

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2016 2017

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière



Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

ISBN : 978-2-550-78605-4 (Imprimé)

ISBN : 978-2-550-78606-1 (Format PDF)

Dépôt légal : 3^e trimestre 2017

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

TABLE DES MATIÈRES

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS.....	1
2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS.....	3
3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS.....	4
Présentation de l'établissement.....	4
Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances.....	7
Les faits saillants.....	18
4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ.....	26
Les attentes spécifiques (Chapitre III) de l'entente de gestion et d'imputabilité 2016-2017.....	26
Évaluation de l'atteinte des engagements (Chapitre IV) de l'entente de gestion et d'imputabilité 2016-2017.....	31
5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ.....	74
L'Agrément.....	74
La sécurité des soins et des services.....	74
Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement.....	77
L'examen des plaintes et la promotion des droits.....	78
L'information et la consultation de la population.....	78
6. APPLICATION DE LA POLITIQUE CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE .	79
APPLICATION DE LA POLITIQUE CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE.....	80
7. LES RESSOURCES HUMAINES.....	81
Les ressources humaines de l'établissement au 31 mars 2017.....	81
La gestion et contrôle des effectifs pour l'établissement public.....	82
8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES.....	84
Rapport de la direction.....	84
Rapport de l'auditeur indépendant.....	85
Résultats financiers.....	87
Notes.....	96
L'équilibre budgétaire.....	99
Les contrats de services.....	99
9. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT.....	100
10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	105
Annexe 1 – Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.....	111

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS

Une deuxième année d'existence du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière se termine et nous sommes à même de constater l'importance des travaux qui furent réalisés tout au long des 24 derniers mois. La mise en place de notre structure organisationnelle a été amorcée et en très grande partie réalisée en 2015-2016. L'année 2016-2017 a été une année de consolidation et surtout, de mise en œuvre de grands chantiers de transformation et d'intégration visant autant les services rendus à la population lanaudoise, que les multiples formes de soutien permettant leur actualisation.

Définir les grandes balises donnant lieu à la mise en œuvre d'un nouvel établissement régional suppose de considérer toutes les dimensions qui l'anime et l'influence. C'est dans cette perspective que le CISSS de Lanaudière a su, en cours d'année, miser sur l'expertise de ses équipes pour développer une nouvelle vision intégrée des services. L'accès aux services aura d'ailleurs été un axe de travail fondamental dans tous les programmes et au sein de toutes les directions. Ce rapport témoigne d'ailleurs des importantes initiatives prises au chapitre du cheminement de l'utilisateur, que ce soit dans les services de santé physique ou les services sociaux.

Pour nous, réduire l'attente pour des services et transformer plusieurs de nos approches cliniques pour y parvenir a constitué un travail de tous les instants, partagé et assumé par des médecins, des gestionnaires et du personnel compétents et reconnus.

C'est aussi dans cette perspective que nous avons intensivement poursuivi notre travail avec nos partenaires du milieu. Les organismes communautaires, les commissions scolaires, les municipalités, les MRC et les représentants régionaux des ministères des Affaires municipales, de la Sécurité publique, de la Justice et de l'Emploi, notamment, sont autant de partenaires avec lesquels nous œuvrons quotidiennement et avec lesquels nous contribuons activement au mieux-être de la population lanaudoise.

Afin de permettre des dialogues francs, transparents et productifs, plusieurs événements de concertation et de coordination ont eu lieu, en cours d'année, tant au niveau des directions de l'établissement, qu'à celui de la Direction générale. À titre d'exemples, rappelons le projet de Carrefour d'excellence en santé avec la Commission scolaire des Samares, les rencontres régulières avec les préfets de la région pour discuter des enjeux de la région en matière de santé et de services sociaux et la démarche de concertation intersectorielle tenue sur l'itinérance, pour n'en nommer que quelques-uns.

L'année 2016-2017 a été une année de grands résultats. Nous avons au global amélioré l'accès aux services. Les statistiques présentées dans ce rapport, en lien avec le temps d'attente à l'urgence, l'accès à un médecin de famille, l'accès aux examens diagnostiques, notamment, le confirment significativement. Nous avons aussi amélioré notre qualité de réponse aux usagers en simplifiant plusieurs processus d'accès aux services. Ce n'est qu'un début, car les mois qui viennent nous permettront de procéder à l'intégration de différentes offres de service.

Les grands chantiers de nature clinique sont soutenus par les directions administratives et de soutien, qui elles aussi intègrent leurs processus et leurs services et font souvent preuve d'innovation.

Les défis sont nombreux et imposants sur le plan du développement de nos infrastructures et de leur entretien. Aux projets de construction qui sont prévus, s'ajoutent de nombreuses rénovations, alors que la consolidation des différentes équipes

cliniques suppose des déménagements de personnel et des transformations devant être apportées aux infrastructures existantes. Parallèlement, les ressources informationnelles, dont la gestion est assumée par le CISSS de Lanaudière, en même temps pour celles de Laval et des Laurentides, doivent être ajustées en continu aux différents besoins, dans le respect des dispositions ministérielles émises, de même que des normes de sécurité et de qualité requises.

Les nombreux projets et développements mis en œuvre, au fil des derniers 24 mois, impliquent en eux-mêmes deux grands défis : celui de pouvoir recruter, former et retenir des ressources humaines disponibles et compétentes et celui de respecter les différents cadres financiers en vue d'assurer le maintien de l'équilibre budgétaire. Ces grands défis sont au cœur de notre stabilité et de notre croissance et s'imposent comme des vecteurs fondamentaux au soutien de nos objectifs cliniques et administratifs. C'est dans cette perspective que le CISSS a procédé à un blitz de recrutement mettant à contribution une quarantaine de gestionnaires de l'établissement. Cette opération de recrutement massif a permis l'embauche de plus de 700 employés dans les secteurs cliniques et administratifs.

En conclusion, nous désirons profiter de la présentation de notre rapport annuel de gestion pour offrir aux membres du conseil d'administration, aux médecins spécialistes et omnipraticiens, aux gestionnaires et au personnel, aux bénévoles et aux différents partenaires, nos plus sincères remerciements pour le travail accompli et témoigner de notre fierté de travailler avec vous. Nous réussissons à développer notre établissement grâce à votre dévouement, votre engagement et votre contribution à la qualité des services rendus aux usagers. Recevez, à ce titre, notre reconnaissance.



Jacques Perreault
Président du conseil d'administration



Daniel Castonguay
Président-directeur général

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

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2016-2017 du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2017.



Daniel Castonguay
Président-directeur général

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

Présentation de l'établissement

Le CISSS de Lanaudière regroupe 61 installations, dont 2 centres hospitaliers, réparties dans 6 MRC sur un territoire de plus de 12 000 km². Plus de 10 000 personnes y partagent la responsabilité de promouvoir la santé et le bien-être de la population, d'accueillir, d'évaluer et de diriger les personnes et leurs proches vers les services requis ainsi que de prendre en charge, d'accompagner et de soutenir les personnes vulnérables. En tant qu'établissement, le CISSS doit offrir une gamme de services généraux de santé et de services sociaux ainsi que certains services spécialisés.

Afin de bien remplir leur mandat, le CISSS de Lanaudière et ses partenaires du réseau local de services identifient les besoins sociosanitaires visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, l'offre de service requise pour répondre aux besoins de la population et aux particularités de la région, les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau.

Ainsi, le CISSS de Lanaudière dispense la gamme de services suivants :

- promotion, prévention, dépistage;
- repérage, évaluation, diagnostic, soutien;
- accompagnement;
- hébergement;
- réadaptation :
 - déficience physique,
 - déficience intellectuelle,
 - jeunes en difficulté,
 - alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique;
- soins spécialisés, dont :
 - soins psychiatriques de longue durée,
 - services psychiatriques pour enfants et adolescents;
- services hospitaliers;
- services de CLSC;
- Info-Santé et Info-Social;
- protection de la jeunesse, adoption, recherche d'antécédents, retrouvailles, expertise à la Cour supérieure, services en délinquance;
- transport et hébergement pour les personnes handicapées;
- coordination administrative du Programme de dépistage du cancer du sein.

Plus spécifiquement, le CISSS a pour mandats de :

- planifier, coordonner, organiser et offrir à la population de son territoire l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles, et déterminer les mécanismes de coordination de ces derniers;
- garantir une planification régionale des ressources humaines;
- réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du MSSS en fonction de ses attentes;
- assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de son territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables;
- assurer une gestion de l'accès simplifié aux services;
- établir des ententes et des modalités en précisant les responsabilités réciproques et complémentaires avec les partenaires de son réseau territorial de services (RTS) comme les médecins, les organismes communautaires, les

- entreprises d'économie sociale, les pharmacies et les autres ressources privées, ainsi qu'avec d'autres établissements du réseau;
- intégrer les réseaux locaux de services (RLS) établis au profit du RTS.

Enfin, la responsabilité populationnelle du CISSS implique l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné en :

- rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population;
- assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis;
- agissant en amont sur les déterminants de la santé.

Autres établissements

Quatre CHSLD privés conventionnés offrent également le service d'hébergement sur le territoire de Lanaudière, dont deux situés au nord de la région, le CHSLD Heather et le CHSLD Le Château, et deux au sud de la région, le CHSLD de la Côte Boisée et le CHSLD Vigi Yves-Blais.

Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances

Le conseil d'administration

Membres

- PERREAULT, Jacques – Président - Membre indépendant – Expertise en protection de la jeunesse
- CASTONGUAY, Daniel - Président-directeur général
- BEAULIEU, Jean - Membre indépendant – Expertise en santé mentale
- BENOÎT, Yves - Membre indépendant – Expertise dans les organismes communautaires
- BOURRET, Étienne - Membre indépendant – Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux
- BRUNET, Michel - Membre indépendant - Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
- LANCTÔT, Marcel - Membre indépendant – Expertise en réadaptation
- LANGLAIS, Dre Nathalie - Membre désigné - Médecin spécialiste - Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
- NICOL, Ronald - Membre observateur - Fondation
- PARISÉ, Ginette - Membre désigné - Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
- PERREAULT, Chantale - Membre indépendant - Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
- POITRAS, Simon - Membre désigné - Conseil multidisciplinaire (CM)
- PRATA, Ghislaine - Membre indépendant – compétence en gouvernance ou éthique
- PROCHETTE, Dr Harry Max - Membre désigné - Médecin omnipraticien – Département régional de médecine générale (DRMG)
- PROVOST, Richard - Membre désigné - Comité des usagers (CUCI)
- THIBODEAU, Lucie - Membre indépendant – Compétence en gestion des risques, finances et comptabilité
- VALLÉE, Marc - Membre désigné - Comité régional des services pharmaceutiques
- VALLÉE, Nathalie - Membre nommé - Milieu de l'enseignement

Deux membres du conseil d'administration ont quitté en cours de mandat. Il s'agit de :

- BEAULIEU, Jean - Membre indépendant – Expertise en santé mentale (2017-03-20)
- BENOÎT, Yves - Membre indépendant – Expertise dans les organismes communautaires (2016-11-02)

Le conseil d'administration a tenu onze séances entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017.

Au cours de l'année 2016-2017, aucun cas n'a été traité en lien avec le code d'éthique et de déontologie des administrateurs et aucun manquement n'a été constaté.

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs se trouve à l'annexe 1 du rapport annuel de gestion et sur le site Web de l'établissement au www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca sous la rubrique *Conseil d'administration*.

Comité de gouvernance et d'éthique

Membres

- VALLÉE, Nathalie - Présidente
- CASTONGUAY, Daniel
- BOURRET, Étienne
- PERREAULT, Chantale
- PERREAULT, Jacques
- POITRAS, Simon
- PRATA, Ghislaine

Responsable du comité

- GAGNÉ, Christian

Faits saillants

Le comité de gouvernance et d'éthique s'est réuni à quatre reprises entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017.

