ Partager l'interprétation des indicateurs en ressources humaines relatifs aux clients et forer l'analyse;
- ▲ Rendre compte de la mise en œuvre des politiques et procédures sous la responsabilité de la Direction des ressources humaines et en cartographier le respect de l'application;
- ▲ Obtenir la rétroaction du terrain en continu en vue de mettre en œuvre des stratégies de prévention;
- ▲ Assurer une vigie de l'organisation pour connaître les secteurs en difficultés;
- ▲ Assurer une proactivité sur ce qui se passe dans l'organisation et alerter le management si requis (cartographie des risques managériaux);
- ▲ Assurer l'articulation de la réponse aux besoins et enjeux des directions et gestionnaires permettant un accompagnement compétent répondant aux défis actuels de l'organisation;
- ▲ Augmenter l'agilité de la direction par une meilleure capacité d'ajustement régulière;
- ▲ Adapter les politiques et procédures sous la responsabilité de la Direction des ressources humaines selon les besoins opérationnels;
- ▲ Assurer l'efficacité des services opérationnels de la direction en soutien aux activités cliniques et administratives des directions clientes;

- ▲ Soutenir le rôle des partenaires d'affaires en ressources humaines par la contribution des experts de la direction;
- ▲ Identifier de nouvelles solutions et outils à développer lorsque nécessaire;
- ▲ Partager les bonnes pratiques et le réseau de contacts de l'équipe.

Le comité est sous la responsabilité de la Direction des ressources humaines.

### **Comité paritaire en santé et sécurité au travail (CPSST)**

Le comité paritaire en santé et sécurité au travail, prévu par les conventions collectives nationales, a pour objet d'orienter et de soutenir les actions de l'établissement en vue de réduire à la source, dans la limite des ressources et de l'expertise disponibles, les risques et dangers pour la santé et la sécurité de nos travailleurs.

Les principaux mandats sont :

- ▲ Agir comme animateur et promoteur de la prévention;
- ▲ Promouvoir la santé et le mieux-être;
- ▲ Assurer une vigie quant aux risques liés à l'environnement de travail;
- ▲ Identifier et documenter les accidents et les risques présents dans l'organisation;
- ▲ Recommander des mesures correctives pertinentes portant sur les espaces physiques et les processus de travail à risque;
- ▲ Sensibiliser l'organisation par la prévention et la promotion de saines habitudes.

Le comité paritaire en santé et sécurité du travail est coordonné et présidé par le partenaire d'affaires en ressources humaines ayant des responsabilités en prévention. Le chef au développement, à la planification de la main-d'œuvre et à la gestion de la présence au travail de la Direction des ressources humaines, supérieur immédiat du partenaire d'affaires est responsable et y agit à titre de soutien expert.

Le comité est sous la responsabilité de la Direction des ressources humaines.

### **Comité de gestion de la Direction des ressources financières, techniques et informationnelles (CGDRFTI)**

Ce comité vise à orienter et soutenir les actions des services financiers, comptables, techniques, informatiques, logistiques et auxiliaires sous la charge de la direction. Il vise à mettre en œuvre et évaluer les stratégies employées par la direction pour accomplir ses mandats. De façon générale, ce comité veille à s'assurer de la consolidation de l'engagement de l'équipe de gestion pour l'amélioration des services offerts aux clients de l'établissement et pour l'identification et la résorption des enjeux organisationnels et opérationnels. D'autre part, le comité a pour fonction de soutenir la continuité des opérations dans les installations. Les échanges permettent principalement de :

- ▲ Développer une vision commune des besoins des départements clients au niveau des budgets, des immobilisations, des technologies de l'information, des services auxiliaires, du mobilier, du matériel et des fournitures pour la région du Nord-du-Québec;
- ▲ Planifier, organiser, coordonner, déployer et évaluer l'ensemble des services sous la responsabilité de la Direction des ressources financières, techniques et informationnelles, et ce, en lien avec les

besoins des clients et les orientations gouvernementales contenues dans les offres de service, les plans triennaux, etc.;

- ▲ Conseiller les directions en regard des budgets, des immobilisations, des technologies de l'information, du mobilier, du matériel et des fournitures;
- ▲ Promouvoir et intégrer l'harmonisation, la standardisation et l'uniformisation dans l'utilisation des budgets, des immobilisations, des technologies de l'information, du mobilier, du matériel et des fournitures du CRSSS de la Baie-James;
- ▲ S'assurer de la saine gestion des multiples projets pilotés par la direction en collaboration des directions partenaires;
- ▲ Déterminer les modalités de gestion des dispositifs techniques, dont le contrôle d'accès et la sécurité.

Le comité est sous la responsabilité de la direction des ressources financières, techniques et informationnelles.

### **Comité de coordination des ressources informationnelles (CCRI)**

Ce comité coordonne les différents comités de coordination des technologies de l'information dont le comité de gestion des incidents de sécurité, le comité de concertation et de coordination du déploiement du Dossier santé Québec, le comité de gouvernance du dossier clinique informatisé et les autres comités de coordination des projets retenus à la planification triennale des projets en technologies de l'information et à la programmation annuelle.