Il a tenu sa première réunion en mai 2016. Conformément aux dispositions ministérielles et aux décisions émises par le conseil d'administration, il a procédé à la nomination de Madame Nathalie Vallée à titre de présidente.

Les fonctions principales du comité de gouvernance et d'éthique sont d'élaborer des méthodes claires de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement, de proposer un code d'éthique et de déontologie pour les membres du conseil d'administration et d'en assurer l'observance, de proposer un plan d'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration et de l'assortir d'une stratégie de formation pour les membres.

L'année 2016-2017 a été l'occasion de soutenir le développement de l'établissement. Le comité a été mis à contribution dans l'analyse et l'amélioration de l'ensemble des politiques organisationnelles en cheminement d'adoption par le conseil d'administration, en vue de structurer la gouvernance tant administrative que clinique au CISSS de Lanaudière. De plus, les responsabilités du comité incluent désormais l'analyse et le suivi des orientations proposées et adoptées par l'établissement en matière de gestion des ressources humaines.

Les dossiers suivants ont été traités par le comité de gouvernance et d'éthique en cours d'année 2016-2017 :

- travaux sur le projet de règlement interne concernant la protection de la jeunesse et l'application de la *Loi sur la protection de la jeunesse*;
- recommandation du projet de politique sur la sécurité de l'information;
- recommandation du projet de politique sur l'hébergement en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF);
- analyse de la politique sur les soins de fin de vie, telle qu'adoptée en décembre 2015;
- analyse et suivi périodique du tableau de bord organisationnel dans le suivi des différents projets en cours ou à réaliser;
- travaux sur le document « Mission-Valeurs-Défis » devant être adopté par l'établissement;
- analyse et suivi de la situation de la main-d'œuvre et de l'assurance salaire et appréciation des actions en cours, dont le recours à des spécialistes en soutien à certaines mesures, de même que l'appréciation des bilans de leurs travaux;
- validation du processus de révision des règlements et des politiques organisationnelles et appréciation des différents projets de renouvellement;

- recommandation du projet de politique sur le traitement des plaintes à des fins disciplinaires concernant les résidents en médecine;
- analyse de la stratégie proposée en matière d'alimentation en centre d'hébergement, en conformité avec les orientations ministérielles prescrites.

Comité de vérification

Membres

- THIBODEAU, Lucie – Présidente
- BEAULIEU, Jean (2017-03-20)
- BENOIT, Yves (2016-11-02)
- BOURRET, Étienne
- CASTONGUAY, Daniel
- NICOL, Ronald
- PERREAULT, Jacques
- PROVOST, Richard

Responsable du comité

- GAGNÉ, Pascale

Deux membres du comité de vérification ont quitté le comité en cours de mandat. Il s'agit de :

- BEAULIEU, Jean (2017-03-20)
- BENOIT, Yves (2016-11-02)

Faits saillants

Le comité de vérification s'est réuni à cinq reprises entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017.

Il a pris connaissance du budget 2016-2017 et en a proposé l'adoption au conseil d'administration de l'établissement.

Il a pris connaissance du rapport financier annuel ainsi que des recommandations des auditeurs internes et en a proposé l'adoption au conseil d'administration de l'établissement.

Il a suivi la situation financière du CISSS à chacune de ses rencontres.

Il a recommandé au conseil d'administration de l'établissement l'adoption de toutes les résolutions touchant les emprunts.

Il a entériné le plan d'audit externe.

Comité de vigilance et de la qualité

Membres

- LANCTÔT, Marcel - Président
- BRUNET, Michel
- CASTONGUAY, Daniel
- NICOL, Ronald
- PERREAULT, Jacques
- PROVOST, Richard

- THIBAUDEAU, Gaétan

Responsable du comité

- VALIQUETTE, Benoit

Faits saillants

Le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à quatre reprises entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017.

Il a effectué le suivi des recommandations formulées par le bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services, tout en portant une attention particulière aux situations présentant des enjeux plus importants.

Il a effectué le suivi des recommandations formulées par le Protecteur du citoyen à l'établissement.

Il a effectué le suivi des rencontres du comité de gestion des risques, notamment en lien avec le rapport trimestriel d'activité en gestion des risques (déclarations des événements indésirables) et le suivi des événements sentinelles.

Il a effectué le suivi des plans d'amélioration de la qualité découlant des visites d'agrément.

Il a effectué le suivi des plans d'amélioration découlant des visites ministérielles d'évaluation de la qualité des milieux de vie en centres d'hébergement, en ressources intermédiaires et en ressources de type familial.

Il a effectué le suivi de la certification des résidences privées pour aînés ainsi que des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance.

Il a donné l'avis de motion sur la politique sur l'hébergement en ressources intermédiaires et de type familial ainsi que sur le règlement sur le fonctionnement du comité d'éthique clinique.

Aucune recommandation n'a été déposée par le comité de vigilance et de la qualité au conseil d'administration de l'établissement.

Comité d'éthique et de la recherche

Membres réguliers

- MAYER, Caroline – Présidente - Représentante scientifique
- LAMBERT, Jean-François - Vice-président - Juriste (non affilié) secteur Sud
- BEAULIEU, Céline - Personne spécialisée en éthique (non affiliée)
- OUELLET, Nathalie - Représentante scientifique (non affiliée)
- MONTPETIT, Jocelyne - Représentante de la collectivité (non affiliée)
- ROBITAILLE, Dr Yves - Représentant scientifique

Membres suppléants

- BÉGIN, Mélanie - Juriste (non affiliée)
- LAVALLÉE, Johanne - Représentante scientifique
- TREMBLAY, Maude - Représentante scientifique (non affiliée)
- VINCENT, Carole - Représentante de la collectivité (non affiliée)

Faits saillants

Le comité d'éthique de la recherche s'est réuni à onze reprises entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017.

Il est issu d'une fusion des comités d'éthique de la recherche du CSSS du Nord de Lanaudière et du CSSS du Sud de Lanaudière.

Au cours de la dernière année, le comité a assuré le suivi de 19 projets de recherche et a évalué 7 nouvelles recherches.

Il a élaboré et adopté une nouvelle procédure liée à la déclaration des effets indésirables.

Comité de gestion des risques

Membres

- GOUBAYON, Anne – Présidente
- BERNARD, Nathalie
- CASTONGUAY, Daniel
- DUMAS, Isabelle
- GOYET, Noëlla
- HENRICHON, Jean
- LANGLOIS, Patric
- MORRISSETTE, Pierre
- ROBITAILLE, Jean
- VADNAIS, Manon
- VALIQUETTE, Benoit
- VALLÉE, Marc

Faits saillants

Le comité de gestion des risques s'est réuni à cinq reprises entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017.

Le comité a tenu sa première réunion en juillet 2016. Les membres se sont appropriés le mandat du comité, défini dans le règlement.

Le suivi des rapports trimestriels sur les incidents et accidents ainsi que des événements sentinelles et des mesures correctives s'y rattachant ont été assurés par le comité.

Le système local de surveillance fait état de 22 294 déclarations déposées en 2016-2017 pour le CISSS de Lanaudière (en comparaison de 18 519 l'an dernier).

La décentralisation de la déclaration des événements incidents/accidents (AH-223) a été réalisée dans toutes les unités de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur.

L'état de situation en prévention des infections est présenté à chaque rencontre du comité afin de suivre la tendance dans les installations.

Le comité assure une surveillance de l'évolution des travaux liés à la pharmacovigilance.

Le comité a pris connaissance des processus de contrôle qualité et des actions d'amélioration apportées par les secteurs de médecine transfusionnelle, tant au Nord, qu'au Sud de la région.

Les résultats des travaux réalisés par le Groupe Vigilance portant sur la prévention des chutes et les erreurs de médicaments ont été présentés aux membres du comité. L'évolution des travaux en réponse aux recommandations émises dans le plan d'action ministériel sera assurée par le comité.

Comité de révision

Membres

- BRUNET, Michel - Président et membre du CA
- DESJARDINS, Dre Valérie - Médecin pour le secteur Sud
- LEDOUX, Dre Élisabeth – Médecin pour le secteur Nord
- MORENCY, Dre Isabelle - Médecin pour le secteur Nord
- SIMARD, Dr Michel – Médecin pour le secteur Sud

Faits saillants

Le comité de révision s'est réuni à cinq reprises entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017.

Le comité a traité huit dossiers au cours de l'année 2016- 2017.

Suivant l'analyse des dossiers, les conclusions du médecin examinateur ont été maintenues dans cinq dossiers et un complément d'examen a été demandé dans les trois autres dossiers.

En ce qui concerne l'objet des plaintes formulées, une avait trait aux relations interpersonnelles et au respect de la confidentialité, alors que les sept autres concernaient les soins et services dispensés.

Conseil des infirmières et des infirmiers (CII)

Membres

- DONTIGNY, Marc - Président
- BERGERON, Sara-Ève
- BONIN, Josée
- BOULERICE, Martine
- FILION, Josée
- GUÉRETTE, Marie-Claude
- HAMELIN, Audrey
- LAFOREST, Mélissa
- LANDRY, Geneviève
- McCANDLESS, Sylvie
- VÉZINA, Johanne

Membres externes faisant partie du Comité exécutif du CII (CECII)

- BEAULIEU, Martin - Commission scolaire des Samares
- LEGRAND, Marco - CEGEP régional de Lanaudière
- ST-PIERRE, Liette - Université du Québec à Trois-Rivières
- PERREAULT, Nadia - Membre du conseil d'administration de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers Laurentides-Lanaudière

Faits saillants

Le conseil des infirmières et des infirmiers s'est réuni à sept reprises entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017.

Il a tenu son assemblée générale annuelle le 21 juin 2016, suivie d'une activité de reconnaissance où des prix ont été remis à des infirmières et infirmières auxiliaires de différentes catégories afin de reconnaître leur travail exceptionnel, de même qu'un prix équipe au sein de l'organisation.

Il a procédé au recrutement des membres invités, de même que des membres cooptés.

Il a adopté le règlement du Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA).

Il a créé et procédé au recrutement des membres du Comité relève infirmière (CRI) ainsi qu'élaboré son mandat.

Il a élaboré et mis en place son plan d'action 2016-2019.

Le conseil a aussi contribué à l'avancement des travaux portant sur :

- l'ordonnance collective - Glucose sanguin;
- la règle de soins - *Suivi clinique des usagers hospitalisés (soins actifs et niveau de soins alternatifs)*;
- le protocole infirmier - *Soins et surveillances post administration des médicaments pour la sédation-analgésie en endoscopie*;
- la procédure - *Administration d'oxygène lors de déplacements d'un usager*.

Il a été consulté en regard de la trajectoire clinique de la clientèle ayant subi un AVC. À cet effet, une lettre d'appui a été adressée aux adjointes à la Direction des services professionnels et à la Direction générale.

Le conseil a sollicité des rencontres, afin d'obtenir des compléments d'information, soit :

- la chef de service prévention et contrôle des infections, en regard des rapports périodiques de surveillance des infections nosocomiales, de même que des rapports d'audit d'hygiène des mains;
- la directrice du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées, concernant les modalités mises de l'avant pour revoir la composition des équipes et l'organisation du travail à la suite de l'annonce d'investissements majeurs pour l'embauche de personnel en soins infirmiers dans les centres d'hébergement (suivi à venir);
- le directeur adjoint du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées, afin qu'il présente les rapports de visites ministérielles en centre d'hébergement, de même que les plans d'amélioration de la qualité des milieux de vie qui en résultent (suivi à venir);
- la chef de service qualité organisationnelle et gestion des risques, en regard de la démarche de gestion des risques de l'organisation et de la démarche d'agrément (suivi à venir);
- la chef de service enseignement non médical et recherche, afin d'obtenir un état des projets de recherche en cours au sein du CISSS ayant un impact sur la pratique infirmière (suivi à venir);
- la directrice des soins infirmiers, afin de connaître les résultats d'audits relatifs à la pratique infirmière ainsi que les différents projets d'amélioration touchant la pratique infirmière et la composition des équipes. De plus, afin d'obtenir l'état de l'utilisation des plans de relève et un sommaire des impacts documentés sur la qualité et la sécurité des soins (suivi à venir).

Le conseil a créé un groupe Facebook CII-CIIA visant à rejoindre le plus grand nombre possible d'infirmières et d'infirmières auxiliaires. À ce jour, il compte près de 500 membres. Différentes informations et activités en lien avec le mandat du conseil y sont régulièrement diffusées.

Conseil multidisciplinaire (CM)

Membres élus

- MARTEL, Patrick - Président
- BOUDREAU, Julie
- CASTONGUAY, Daniel
- DAIGLE-BILODEAU, Véronique
- DOUTRELEPONT, Frédéric
- MASSE, Véronique
- PAYETTE, Véronique
- QUÉVILLON, France
- ST-MARTIN, Jacinthe
- TREMBLAY, Francis
- VIENS, Nathalie

Membres cooptés

- JACQUES, Caroline
- PAGÉ, Mathieu
- TRUFFY, Étienne

Trois membres du conseil multidisciplinaire ont quitté le conseil multidisciplinaire en cours de mandat. Il s'agit de :

- DOUTRELEPONT, Frédéric
- TREMBLAY, Francis
- VIENS, Nathalie

Faits saillants

Le conseil multidisciplinaire s'est réuni à cinq reprises entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017.

Deux membres de l'exécutif ont participé au colloque de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ).

Le conseil a assisté à la présentation du dossier AVC par Dre Line Duchesne, directrice intérimaire des services professionnels du CISSS.

Le président du conseil multidisciplinaire du CISSS a contribué aux travaux de préparation, de même qu'à la rencontre organisée, à la demande de l'ACMQ, dans le cadre de la tournée des CISSS et CIUSSS offrant des services de protection de la jeunesse, de la ministre déléguée à la protection de la jeunesse, à la santé publique et aux saines habitudes de vie, madame Lucie Charlebois.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Membres de l'exécutif

- DUONG, Dr Hoang - Président

- DROLET, Dre Manon - Première vice-présidente
- OLIVIER, Dr Jérôme - Deuxième vice-président
- AMIREAULT, Dr Philippe - Trésorier
- OUELLET, Dr Jérôme – Secrétaire
- CASTONGUAY, Daniel – Président-directeur général
- CHARBONNEAU, Dre Valérie - Omnipraticienne
- DUBÉ, Françoise - Pharmacienne
- REGGAD, Dre Bouchra - Omnipraticienne
- ROBERGE, Dr Guillaume – Interniste

Faits saillants

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens s'est réuni à dix-sept reprises entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017.

Il a procédé à la gestion des affaires courantes du conseil.

Il a offert son soutien aux comités et départements de l'établissement.

Le conseil a procédé à l'approbation d'algorithmes, d'ordonnances collectives et de règles d'utilisation des médicaments.

Il a participé à la défense et à la surveillance de la qualité des soins aux patients.

Conseil des sages-femmes

Membres

- BEAUDOIN DION, Sophie - Sage-femme - Secrétaire (2016-01-13 au 2016-09-15) et Présidente (2016-09-15 à ce jour)
- LACAS, Janie - Sage-femme - Présidente intérimaire jusqu'au 15 septembre 2016 (fin de mandat)
- BENMEBAREK, Souad - Sage-femme - Vice-présidente (2016-09-15- à ce jour)
- KELLY, Sarah - Sage-femme - Vice-présidente jusqu'au 19 août 2016.
- AUCOIN CRÊTE, Kalina - Sage-femme - Secrétaire (2016-09-15- à ce jour)
- CASTONGUAY, Daniel – PDG - Membre d'office
- GOUBAYON, Anne - Responsable des services de sage-femme - Membre d'office

Un membre a quitté le conseil en cours de mandat. Il s'agit de :

- KELLY, Sarah - Sage-femme - Vice-présidente jusqu'au 19 août 2016.

Faits saillants

Le conseil des sages-femmes s'est réuni à trois reprises entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017.

Il a procédé à l'élection de son nouveau comité exécutif le 15 septembre 2016, lors de son assemblée générale annuelle.

Il a mis sur pied son comité de la qualité de l'acte.

Il a procédé à l'adoption de quatre consensus cliniques et d'une procédure pour l'attribution des contrats de sage-femme.

Il a poursuivi ses démarches en vue de l'ouverture d'une maison de naissances sur le territoire et participé à l'élaboration du plan fonctionnel et technique de cette dernière.

Il a rencontré l'équipe obstétricale du CHRDL afin de mettre en place les ententes prévues dans le plan de déploiement des services de sages-femmes au Nord de la région.

Le conseil est heureux de souligner l'inscription de 345 femmes au Service de sages-femmes, de même que la réalisation de 195 accouchements. De plus, il se réjouit de l'arrivée de 5 nouvelles ressources au sein de l'équipe.

Comité des usagers du CISSS de Lanaudière (CUCI)

Membres

- GOYET, Noëlla – Présidente, jusqu'au 17 janvier 2017
- PROVOST, Richard -Vice-président et Président intérimaire, à compter du 17 janvier 2017
- LAPENSÉE, Yves - Trésorier
- LEMAY, Doris - Secrétaire
- ALLARD, Raymond – Administrateur
- HUARD, Roseline - Personne-ressource
- RIVEST, Normand - Administrateur
- ALLARD, Claudine
- AMYOT, Thérèse
- BEAULIEU, André
- DE CARUFEL, Cathy
- DUMAINE, Michel
- HENRICHON, Jean
- LANDRY, Claudine
- LEVASSEUR, Claudine
- MARCHAND, Pierre
- RACICOT, Nancy-Jacinthe
- RACICOT, Patrick

Trois membres du comité des usagers du CISSS de Lanaudière ont quitté le comité en cours de mandat. Il s'agit de :

- DUMAINE, Michel
- HENRICHON, Jean
- RACICOT, Nancy-Jacinthe

Faits saillants

Le comité des usagers du CISSS de Lanaudière s'est réuni à quatorze reprises entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017.

Il a procédé à l'amendement des règlements du CUCI.

Il a délégué M. Richard Provost à titre de membre du conseil d'administration du CISSS de Lanaudière.

Il a assisté à différentes présentations, notamment sur les résultats des sondages de satisfaction de la clientèle réalisés dans le cadre de la démarche d'agrément, sur l'organigramme du CISSS, de même que sur divers projets de politiques de l'établissement.

Il a soumis une position au CISSS concernant la grille tarifaire des stationnements et le projet de politique sur les environnements sans fumée.

Le CUCI a participé aux travaux de divers comités du CISSS (groupe interdisciplinaire de soutien, comité de gestion des risques et comité pour l'intégration des personnes handicapées), de même qu'au congrès du Regroupement provincial des comités des usagers.

Le CUCI a participé à des réunions en vue de préparer les forums populationnels qui débiteront à l'automne 2017.

Il a utilisé les surplus budgétaires 2015-2016 des comités des usagers afin d'élaborer et de réaliser des projets conjoints visant à faire connaître le CUCI à la population notamment.

Le président du CUCI a participé à la journée des présidents des CUCI organisée par le Regroupement provincial des comités des usagers.

Les faits saillants

Au cours de l'année financière 2016-2017, dans le respect de ses paramètres financiers et de la planification stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le CISSS de Lanaudière a travaillé à l'atteinte des cibles de l'entente de gestion et d'imputabilité en intensifiant ses travaux sur le cheminement de l'utilisateur et sur l'intégration des services. Ses équipes ont consenti beaucoup d'efforts à l'amélioration de l'accès, de même qu'à la consolidation et à la bonification de l'offre de service. Tous ces travaux ont été menés dans une perspective de transformation des pratiques, des outils cliniques et des processus de travail afin d'en améliorer l'efficacité et la pertinence pour la population à desservir.

En 2016-2017, la région de Lanaudière s'est vue allouer un montant de 10 733 000 \$ en soutien à l'équité interrégionale par le MSSS. De plus, le Ministère a fait l'annonce d'investissements majeurs dans les programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées, soit 2 805 600 \$ pour l'ajout de personnel en centre d'hébergement, 3 776 683 \$ pour l'ajout de places en hébergement et 2 665 610 \$ pour bonifier le soutien à domicile. Ces marges de manœuvre ont permis l'augmentation des heures travaillées, améliorant ainsi l'accès aux soins et services.

Tout au long de l'exercice financier, le CISSS a respecté les règles d'attribution budgétaires dans l'ensemble de ses programmes-services. Il a procédé au déploiement de mesures d'optimisation et d'intégration lui permettant de développer son offre de service à la population. De même, il a effectué une reddition de comptes soutenue, rigoureuse, régulière et de qualité, ce qui a été souligné et salué par le Ministère.

Enfin, au cours de la dernière année financière, plusieurs travaux ont été conduits afin de recruter du personnel et de stabiliser les équipes.

Amélioration de l'accès aux services

Dans une perspective d'intégration des services visant à en simplifier et à en améliorer l'accès pour le citoyen, le CISSS s'est efforcé de maximiser les ressources disponibles pour faire vivre son offre de service. De même, il a procédé à la révision des mécanismes d'accès dans tous ses programmes-services. À titre d'exemple, des travaux ont été réalisés pour améliorer le cheminement de l'utilisateur. Ces travaux ont mis à contribution l'ensemble des directions de l'établissement, lesquelles ont été impliquées dans la mise en place de plusieurs dizaines de mesures importantes en vue de favoriser une meilleure fluidité dans les soins et services à offrir.

Urgence

Des travaux d'intégration et de continuité des soins ont permis de diminuer l'attente moyenne dans les urgences des deux hôpitaux du territoire. Ainsi, à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence est passée de 22,6 heures en 2015-2016, à 19,7 heures en 2016-2017 (- 3 heures), alors qu'elle est passée de 18,5 heures à 18 heures au Centre hospitalier régional De Lanaudière (- 0,5 heure).

Médecins de famille

L'accès à un médecin de famille pour la population de Lanaudière s'est également amélioré. À la création du CISSS, en avril 2015, 63 % de la population de Lanaudière avait accès à un médecin de famille. À la fin de l'année financière 2016-2017, ce pourcentage se situe à 76 %, ce qui représente 371 533 personnes ayant accès à un médecin de famille. En 2016-2017, Lanaudière compte d'ailleurs 32 médecins de famille de plus. Sur la base de ces résultats, le CISSS compte atteindre la cible du MSSS en décembre 2017, laquelle fixe à 85 % le pourcentage de sa population devant avoir accès à un médecin de famille.

Services médicaux

Avec l'avènement de la *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*, la réorganisation de l'offre des services médicaux au sein des hôpitaux et dans la communauté, notamment par les liens étroits entretenus avec les groupes de médecine familiale (GMF) et les groupes de médecine familiale universitaires (GMF-U), a permis une amélioration de l'accès aux services. La clientèle peut ainsi recevoir des soins plus rapidement, dans son milieu, et être orientée, au besoin, vers les services appropriés.

De même, afin d'assurer une réponse adéquate à l'ensemble des besoins de la population, le CISSS a mis en place des mesures permettant de maintenir ou de réviser l'accès à des corridors de services interrégionaux, notamment avec les établissements offrant des soins tertiaires.

Chirurgie

Le plan d'accès du CISSS pour les chirurgies de six mois et de moins d'un an est en cours afin de permettre l'atteinte des cibles ministérielles.

Courte durée physique

Des travaux ont également été réalisés afin d'améliorer le cheminement de l'utilisateur, notamment en courte durée physique. Pour la clientèle nécessitant des soins de réadaptation à la suite d'une chirurgie, par exemple, ces travaux ont permis une diminution de la durée de séjour. Les travaux sur l'amélioration du cheminement de l'utilisateur constituent, rappelons-le, un maillon important dans la gestion des clientèles hospitalisées en fin de soins actifs et leur orientation plus rapide vers des services alternatifs offerts en dehors des hôpitaux.