Le mandat principal du comité de coordination des ressources informationnelles est :

- ▲ De soutenir le directeur et l'organisation dans l'application de la loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles et des activités qui y sont rattachées telles que la collecte des besoins, la planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles, la programmation annuelle, l'état de santé des projets, le bilan annuel des réalisations et autres activités du cadre de gestion;
- ▲ D'assurer la sécurité des actifs informationnels et les suivis rapides exigés lors d'incidents de sécurité mettant en péril la disponibilité, la confidentialité et l'intégrité des informations;
- ▲ D'assurer la concertation entre les différents acteurs impliqués et soutenir la coordination requise dans le cadre de la mise en œuvre et de l'implantation des projets retenus à la programmation annuelle;
- ▲ D'assurer la vigie et la conformité dans la gestion des applications cliniques, clinico-administratives et administratives;
- ▲ D'assurer l'optimisation des systèmes et des infrastructures régionales et locales en respectant les orientations ministérielles;
- ▲ S'assurer de la saine gestion des multiples projets pilotés par la direction en collaboration des directions partenaires;
- ▲ Déterminer les modalités de gestion des dispositifs techniques, dont le contrôle d'accès et la sécurité;
- ▲ Suivre l'évolution des travaux des équipes.

Le comité réunit les gestionnaires et professionnels impliqués dans les grands travaux en technologies de l'information. Au besoin, les gestionnaires impliqués dans la gouvernance des différents projets en cours de planification ou de réalisation, ainsi que les pilotes des applications cliniques, clinico-administratives et administratives et tout autre employé pouvant soutenir les mandats sont conviés à ce comité.

Le comité est sous la responsabilité de la Direction des ressources financières, techniques et informationnelles.

### **Comité de priorisation des équipements médicaux et médicaux spécialisés (CPEMMS)**

Le cadre de gestion encadrant l'achat des équipements oblige à fournir au ministère une priorisation des besoins. Le comité de priorisation des équipements médicaux et médicaux spécialisés a pour mandat :

- ▲ De recueillir les besoins auprès des gestionnaires cliniques, des cliniciens et des médecins des cinq centres de santé de la région;
- ▲ D'analyser les besoins mentionnés des cinq centres de santé et d'en établir la priorité de remplacement ou d'acquisition, et ce, en respectant les critères établis par les membres du comité dans le respect des enveloppes budgétaires octroyées par le ministère; le tout en vue de recommander une planification triennale au comité de direction, au président-directeur général et au conseil d'administration;
- ▲ De s'assurer de la collaboration maximale des partenaires visés afin d'obtenir le soutien nécessaire au maintien et au développement du parc d'équipements médicaux et médicaux spécialisés.

Le comité recommande donc la planification annuelle et stratégique (triennale) du maintien d'actifs de ces équipements et les demandes d'ajout au parc d'équipements ainsi que les arguments qui seront déposés au ministère et autres partenaires financiers le cas échéant.

Le comité relève de la Direction des ressources financières, techniques et informationnelles.

### **Comité de planification immobilière (CPI)**

Le cadre de gestion encadrant le maintien des actifs immobiliers et les rénovations fonctionnelles oblige à fournir au ministère une priorisation des activités de continuité et des projets. Un comité de planification immobilière est instauré dans l'établissement dont le rôle est :

- ▲ D'analyser les besoins des installations et de prioriser les projets de l'établissement dans le respect des enveloppes budgétaires octroyées par le ministère et des critères établis par les membres du comité; le tout en vue de recommander un plan de conservation et de fonctionnalité immobilières des installations au comité de direction, au président-directeur général et au conseil d'administration;
- ▲ De s'assurer de la mise en œuvre d'une saine gestion des installations, des stationnements, des baux de location, du parc de résidences domiciliaires;
- ▲ D'assurer l'attribution des locaux aux fins de la prestation des soins et services de même que pour les services de soutien dans les installations lors de révision importante ou de demande de changements d'occupation par un secteur;
- ▲ De soutenir la Direction des ressources financières, techniques et informationnelles dans la détermination des cibles stratégiques et tactiques en regard aux immobilisations, à l'efficacité énergétique, en matière de gestion de l'environnement et de développement durable;



- ▲ De s'assurer de la collaboration maximale des partenaires visés (fondations, ministère, etc.) afin d'obtenir le soutien nécessaire au développement et au maintien du parc immobilier.

Le comité relève de la Direction des ressources financières, techniques et informationnelles.

### **Comité d'uniformisation et d'utilisation des fournitures médicales (CUUFM)**

L'objectif de ce comité est principalement :

- ▲ D'assurer la sécurité et la qualité des services par la standardisation des pratiques;
- ▲ D'assurer l'uniformisation des fournitures médicales;
- ▲ De mettre en œuvre un processus décisionnel formel quant à l'ajout de nouvelles fournitures;
- ▲ De profiter au maximum des appels d'offres provinciaux et de réduire les coûts des fournitures médicales ou d'intégrer l'augmentation des volumes d'activités à l'intérieur des enveloppes actuelles;
- ▲ D'assurer la saine gestion et la vigie afin que les orientations prises par le comité et l'organisation soient respectées.

La standardisation des équipements et l'uniformisation des fournitures visent l'assurance de la sécurité et de la qualité des services ainsi qu'une saine gestion. Le comité recommande au président-directeur général les décisions plus critiques.

Le comité relève de la Direction des ressources financières, techniques et informationnelles.