Jeunesse

Les services aux jeunes et aux familles sont en nette amélioration sur le plan de l'accessibilité et de la qualité. En effet, l'attente a été réduite de 20 % cette année en ce qui concerne les services de proximité. Ces derniers ont été consolidés avec la poursuite de la mise en place du continuum de services. Se faisant, l'augmentation des signalements en protection de la jeunesse, qui s'est traduite par une pression sur les services de prise en charge et d'hébergement, a pu être contenue.

Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

L'année 2016-2017 aura été déterminante pour l'organisation des services offerts à la clientèle déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique. D'abord, les cibles du plan d'accès ministériel ont été respectées et, dans une optique d'amélioration de l'offre de service, différentes stratégies cliniques ont été mises en place afin de miser sur les bonnes pratiques, tant au niveau de la gestion que dans les interventions. Ces initiatives ont constitué un point de départ, alors que l'offre de service de proximité, l'adaptation des milieux d'hébergement et leur diversification, le soutien aux familles par du répit et le développement d'activités socioprofessionnelles seront au rendez-vous des priorités de la prochaine année.

Santé mentale

En santé mentale, le CISSS a développé de nouvelles approches plus pertinentes pour offrir les services et, en collaboration avec ses psychiatres, recentrer la pratique clinique, notamment en ce qui a trait à l'évaluation du patient.

En santé mentale adulte, la liste d'attente pour un premier service de première ligne a diminué de 50 % entre le 31 mars 2016 et le 31 mars 2017. Pour la même période, la

liste d'attente pour une consultation médicale en psychiatrie (deuxième ligne), a diminué de 77,8 %.

Soutien à domicile

Les investissements consentis à la fin de l'année 2015-2016 en soutien à domicile (SAD) pour la clientèle âgée en perte d'autonomie et les personnes ayant une déficience se sont réellement matérialisés au cours de la dernière année financière. Ainsi, au 31 mars 2017, 6 067 usagers recevaient des services en SAD de longue durée, soit 572 usagers de plus que l'an dernier à la même date, ce qui représente une augmentation de 10,4 %. De même, au cours de la même période, le nombre total d'heures de service de SAD a été de 709 579, soit 36 479 heures de plus que l'an dernier, ce qui représente une augmentation de 5,4 %. Au cours de la dernière année, la clientèle a donc bénéficié d'une augmentation et d'une intensification des interventions, améliorant ainsi la qualité des soins offerts.

Hébergement

Toujours grâce à de nouveaux investissements consentis par le MSSS pour l'ajout de 72 places, dont 32 places en soins de longue durée, 31 nouvelles places en réadaptation et 9 nouvelles places en santé mentale, le CISSS a entamé des travaux de diversification de son offre de service en hébergement. Ainsi, au Centre d'hébergement Parphilia-Ferland, des travaux sont en cours pour l'implantation de 5 places visant l'accueil d'une clientèle en perte d'autonomie vivant des situations multiproblématiques.

Soulignons que la trajectoire de soins en jeunesse a également été revue et qu'un scénario de diversification des places en hébergement est à l'étude afin de mieux répondre aux besoins particuliers de la clientèle, notamment en trouble du spectre de l'autisme.

À la suite d'un processus d'analyse rigoureux, le CISSS a raffermi ses critères de sélection des ressources intermédiaires (RI) et des ressources de type familial (RTF) et en a centralisé la gestion à la Direction générale. Cette décision a pour but de dégager des marges de manœuvre dans la répartition, de même que dans la diversification des types d'hébergements pour les clientèles en difficulté, ce qui s'est déjà concrétisé. De plus, cette mesure permet de mieux respecter les attentes ministérielles, notamment en ce qui a trait au maintien d'un fichier des RI et RTF ayant conclu une entente avec l'établissement.

Services de soutien aux diagnostics

Enfin, la réorganisation des services et l'augmentation des plages horaires pour les services de soutien aux diagnostics ont permis une diminution des listes d'attente dans ce secteur d'activité.

Examens diagnostiques 2015-2016 VS 2016-2017				
Examen	2015-2016	2016-2017	Écart en nbre	Écart en %
IRM	9 384	11 927	+ 2 543	+ 27 %
Ct-Scan	49 150	56 881	+ 7 731	+ 17,7 %
Échographie	49 097	52 217	+ 3 120	+ 6,4 %
Total	107 631	121 025	13 394	+ 12,4 %

Bonification de l'offre de service

Parallèlement aux travaux menés afin d'améliorer l'accès, des travaux se sont poursuivis pour bonifier l'offre de service.

Santé mentale

Ainsi, en santé mentale, la collaboration avec le milieu communautaire s'est intensifiée de façon intégrée. Des investissements ont d'ailleurs permis de développer des partenariats mieux définis par la signature de nouveaux protocoles en matière d'itinérance, de lutte aux toxicomanies et d'intervention en matière d'abus sexuels. À cet égard, soulignons le partenariat développé avec Bell et les deux fondations du Nord et du Sud de Lanaudière, lequel a permis la mise en place de programmes de groupes dans la communauté en soutien aux personnes vivant avec des troubles de personnalité limites.

Services aux jeunes et aux familles

En 2016-2017, la région, à l'instar de la province, a connu une hausse de signalements à la Direction de la protection de la jeunesse. Des travaux sont donc en cours dans le secteur jeunesse afin d'identifier les déterminants de cette tendance et d'en réduire les effets, notamment par une reprogrammation des services offerts à cette clientèle en première ligne.

De plus, afin de soutenir les équipes en protection de la jeunesse aux prises avec une surcharge de travail due à l'augmentation des signalements, une équipe volante de six intervenants seniors, capables de gérer des situations multiproblématiques, a été mise en place. Il s'agit là d'un modèle novateur qui a permis de limiter les impacts de l'augmentation de l'achalandage en protection de la jeunesse.

Toujours dans une optique de bonification de l'offre de service en jeunesse, le programme Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE), déployé en CLSC, a été intégré à la Direction de la protection de la jeunesse. Ce faisant, des équipes outillées pour travailler en situation de crise peuvent désormais desservir une plus large clientèle.

D'importants travaux ont été lancés afin d'offrir à la population une seule porte d'entrée pour l'ensemble des services offerts aux jeunes et aux familles. C'est ainsi que l'équipe de cliniciens a travaillé de façon intense avec les pédopsychiatres afin d'animer l'offre de service dans cette spécialité, notamment.

Pour la clientèle « jeunes en difficultés », un projet d'ouverture de foyer de groupe de 16 places a été lancé au Sud de la région.

En ce qui concerne l'offre de service à la communauté Atikamekw de Manawan, des travaux sont en cours afin de renouveler l'entente de services.

Enfin, de nouveaux guides visant le soutien de la pratique sociojudiciaire ont été implantés.

Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

Pour la clientèle déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP), un partenariat avec le milieu communautaire a été développé afin de bonifier l'offre d'hébergement pour la clientèle polyhandicapée. C'est ainsi que la ressource DIANOVA est désormais en mesure d'accueillir cette clientèle aux besoins particuliers.

En DI-TSA-DP, en plus d'avoir rehaussé l'offre de soutien à domicile pour cette clientèle, les travaux de diversification de l'offre de répit spécialisée pour les parents et les proches aidants en besoin se sont poursuivis.

Cancer colorectal

En 2016-2017, le CISSS a entrepris ses travaux pour la mise en place des éléments nécessaires au lancement du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal prévu pour 2018.

Hébergement

Au cours de la dernière année financière, les trois centres d'hébergement du Sud de la région ont reçu une visite ministérielle. Suivant les recommandations émises lors de ces rencontres, d'importants travaux se sont tenus dans une perspective d'amélioration continue des services offerts à cette clientèle.

Conformément au plan ministériel, le CISSS a travaillé à la mise en place de la nouvelle offre alimentaire en centre d'hébergement. L'avancement des travaux permet d'affirmer que les délais d'implantation des nouveaux menus répondant aux directives seront rencontrés, au plus tard, en mars 2018, et ce, dans tous les centres d'hébergement de l'établissement.

Soulignons enfin que grâce à l'investissement de 2 805 600 \$, 72 personnes s'ajouteront aux équipes des centres d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie, soit 68 réposés aux bénéficiaires et 4 infirmières.

Le CISSS et ses partenaires du milieu

Afin d'assurer le déploiement de la Politique gouvernementale de prévention de la santé, le CISSS poursuit sa mobilisation auprès de ses partenaires intersectoriels. À cet égard, Lanaudière bénéficie de liens étroits développés au fil des ans avec les partenaires du milieu, notamment par les équipes de santé publique, qu'on parle des municipalités, des milieux scolaires et du milieu communautaire. La région se distingue de plus par le niveau d'intégration de la santé publique à l'offre de service globale de l'établissement, ce qui est de bon augure pour le déploiement de la nouvelle politique.

Depuis sa création, le CISSS a poursuivi cette tradition de présence dans la communauté. Ainsi, ses organisateurs communautaires (OC) participent à toutes les tables ainsi qu'à tous les forums de partenaires, facilitant les liens de collaboration dans l'offre de service en santé publique, de même que dans l'offre de service globale de l'établissement. Mode d'intervention auquel il croit et qu'il estime très porteur, le CISSS s'appuie sur l'analyse que font ses OC des problématiques psychosociales ou vécues dans ses communautés afin d'y adapter ses actions.

Ces caractéristiques de la région ont aussi une incidence sur la mise en œuvre du Plan d'action régional de santé publique, adopté en décembre 2016, lequel a fait l'objet d'une vaste consultation dans le milieu afin de bien refléter les caractéristiques propres de la région et de bien répondre à ses besoins.

Soulignons enfin que le CISSS a développé, avec le milieu communautaire, un cadre de financement et un cadre de gestion pour l'octroi des subventions du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) qui ont été adoptés par le conseil d'administration de l'établissement en juin 2016. Grâce à ces outils de gestion novateurs, le CISSS est en mesure de mieux gérer ses subventions aux organismes communautaires, tout en s'assurant d'une bonne collaboration de ces derniers.

Accessibilité aux services en langue anglaise

Au cours de la dernière année financière, le CISSS de Lanaudière a poursuivi ses travaux avec la communauté anglophone afin de maintenir à jour son plan d'accès aux services pour les personnes d'expression anglaise vivant sur son territoire.

Un comité impliquant les directions de l'établissement ainsi que des membres du conseil d'administration a d'ailleurs été mis en place dans le but d'analyser, en continu, l'offre de service afin qu'elle reflète bien les attentes signifiées à cet égard.

En raison d'une qualité de traduction jugée insuffisante ou nécessitant des ajustements mineurs, une soixantaine de documents ont été révisés. De plus, une cinquantaine de nouveaux documents en lien avec l'accessibilité aux services ont été traduits.

Soulignons enfin qu'en 2016-2017, la rédaction du nouveau programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise, selon les modalités prescrites par le MSSS, a été entreprise.

Une organisation en mouvement

Gouvernance

En cours d'année, le CISSS de Lanaudière a complété ses travaux visant la mise en place des différents comités du conseil d'administration, mettant l'accent sur les modalités de fonctionnement de ces derniers. Ce faisant, le CISSS accorde une place prépondérante à ses comités dans la gouvernance de l'établissement, principe directeur qui s'applique également à son comité des usagers. D'ailleurs, le CISSS a tenu plusieurs rencontres avec son comité des usagers et est à élaborer avec lui le contenu ainsi que le calendrier des forums populationnels qui débiteront à l'automne 2017.

Gestion de l'information clinique

En matière de technologie, d'importants travaux ont été amorcés afin de respecter les étapes d'implantation de Cristal-Net, la nouvelle application de gestion de l'information clinique au sein des CISSS et des CIUSSS du Québec.

Projet d'optimisation des services de biologie médicale (Optilab)

Au cours de l'année 2016-2017, dans le cadre du projet d'optimisation des services de biologie médicale, Optilab, le plan d'action visant le regroupement administratif des neuf laboratoires des régions de Laval, de Lanaudière et des Laurentides s'est poursuivi. Tout au long de l'année, plusieurs rencontres se sont tenues entre les trois régions concernées. De même, les employés visés par ce transfert d'activité ont été rencontrés à plusieurs reprises afin d'assurer la transition, à la date prévue, soit le 1^{er} avril 2017.

Ressources humaines

En ce qui concerne les ressources humaines, deux chantiers ont particulièrement occupé les équipes du CISSS. D'une part, en dotant les postes toujours vacants au sein de la structure par un blitz de recrutement mettant à contribution une quarantaine de gestionnaires de l'établissement. Cette opération de recrutement massif a permis l'embauche de plus de 700 ressources, autant en soins infirmiers (incluant les préposés aux bénéficiaires), que dans les secteurs psychosocial et administratif. De même, en poursuivant ses travaux en lien avec la gestion de la présence au travail en vue d'en réduire l'incidence sur l'organisation des services.

Enfin, afin de favoriser un accès régulier à une main d'œuvre compétente et en quantité suffisante, le CISSS a procédé à une refonte complète de son système de recrutement et de gestion des stages.

Lanaudière : une région qui se démarque

À travers tous les travaux entourant la transformation du réseau et l'atteinte des cibles ministérielles, il est important de faire ressortir des réalisations et des distinctions qui font du CISSS de Lanaudière un établissement qui se démarque. En voici quelques-unes :

Prix d'excellence du MSSS

Dans le cadre de la 34^e édition des Prix d'excellence du MSSS, le CISSS a reçu une mention d'honneur dans la catégorie *Personnalisation des soins* pour son projet Vélo-tour. Dédié à la clientèle hébergée en perte d'autonomie, ce projet permet à des personnes âgées, accompagnées par un pédaleur, de sillonner les rues de leur quartier sur des vélos adaptés à leur condition.

Prix Hippocrate

Deux équipes du CISSS se sont distinguées dans le cadre de l'édition 2016 des *Prix Hippocrate*. Dr Pierre-Jean Maziade, microbiologiste à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, s'est mérité le prix destiné à une équipe de professionnels de la santé ayant mis de l'avant des pratiques visant à améliorer la santé et le bien-être des patients, grâce à l'implantation d'une approche multidisciplinaire dans la lutte aux infections au Clostridium difficile. De même, Dr Sébastien Hains, podiatre et toute l'équipe du Centre hospitalier régional de Lanaudière, ont reçu la mention honorable du jury pour l'instauration d'une équipe interdisciplinaire en soins de plaies chez les personnes diabétiques.

Prix de cancérologie 2016

Lors du congrès annuel du Réseau de cancérologie du Québec, Dre Laurence Éloy, médecin-conseil au Département de médecine préventive et représentante de la santé publique au sein du comité régional de cancérologie, Dr Jacques Laplante, hémato-oncologue, Mme Astrid Mageren, coordonnatrice clinico-administrative des programmes cancérologie, endoscopie et activités chirurgicales, ainsi que leurs homologues des CISSS de Laval et des Laurentides ont remporté un prix de cancérologie 2016 dans la catégorie *Évolution de la pratique*, pour leur projet de Colloque annuel de cancérologie des 3L (Laval, Laurentides et Lanaudière) : une journée de formation et de réseautage à l'intention des professionnels de première ligne et des équipes de cancérologie.

Prix de publication

Le *Prix publication – Recherche*, de l'Ordre des des psychoéducateurs et des psychoéducatrices du Québec a été remis à M. Claude Julien, technicien en éducation spécialisée auprès des jeunes en difficulté de l'établissement et à M. Jonathan Bluteau, psychoéducateur et professeur à l'UQAM pour la publication de *In Vivo*, un programme d'intervention original destiné aux adolescents aux prises avec une problématique d'anxiété, de dépression ou d'agressivité. Le Prix publication met en évidence une publication qui vise l'amélioration de la pratique par le développement des connaissances.

Prix d'excellence de l'AGESSS

Pour son implication dans la communauté, au sein de son établissement et dans son secteur d'activité, Mme Chantale Marchand, chef en centre jeunesse – réadaptation en internat de l'établissement s'est vue remettre un prix d'excellence de l'Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS).

Carrefour d'excellence en santé

Grâce au don d'un terrain adjacent au Centre hospitalier régional de Lanaudière par le CISSS, la Commission scolaire des Samares a entrepris les travaux de construction d'un nouveau lieu de formation professionnelle destinée aux programmes de formation dans les domaines suivants : santé, assistance et soins infirmiers, assistance à la personne à

domicile, assistance à la personne en établissement de santé, hygiène et salubrité en milieu de santé et assistance technique en pharmacie. Ce projet de mobilisation et de collaboration entre le milieu scolaire et le réseau de la santé et des services sociaux permettra de former la relève dans plusieurs secteurs d'emplois, assurant ainsi une meilleure capacité de recrutement et de rétention pour les années à venir.

Itinérance

Dans la foulée du plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020, le CISSS de Lanaudière a rassemblé ses partenaires des secteurs de l'emploi, de l'éducation, du revenu, du logement, du milieu communautaire et des affaires municipales afin de rappeler la nécessité d'établir une concertation régionale intersectorielle pour aborder efficacement ce phénomène social des plus complexes. Différentes actions visant à prévenir et à réduire l'itinérance dans la région ont été proposées par les participants. Tous ont reconnu l'importance d'harmoniser les actions en vue de répondre adéquatement aux besoins et à la réalité des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir. Lors de cette rencontre, le CISSS a réaffirmé son engagement à assurer un leadership et un soutien sur le plan de la concertation et de la coordination des actions régionales dans ce dossier.

Journée Clinico juridique

Une rencontre avec les partenaires du milieu est organisée annuellement afin de mieux faire connaître l'offre de service aux jeunes suivis en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* et la *Loi sur le système de justice pénale pour adolescents*. Ces rencontres permettent un meilleur arrimage entre les partenaires, et ce, au bénéfice de cette jeune clientèle.

Projet novateur d'équithérapie

Des jeunes hébergés en centres jeunesse ont bénéficié d'une approche novatrice visant à améliorer l'estime de soi grâce aux vertus de l'équithérapie. Une équipe de 7 finissants en éducation spécialisée du Cégep régional de Lanaudière ont ainsi offert à 7 jeunes de 9 à 16 ans, 7 séances assistées par le cheval, qui devient un outil d'intervention.

Des outils cliniques qui soutiennent l'autonomie

Des intervenantes en physiothérapie ont développé un outil clinique permettant au personnel ainsi qu'aux proches des personnes âgées hospitalisées d'encourager la mobilisation de cette clientèle. Il s'agit d'un tableau d'émulation à la marche créé en vue de stimuler la motivation et de responsabiliser la clientèle à sa propre santé. Cet outil a également été adapté pour une utilisation auprès de la clientèle hospitalisée moins autonome et moins mobile.

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

Les attentes spécifiques (Chapitre III) de l'entente de gestion et d'imputabilité 2016-2017

Section I : Santé publique (DGSP)

1.1. Bilan des activités réalisées

Un bilan faisant état des ressources humaines consenties pour la mise en œuvre des activités selon le centre d'activité (nombre de personnes travaillant à temps complet ou son équivalent temps complet) et des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.

État : R - Réalisé à 100 %.

1.2. Comité prévention et contrôle des infections nosocomiales

Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et la composition de ce comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales - Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec », Santé et Services sociaux Québec, 2006. La mise à jour de ce dernier est en cours et sa publication est prévue en décembre 2016.

État : R - Réalisé à 100 %.

Section II : Services sociaux (DGSS)

2.1. Liste des installations et organismes au sein du RSSS devant implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance

L'établissement devra transmettre une liste des installations et organismes de sa région devant implanter le protocole. Un gabarit à compléter sera fourni, lequel comportera des indications permettant l'identification des installations et organismes pertinents. La liste des installations et organismes transmise permettra de déterminer la cible pour l'établissement, ainsi que la cible nationale, associée à l'indicateur.

Commentaire : Bulletin EGI Vol 12 No 29 : Livrable reporté en 2017-2018.

État : NA – Non applicable.

2.2. Programme d'intervention en négligence

Le formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'utilisateurs ayant participé au programme.

Commentaire : GESTRED Formulaire 805 (P13).

État : R – Réalisé à 100 %

2.3. Consolidation du service de consultation téléphonique psychosocial 24/7 (Info-Social)

L'établissement doit produire un état de situation afin d'exposer les mesures prises pour respecter et atteindre les standards comme prescrit dans l'offre de services sociaux généraux.

État : R – Réalisé à 100 %.

2.4. Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en centre d'hébergement de soins de longue durée public

L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention.

Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.

État : R – Réalisé à 100 %.

2.5. Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité

L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.

État : R – Réalisé à 100 %.

2.6. Application du nouveau lexique des variables du relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier

L'établissement doit produire un état de situation sur l'application du nouveau lexique RQSUCH. Celui-ci devra faire état des actions entreprises pour, d'une part, s'assurer de la validité des données dans le contexte d'un changement au niveau des variables, et d'autre part, actualiser les quatre principes directeurs visant à instaurer de meilleures pratiques dans l'organisation et la dispensation des soins et services.

État : R – Réalisé à 100 %.

2.7. Portrait des lits de soins et services postaigus

L'établissement doit produire un état de situation pour documenter l'offre de lits de soins et services postaigus qui contiendra, notamment, son rôle et fonctionnement, les clientèles desservies ainsi que les ressources et les mécanismes de liaison avec les autres composantes du continuum.

État : R – Réalisé à 100 %.

Section III : Services de santé et de médecine universitaire (DGSSMU)

3.1 Suivi de l'accès aux services spécialisés et atteinte des cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec

Un plan de travail permettant d'atteindre les cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec lié à la *Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée* (2015, chapitre 25) doit être déposé. Par la suite, un suivi régulier des résultats de ce plan de travail sera fait sous la forme d'états de situation.

Commentaire : Bulletin EGI Vol 12 No 27 : Livrable annulé pour 2016-2107.

Résultat : NA – Non applicable.

3.2 Maladie d'Alzheimer et troubles neurocognitifs majeurs : Plan d'action triennal 2016-2019 et suivi des réalisations

Un plan d'action triennal 2016-2019 devra être élaboré en impliquant les entités concernées, dont en premier lieu les promoteurs des dix-neuf projets d'implantation ciblés. Un état de situation des réalisations de l'établissement devra également être produit.

État : R – Réalisé à 100 %.

3.3 Plan d'action par établissement réalisé sur la base du plan d'action national 2016-2018

L'établissement devra déposer un plan d'action et une autoévaluation à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux.

Commentaire : Bulletin EGI Vol 12 No 37 : Autoévaluation annulée (2^e livrable).

État : R – Réalisé à 100 %.

3.4 Déploiement des groupes de médecine de famille

L'établissement devra produire deux états de situation qui confirment la réalisation des actions suivantes : effectuer la migration d'au moins une unité de médecine familiale (UMF) vers le modèle GMF (nouveau GMF à partir d'une UMF ou ajout d'une UMF à un GMF existant) et reconnaître un nouveau GMF ou ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'un site CLSC (services médicaux première ligne).

État : R – Réalisé à 100 %.

3.5 Addenda – Mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes Optilab

L'établissement serveur a l'obligation d'assurer, en collaboration avec les autres établissements de sa grappe, le cas échéant, la mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes OPTILAB. Pour ce faire, il s'engage à réaliser certain(e)s actions, mesures ou livrables dans le temps, et ce, en fonction d'une reddition de comptes articulée essentiellement selon un mode de gestion de projet.

État : NA – Non applicable.

3.6 Poursuite du développement et du soutien de l'offre de service en soins palliatifs et de fin de vie

L'établissement doit produire un plan d'action qui prévoit : le rehaussement des SPFV à domicile, la mise en place d'un programme clinique de soins de fin de vie, la poursuite du développement des lits réservés en SPFV et la formation des professionnels du réseau en SPFV.

Commentaire : Bulletin EGI Vol 12 No 39 : Livrable annulé pour 2016-2107.

État : NA – Non applicable.

Section IV : Financement, infrastructures et budget (DGFiB)

4.1. Liste des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années par installation principale

Pour une seconde année, l'établissement a pour objectif de procéder à l'inspection technique de 30 % de la superficie de son parc immobilier respectif en 2016-2017 afin d'atteindre un pourcentage cumulatif minimal de 60 %. À la suite de l'inspection technique des bâtiments, il doit élaborer les listes des correctifs par installation principale devant être réalisés dans les cinq prochaines années et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.

État : R – Réalisé à 100 %.

4.2. Stratégie québécoise d'économie d'eau potable

Par la complétion du formulaire GESTRED, l'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.

État : R – Réalisé à 100 %.

Section V : Coordination réseau et ministérielle (DGCRM)

5.1. Addenda – Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise

La formation des comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise est repoussée à une date ultérieure de l'année 2016-2017.

État : SO – Sans objet.

5.2. Mandat ministériel de leadership régional en sécurité civile

Exercer et approfondir le rôle de leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région. À cet effet, le MSSS s'attend à ce que l'établissement mette en place une instance de coordination régionale en sécurité civile et se dote de mécanismes de concertation efficaces permettant son déploiement. De plus, advenant la visite de dignitaires en sol québécois, prévoir que des plans de santé pour les dignitaires jouissant d'une protection internationale soient préparés et applicables.

État : NA – Non applicable.

5.3. Sécurité civile

S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure de jouer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au niveau de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile.

État : R – Réalisé à 100 %.

5.4. Gestion des risques en sécurité civile santé et services sociaux

Procéder au lancement du processus de gestion des risques en sécurité civile. À cet effet, l'établissement doit identifier un responsable du processus. Il peut s'agir du coordonnateur en sécurité civile de l'établissement ou d'une ressource en lien avec celui-ci.

Le responsable du processus de gestion des risques en sécurité civile devra compléter le programme de formation du MSSS, réaliser les préalables à la démarche et l'étape du contexte de réussite en amont.

État : R – Réalisé à 100 %.

5.5. Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile

La responsabilité de la coordination du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile a été confiée au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'année financière 2016-2017. Ainsi, afin de contribuer au transfert, à la mobilisation et à la valorisation des connaissances aux CISSS et CIUSSS désignés, le Centre d'expertise déposera un plan de travail au MSSS en début d'année financière et des rencontres de suivies auront lieu avec le MSSS à trois moments au cours de l'année.

État : NA – Non applicable.

Section VI : Planification, évaluation et qualité (DGPEQ)

6.1. Plan d'action ministériel en réponse aux recommandations issues des rapports du Groupe vigilance pour la sécurité des soins

L'établissement doit s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel en réponse aux recommandations du GVSS et intensifient le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication.

État : R – Réalisé à 100 %.

6.2. Diagnostic et plan d'action à l'égard des personnes handicapées

Le diagnostic sur l'intégration des personnes handicapées doit contenir des informations sur la proportion de personnes handicapées à l'emploi, l'accessibilité aux installations, le respect de la politique d'accès aux documents et services, l'accessibilité Web, le processus d'approvisionnement lors de l'achat des biens et services, et les activités pour la Semaine québécoise des personnes handicapées. Par la suite, le plan d'action doit être réalisé et porté sur les obstacles prioritaires identifiés.

État : R – Réalisé à 100 %.

Section VII : Technologies de l'information

7.1. Orientation stratégique du ministre en technologie de l'information des systèmes d'information unifiés

- Parachever les travaux préparatoires à la mise en œuvre de l'orientation stratégique en technologie de l'information (TI);
- Aligner les priorités en TI de l'établissement à celles du plan global du MSSS;
- Préciser les stratégies et les plans de mise en œuvre en fonction de la capacité de l'établissement, de l'état des lieux et des cibles convenues;
- Planifier et organiser les projets de déploiement des solutions unifiées qui auront été retenues;
- Faire autoriser tous les projets en ressources informationnelles par le MSSS – en conformité avec la *Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement* (chapitre G-1.03).

État : R – Réalisé à 100 %.

Évaluation de l'atteinte des engagements (Chapitre IV) de l'entente de gestion et d'imputabilité 2016-2017

Cette partie rend compte des résultats des engagements annuels prévus à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

La section *Commentaires* du tableau ci-dessous répond aux consignes émises :
Pour chacun des indicateurs inscrits sur la fiche, tous les éléments suivants doivent être décrits :

1. spécifier si l'engagement convenu dans l'EGI 2016-2017 est atteint ou non. Dans le cas où l'engagement n'est pas atteint, spécifier les mesures qui seront entreprises par l'établissement pour corriger la situation;
2. identifier les facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement;
3. apprécier l'évolution des résultats par rapport à l'année précédente, lorsque ces données sont disponibles;
4. identifier s'il y a eu des problèmes connus liés à la qualité des données et à la méthodologie de l'indicateur. Le cas échéant, spécifier les mesures qui seront mises en place par l'établissement pour corriger la situation.

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques					
Ressources humaines					
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	7,51	7,21	8,25	6,98	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2016-2017.</p> <p>Devant ce constat et avec l'objectif d'optimiser les modes de fonctionnement et les pratiques de gestion en assurance salaire, de nombreux mécanismes et de multiples actions ont été instaurés au cours de la dernière année et seront pérennisés en 2017-18, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le travail de consolidation des apprentissages des équipes de gestion SST visant une meilleure maîtrise des pratiques de gestion médico-administrative performantes (outils développés par le CPNSSS); • une révision des processus de gestion des dossiers en assurance salaire permettant une harmonisation des pratiques à l'intérieur du service de santé et sécurité du travail; • l'optimisation du modèle de consultations médicales. Désormais, des spécialistes en orthopédie et en psychiatrie se déplacent à nos bureaux, ce qui permet d'accroître les plages de consultation disponibles pour ces médecins experts à plus faible coût; • diverses campagnes d'information à l'intention des employés et gestionnaires associés aux développements d'outils de référence (politique, procédure, coffre à outils et édition spéciale du journal organisationnel) favorisant une meilleure compréhension des rôles et responsabilités de tous les acteurs en regard de la présence au travail; • des sessions de formation ont été offertes à tous les gestionnaires au colloque des gestionnaires du mois d'octobre 2016 et le développement d'une session complémentaire d'une journée sera réalisé d'ici l'été 2017; • des rencontres de suivis de dossiers entre l'équipe de santé

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
					<p>sécurité et les gestionnaires visant à identifier des plans d'actions spécifiques sur la gestion des dossiers;</p> <ul style="list-style-type: none"> • la diffusion d'indicateurs de gestion permettant de bien orienter nos actions. <p>Force est de constater que l'implantation d'une culture de présence au travail est un défi important pour lequel nous sommes sûrs d'obtenir des gains probants. En ce sens, nous poursuivons nos actions visant l'atteinte de cette cible. La rigueur et la constance dans nos actions seront un gage de succès à cet égard.</p> <p>2. Le contexte de transformation n'est sans doute pas étranger à cet accroissement du nombre d'heures en assurance salaire. Également, nous observons une propension des employés de notre région à « médicaliser » des problèmes administratifs (rendement insatisfaisant, rencontre disciplinaire) ou personnels (séparation, difficultés financières, etc.). De plus, les conditions particulièrement généreuses consenties aux employés en invalidité par rapport à d'autres régimes d'assurance ont nécessairement un impact sur la fréquence et la durée des absences. En effet, pour une faible diminution de salaire, certains employés n'hésitent pas à consulter leur médecin pour obtenir un arrêt de travail. La complaisance de certains médecins traitants n'est guère favorable dans ces circonstances. Enfin, mentionnons que les syndicats alimentent cette culture d'absentéisme au sein de l'établissement en banalisant les absences et en véhiculant à leurs membres qu'ils sont dans leurs droits de s'absenter, que l'employeur n'a pas à s'immiscer dans leur vie privée. Encore une fois, cette culture est à changer et nous nous efforçons de valoriser et de reconnaître les personnes présentes et encadrer celles présentant des difficultés à remplir leurs obligations.</p> <p>3. Le ratio d'heures en assurance salaire s'est détérioré de 0,74 % par rapport à l'année précédente (8,25 % vs 7,51 %). Essentiellement, cela s'explique par l'augmentation de 67 160</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagement s 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
					<p>heures en assurance salaire en 2016-17, combiné à une diminution de 307 340 heures totales travaillées.</p> <p>4. Aucun élément mettant en cause la méthodologie ou la fiabilité de la donnée n'est connu et ne pourrait expliquer cet écart par rapport à la cible établie.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3,71	3,80	4,10	3,80	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2016-2017.</p> <p>Plusieurs chantiers ont été entrepris au cours des derniers mois visant à optimiser nos pratiques liées à l'utilisation de la main-d'œuvre. À cet égard, en raison des besoins croissants en ressources humaines liés aux investissements consentis dans notre région, de même que l'absentéisme global, au-dessus de la moyenne nationale, il nous apparaissait nécessaire d'établir un portrait de nos besoins en main-d'œuvre en vue de planifier des actions visant, entre autres, la diminution du temps supplémentaire et de la main-d'œuvre indépendante (MOI). Cette PMO a donc permis d'identifier le nombre de ressources nécessaires par titre d'emploi afin de dispenser des soins et services de qualité et sécuritaires auprès de la clientèle.</p> <p>Incidemment, une planification adéquate de la main-d'œuvre permet de voir au recrutement de ressources en quantité suffisante et ainsi limiter le recours au temps supplémentaire pour combler ces besoins. Suivant les résultats de cette PMO, un exercice de recrutement sans précédent a été institué au cours des derniers mois et a permis d'embaucher plus de 700 ressources autant en soins infirmiers (incluant PAB), que dans le secteur psychosocial et au niveau administratif. Un comité opérationnel voit à l'appariement entre l'embauche de ces nouvelles recrues et les besoins identifiés par la PMO. Ce comité relève d'un comité directeur qui assure une vigie de l'avancement des travaux.</p> <p>Par ailleurs, nous avons également mis l'accent sur la planification des effectifs au niveau de l'horaire de travail. En effet, un horaire non équilibré ou non comblé par le personnel disponible à taux régulier entraîne un plus grand recours à de la main-d'œuvre en temps supplémentaire. À nouveau, un comité s'est formé réunissant les gestionnaires ayant sous leur supervision les agents affectés à la confection des horaires. Des directives claires ont été communiquées visant la saine gestion des horaires. Ajoutons à ce chantier, celui lié à la planification des besoins en main-d'œuvre au cours de la fin de semaine. Afin de mieux coordonner les actions à entreprendre en prévision des besoins en main-d'œuvre annoncés au cours de la fin de semaine suivante, des conférences téléphoniques avec les gestionnaires concernés ont lieu chaque mardi et jeudi. Ce mécanisme permet d'agir en amont et de trouver d'autres alternatives que celui du</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
					<p>la saine gestion des horaires. Ajoutons à ce chantier celui lié à la planification des besoins en main-d'œuvre au cours de la fin de semaine. Afin de mieux coordonner les actions à entreprendre en prévision des besoins en main-d'œuvre annoncés au cours de la fin de semaine suivante, des conférences téléphoniques avec les gestionnaires concernés ont lieu chaque mardi et jeudi. Ce mécanisme permet d'agir en amont et de trouver d'autres alternatives que celle du temps supplémentaire pour répondre aux besoins.</p> <p>Enfin, dans nos diverses mesures de recrutement, notons le déploiement de la plateforme CVManager à l'ensemble de nos constituantes ainsi que la création d'alliances avec la commission scolaire de la région, de même qu'Emploi-Québec visant la promotion des cohortes de formation en soins d'assistance aux personnes en institution de santé. Tous ces efforts ont été entrepris au cours des dernières semaines et seront pérennisés au cours de la prochaine année.</p> <p>2. À titre d'élément contributif à l'accroissement du recours au temps supplémentaire, notons la demande accrue en main-d'œuvre liée aux investissements consentis l'automne dernier. Également, l'accroissement du taux d'assurance salaire ayant passé de 7,51 % en 2015-2016 à 8,25 % en 2016-2017 génère une plus grande pression sur les besoins de remplacement. Enfin, des pratiques non optimales au niveau de la confection des horaires sont également un facteur pouvant expliquer les difficultés liées à l'atteinte de la cible.</p> <p>3. La comparaison des données entre 2015-2016 et 2016-2017 fait état d'une augmentation de 37 503 heures en temps supplémentaire au cours de la dernière année. Cet accroissement, combiné à une diminution d'heures travaillées de 227 297 en 2016-17 par rapport à l'année précédente, explique l'augmentation de 0,39 %. Enfin, les données analysées de P11 à P13 en 2016-17 montrent un taux élevé</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
					<p>de temps supplémentaire (5,05 %) par rapport au reste de l'année (P1 à P10 : 3,81 %). Cette augmentation n'était pas aussi marquée en 2015-2016. Encore une fois, les facteurs énoncés précédemment expliquent cette évolution.</p> <p>4. L'analyse des données produite par le MSSS via GESTRED nous permet de constater que le calcul des heures de temps supplémentaire inclut les heures de temps accumulé en banque, mais non rémunérées (reprise de temps). Cela représente en 2016-2017 un total de 72 948 heures. Sans ces heures, notre taux serait inférieur de 0,6 %. Dans le but d'éviter que ce facteur soit pris en compte, il y aurait lieu d'assurer la reprise de temps à l'intérieur de la même période de paie ce qui éliminera l'accumulation du temps à reprendre, dans la mesure où cela est compatible avec la réalité clinique.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante	2,14	2,40	2,39	2,40	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017.</p> <p>2. Comme exposé précédemment au niveau de l'indicateur 3.05.02-PS, l'établissement a mis en place plusieurs mesures visant à optimiser ses pratiques liées à l'utilisation de la main-d'œuvre. La réalisation d'une PMO, au-delà de celle effectuée annuellement via le plan prévisionnel des effectifs (PPE), avait pour but d'identifier le nombre de ressources requises par titre d'emploi afin de planifier le recrutement en conséquence. Incidemment, cela a permis de réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante via l'embauche de nouvelles ressources.</p> <p>3. La comparaison des données entre 2015-2016 et 2016-2017 fait état d'une augmentation de 25 160 heures en MOI au cours de la dernière année. Bien que la cible ait été atteinte cette année, cet accroissement est lié à la demande accrue en main-d'œuvre occasionnée par des investissements consentis l'automne dernier ainsi que l'accroissement du taux d'assurance salaire.</p> <p>4. Aucun élément mettant en cause la méthodologie ou la fiabilité de la donnée n'est connu pour le calcul de cet indicateur.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
Ressources technologiques					
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	98,7	95,0	96,2	95,0	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017. 2. L'engagement pour cet indicateur a été atteint grâce au personnel dédié aux suivis rigoureux et aux relances réalisées auprès des partenaires pour la saisie de données. 3. Une nouvelle ressource dans l'équipe au cours de l'année a permis l'atteinte de la cible, sans toutefois dépasser les résultats de l'année précédente. 4. Aucun problème identifié.
Direction des services techniques					
Hygiène et salubrité					
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100,0	100,0	100,0	100,0	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017. Toutes les zones grises ont été définies pour les unités de courte durée. 2. La continuité des équipes a assuré le suivi des mesures de contrôle des zones grises. 3. La cible est atteinte à 100 %. 4. Il n'y a pas de problème connu pour la qualité de l'indicateur. Le maintien de l'engagement des équipes impliquées et des mesures de contrôles représente un défi constant.

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
Direction du programme jeunesse					
Santé publique					
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccins contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	n/d	90,0	93,3	90,0	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017. 2. Promotion de la vaccination dès la visite post-partum et premier rendez-vous donné rapidement. 3. Données non disponibles. 4. Aucun problème lié à la méthodologie de l'indicateur.
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccins contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais	n/d	90,0	80,1	90,0	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2016-2017. <ul style="list-style-type: none"> • Dès le postnatal, prise de 2-3 numéros de téléphone pour joindre les parents et ces numéros sont vérifiés à tous les rdv (secteur nord). • Le rdv est donné lors de la vaccination de 6 mois par l'infirmière et cette dernière évalue les besoins des parents pour la vaccination de 1 an selon l'approche motivationnelle. • Si le client entre en communication avec l'agente administrative (AA), celle-ci adopte un discours motivationnel avec le parent. • Offre de différents temps de rdv en am, pm et en soirée. • Contribution des ASI lorsque les cliniques sont complètes pour ajout de rdv. Priorisation des 2 mois et des 1 an. Si les plages ne peuvent être ajoutées, des cliniques supplémentaires seront prévues en surplus. • Lorsqu'un parent annule son rendez-vous, l'AA offre une autre date rapidement afin de respecter les délais. • Si le parent ne se présente pas à son rendez-vous 1 an, l'AA fait la relance vaccinale (maximum 3 appels et 1 lettre si non rejoint). • État de situation effectué par les chefs d'administration de programmes (CAP) et leurs ASI à chaque rencontre d'équipe et au besoin. • Nous tenons à préciser que pour le secteur nord, une relance est effectuée pour tous les rendez-vous manqués.

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
					<p>Cependant, lors de cette relance, entre 20-25 % des parents ne sont pas joignables, car leur numéro n'est plus en service, malgré que l'on ait 2-3 numéros de téléphone. Un monitoring est présentement en cours pour documenter cette situation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une étude est en cours (nord) afin d'analyser nos plages de rendez-vous disponibles auprès des parents. Au besoin, nous ajusterons celles-ci. Prochain comité vaccination piloté par la Santé publique (mai 2017) : une demande sera faite afin que nous puissions avoir accès aux bons coups des autres CISSS-CIUSSS. <p>2. Le non-respect des rendez-vous par les parents au vaccin de douze mois est une problématique provinciale. Souvent lié au retour au travail de la mère.</p> <p>3. Données non disponibles.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou de la méthodologie de l'indicateur.</p>
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	3 427	2 300	3 462	2 400	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017.</p> <p>2. On rejoint bien la clientèle par le développement de l'offre de service de style clinique des jeunes dans les écoles secondaires.</p> <p>3. Étant donné que le secteur performe bien, on dénote une faible augmentation.</p> <p>4. Nous n'avons pas rencontré de problème quant à la saisie de statistiques, les données étaient probantes.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique					
Déficiences					
1.05.15-PS Délai moyen accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme	n/d	200,00	155,16	90,00	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017. 2. N/A. 3. La mise en place d'un guichet d'accès centralisé a permis d'harmoniser et d'arrimer, avec les standards d'accès, l'analyse et le jugement portés sur le niveau de priorité à accorder aux demandes. La mise en place d'outils de suivi intégré et d'un processus périodique de validation des listes d'attente par les gestionnaires a amélioré la validité des données et entraîné une gestion proactive de l'attente. Des interventions au niveau de groupes de parents sur les compétences parentales ont également été introduites. Une révision de la trajectoire de services pour les enfants de moins de 7 ans a débuté. Il faut toutefois mentionner que ces résultats doivent être appréciés en considérant que le type d'intervention ICI n'est pas implanté dans notre région. 4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	83,5	90,0	96,2	90,0	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017.</p> <p>2. N/A.</p> <p>3. La mise en place d'un guichet d'accès centralisé a permis d'harmoniser et d'arrimer avec les standards d'accès l'analyse et le jugement portés sur le niveau de priorité à accorder aux demandes. La mise en place d'outils de suivi intégrés et d'un processus périodique de validation des listes d'attente par les gestionnaires a amélioré la validité des données et entraîné une gestion proactive de l'attente au sein de la direction. Notons également l'implication des gestionnaires au comité interdirection pour les cheminements d'usagers avec un NSA ou un profil complexe, le rehaussement de la collaboration inter mission, l'augmentation de la complétion d'un plan d'intervention individualisé et le partage de ressources de la direction en fonction de l'attente qui ont contribué grandement à l'atteinte des résultats.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	88,7	90,0	96,9	90,0	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017.</p> <p>2. N/A.</p> <p>3. La mise en place d'un guichet d'accès centralisé a permis d'harmoniser et d'arrimer avec les standards d'accès l'analyse et le jugement portés sur le niveau de priorité à accorder aux demandes. La mise en place d'outils de suivi intégrés et d'un processus périodique de validation des listes d'attente par les gestionnaires a amélioré la validité des données et entraîné une gestion proactive de l'attente au sein de la direction. Notons également l'implication des gestionnaires au comité interdirection pour les cheminements d'usagers avec un NSA ou un profil complexe, le rehaussement de la collaboration inter mission, l'augmentation de la complétion d'un plan d'intervention individualisé et le partage de ressources de la direction en fonction de l'attente qui ont contribué grandement à l'atteinte des résultats.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	86,2	90,0	98,6	90,0	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017.</p> <p>2. N/A.</p> <p>3. La mise en place d'un guichet d'accès centralisé a permis d'harmoniser et d'arrimer avec les standards d'accès l'analyse et le jugement portés sur le niveau de priorité à accorder aux demandes. La mise en place d'outils de suivi intégrés et d'un processus périodique de validation des listes d'attente par les gestionnaires a amélioré la validité des données et entraîné une gestion proactive de l'attente au sein de la direction. Notons également l'implication des gestionnaires au comité interdirection pour les cheminements d'utilisateurs avec un NSA ou un profil complexe et le partage de ressources de la direction en fonction de l'attente qui ont contribué à l'atteinte des résultats.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	100,0	90,0	99,3	90,0	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017.</p> <p>2. N/A.</p> <p>3. La mise en place d'un guichet d'accès centralisé a permis d'harmoniser et d'arrimer avec les standards d'accès l'analyse et le jugement portés sur le niveau de priorité à accorder aux demandes. La mise en place d'outils de suivi intégrés et d'un processus périodique de validation des listes d'attente par les gestionnaires a amélioré la validité des données et entraîné une gestion proactive de l'attente au sein de la direction. Notons également l'implication des gestionnaires au comité interdirection pour les cheminements d'utilisateurs avec un NSA ou un profil complexe, le rehaussement de la collaboration inter mission, l'augmentation de la complétion d'un plan d'intervention individualisé et le partage de ressources de la direction en fonction de l'attente qui ont contribué grandement à l'atteinte des résultats.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées					
Soutien à domicile de longue durée					
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	5 495	6 030	6 067	6 431	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017.</p> <p>2. L'investissement du MSSS en soutien à domicile a permis d'intensifier les interventions et ainsi de hausser le nombre de personnes desservies. Un plan d'action en soutien à domicile avec des cibles précises a été déployé dans le but d'augmenter le nombre d'utilisateurs desservis par les différents professionnels.</p> <p>3. Le nombre de personnes desservies a connu une augmentation de l'ordre de 10,4 % de 2015-2016 à 2016-2017.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	73,5	80,0	72,6	90,0	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2016-2017.</p> <p>Les gestionnaires du SAD font des suivis hebdomadaires avec leurs professionnels afin d'assurer la mise à jour et l'élaboration d'un plan d'intervention.</p> <p>2. Le nombre important d'usagers pris en charge à la suite de l'investissement du MSSS en soutien à domicile fait en sorte que nous n'avons pas été en mesure d'atteindre la cible. Des démarches sont déjà en cours pour l'année 2017-2018 pour assurer l'atteinte de l'objectif.</p> <p>3. Le pourcentage a connu une légère diminution par rapport à 2015-2016, passant de 73,5 % à 72,6 %, soit une diminution de 0,9 %.</p> <p>4. Une nouvelle procédure d'intégration des données facilitera le suivi des résultats au cours de la prochaine année. Ainsi, nous serons proactifs dans la réalisation des OEMC et des plans d'intervention en cours d'année. De plus, un suivi serré des charges de cas des équipes est fait pour s'assurer de la validité de l'information ainsi que de la complétion des OEMC et plans d'intervention.</p>
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)					
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendu à domicile par les différents modes de dispensation de services	673 100	687 387	709 579	N/A	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017.</p> <p>2. L'investissement du MSSS en soutien à domicile a permis d'intensifier les interventions et ainsi de hausser le nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée. Par ailleurs, les objectifs du plan d'optimisation en SAD 2010-2015 qui priorisait l'augmentation des heures de service à domicile sont poursuivis par le soutien à domicile, permettant l'amélioration continue de cet indicateur.</p> <p>3. Par rapport à 2015-2016, nos résultats ont connu une amélioration de l'ordre de 5,4 %.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
1.03.10-PS Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	0,0	0,0	100,0	100,0	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017. Malgré l'absence d'indicateur, nous avons poursuivi les efforts et atteint des résultats de plus de 80 % dans chacun des RLS. (Sud : 87,36 et Nord : 88,46)</p> <p>2. Nous avons instauré plusieurs mesures qui améliorent notre performance : gestion de cas, collaboration avec les partenaires incluant les médecins de famille.</p> <p>3. Nos résultats se sont considérablement améliorés par rapport à 2015-2016 (65,74 %), et ce, en raison de la mise en place des mesures citées au point 2.</p> <p>4. Des travaux d'ajustement ont été faits au niveau de la codification, lesquels n'ont cependant eu aucun impact sur l'atteinte globale des résultats.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus	n/d	85,0	81,0	85,0	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2016-2017. Le développement de RI accueillant des clientèles avec profil 9 (lève-personne) nous permettra d'améliorer notre offre de service et notre performance. L'intensification des services au SAD incluant dans les RPA, la révision des critères d'admission en soins palliatifs et la recherche de milieux de vie avec les autres directions cliniques pour la clientèle ayant un profil de 9 et moins nous permettront d'atteindre notre objectif. Les cas complexes (NSA) ayant un profil 9 et moins nécessitant un milieu de vie fragilisent notre performance. Tous les dossiers n'ayant pas la conformité du profil en CHSLD doivent avoir l'aval de la directrice du programme SAPA avant l'admission.</p> <p>2. Actuellement, le manque de ressources d'hébergement spécialisées pouvant accueillir certaines clientèles avec profil 9 présentant des problématiques spécifiques fait en sorte que ces clientèles doivent occuper une place en CHSLD. Le développement de ressources mentionné au point 1 nous permettra d'améliorer nos résultats quant à l'atteinte de cet objectif.</p> <p>3. Les résultats présentent une légère amélioration par rapport à 2015-2016 (79,6 %), soit 1,8 %.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
Santé physique - Soins palliatifs et de fin de vie					
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 419	1 451	1 138	1 500	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2016-2017. 514 Nord + 624 Sud (excluant les infirmières en oncologie qui interviennent au centre hospitalier) = 1 138.</p> <p>2. Tous les usagers référés au soutien à domicile sont vus en priorité 1. Il n'y a aucune attente actuellement. Nous devons travailler en amont avec nos partenaires afin d'augmenter le nombre de références en soutien à domicile.</p> <p>3. Le nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile a connu une augmentation de l'ordre de 9,1 % de 2015-2016 à 2016-2017.</p> <p>4. Le résultat 2015-2016 et l'engagement 2016-2017 incluent les interventions des infirmières pivots en oncologie alors qu'elles ont été retirées dans les résultats de 2016-2017, conformément à la méthode de calcul de l'indicateur.</p> <p>Enfin, le MSSS nous confirmait par courriel l'acceptation des modifications concernant l'engagement 2017-2018 (1205 usagers à domicile) et la cible 2020 (1307 usagers à domicile) de l'indicateur 1.09.05.</p> <p>Malgré cette confirmation, une valeur à la hausse de l'engagement 2017-2018 a été demandée par la direction du MSSS en tenant compte des résultats antérieurs. Ainsi, nous avons été invités à expliquer les données corrigées dans notre rapport annuel 2017-2018.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
Direction des programmes santé mentale et dépendance					
Services généraux					
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	88,7	90,0	84,3	90,0	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2016-2017.</p> <p>L'établissement travaille actuellement au regroupement des accès psychosociaux et du 811, ce qui respecte les orientations ministérielles. Ce regroupement permettra d'optimiser nos ressources présentes dans plusieurs directions, ce qui nous permettra d'atteindre notre engagement de 90 %.</p> <p>2. La diminution de 3,7 % est attribuable à une augmentation d'environ 20 % des appels au 811.</p> <p>3. La diminution de 3,7 % est attribuable à une augmentation d'environ 20 % des appels au 811.</p> <p>4. Le système téléphonique et les diverses bases de données qui transmettent des données, parfois contradictoires, entraînent plusieurs difficultés à obtenir nos résultats sur une fréquence plus fréquente (jour/mois), ce qui ne favorise pas le suivi de performance.</p>
Dépendance					
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	81,3	80,0	90,1	N/A	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017.</p> <p>2. Révision de la trajectoire de services en matière d'évaluation spécialisée.</p> <p>3. Nos bonifications de la trajectoire ont amélioré l'accessibilité.</p> <p>4. Aucun problème identifié.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	82,1	75,0	85,7	90,0	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017. 2. La poursuite des travaux du déploiement de l'offre de service en détection et d'intervention précoce en dépendance dans les services sociaux généraux en CLSC. 3. L'évolution correspond à des actions supplémentaires réalisées en CLSC, régions éloignées. 4. Pas de problème identifié.
Santé mentale					
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	415,8	468	468	706	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017. 2. Nos résultats 2016-2017 sont semblables à l'année précédente. 3. Poursuite de nos travaux. 4. La différence entre les données transmises dans GESTRED (nombre d'ETC) et les données de l'EGI (nombre d'utilisateurs) porte à confusion.

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnu par le Ministère	179,9	210	200,7	270	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2016-2017.</p> <p>2. Le CNESM (MSSS) reconnaît que la grandeur du territoire du RLS Nord, particulièrement pour les usagers du SIM, réduit le nombre d'usagers suivis. Plus précisément, le CNESM reconnaît qu'afin de maintenir des standards de qualité des services, le ratio intervenant/usagers pour le RLS Nord peut être de 1/8 et non de 1/9 (territoires urbains). En comptabilisant un ratio de 1/8 pour le RLS Nord, nous atteignons notre engagement. De plus, il est à noter que le nombre d'ETC (intervenant) inscrit au GESTRED à la P.13 est entré de façon évolutive au cours de l'année. Conséquemment, le nombre d'usagers suivis au SIM fut également évolutif.</p> <p>3. Pour le SIV, les résultats sont relativement semblables. Pour le SIM, 9 usagers de plus ont été suivis, soit une augmentation de 5 %.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou de la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
<p>1.08.15-EG2 Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours</p>	297	252	159	N/A	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017. 2. Les travaux avec la direction médicale du département de psychiatrie ont permis de réviser certains processus en matière d'accès aux services et augmenter les disponibilités des psychiatres. Il est à noter que l'arrivée de deux nouveaux psychiatres a favorisé l'atteinte de l'engagement. 3. Les difficultés de recrutement de psychiatre en pédopsychiatrie ont impacté l'accès aux consultations médicales en pédopsychiatrie. 4. La diversité des bases de données à l'interne a présenté un défi. De plus, les impacts de la mise en place du CRDS en 2017-2018 devront être analysés judicieusement.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
Direction des soins infirmiers					
Santé publique - Infections nosocomiales					
1.01.19.01-PS Pourcentage de CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile	100,0	100,0	100,0	95,0	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017. CHRDL : Taux de 6,50 seuil établi du MSSS 7,6, indicateur atteint. HPLG : Taux de 0,80 seuil établi du MSSS 5,7, indicateur atteint.</p> <p>2. Diverses mesures ont été mises en place, tel le port de gants et de blouses à manches longues par le personnel et les visiteurs, ainsi que la fréquence des désinfections (quotidiennes) de l'environnement. Ces mesures sont maintenues au moins 72 heures après l'arrêt de la diarrhée. Une affiche placée à la porte de la chambre rappelle aux membres du personnel et aux visiteurs de se laver les mains et de respecter les mesures mises en place. Rencontre faite au patient et à la famille pour les mesures à respecter, informations données sur la bactérie et les mesures si retour à domicile. La pharmacovigilance sera augmentée pour l'ensemble de la clientèle du Nord de Lanaudière ainsi que la prise de probiotiques.</p> <p>3. CHRDL : Année 2015-2016 taux de 8,1, diminution du taux relié à une meilleure surveillance terrain et à la prise en charge de la personne infectée qui est placée en isolement dans une chambre privée. HPLG : Année 2015-2016 taux de 1, diminution du taux lié à une meilleure surveillance terrain et à la prise en charge de la personne infectée qui est placée en isolement dans une chambre privée.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
1.01.19.02-PS Pourcentage de CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	100,0	100,0	100,0	95,0	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017. CHRDL : Taux de 0 seuil établi du MSSS 0.51, indicateur atteint. HPLG : taux de 0 seuil établi du MSSS 0.51, indicateur atteint.</p> <p>2. Les facteurs qui expliquent l'atteinte de l'engagement sont probablement l'enseignement donné au personnel à l'embauche, au personnel soignant, aux patients et aux familles sur l'importance de l'hygiène des mains selon les 4 moments. Les mains ou les gants peuvent devenir contaminés par le SARM lorsque les travailleurs de la santé touchent la peau des patients, les plaies, les bandages de plaie ou les équipements, tels que les tubes intraveineux. Se laver les mains avant et après avoir touché un patient et changer les gants entre chaque patient diminue le risque de répandre le SARM.</p> <p>3. CHRDL : Année 2015-2016 taux de 0.1, diminution du taux. HPLG : Année 2015-2016 taux de 0.09, diminution du taux.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	100,0	100,0	50,0	95,0	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2016-2017. HPLG : Taux de 0 seuil établi de 2,02 objectif atteint. CHRDl : Taux de 2,88 seuil établi 2,02 objectif non atteint. En nombre absolu, cela correspond à 2 patients retenus. Pour l'un des deux, nous avons eu l'obligation par le SPIN de l'inscrire dans cette catégorie, car le patient qui était porteur d'un accès vasculaire est décédé sans fin d'investigation. Voici les mesures qui sont déjà en cours : il y a eu aux mois de mars et avril pour l'ensemble du CHRDl et des services courants une révision pour la désinfection avec les bâtonnets de Chlorexidine 2 % et alcool 70 % selon la méthode de va-et-vient. De plus, il y a eu changement de la pellicule transparente 3 dans 1, en lien avec les données probantes pour être conforme aux meilleures pratiques exemplaires associées aux accès vasculaires. Ce changement débutera pour l'HPLG et les services courants au Sud en juin 2017.</p> <p>2. Les facteurs qui ont pu contraindre l'atteinte de l'engagement sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Patients hospitalisés dans une unité de soins intensifs, dont l'un, a un cancer; b. Accès vasculaire permet aux micro-organismes de s'introduire dans le système vasculaire; c. Type de cathéter porth-o-cath et voie centrale = plus grande incidence qu'un cathéter court périphérique; d. Contamination possible lors de l'asepsie cutanée et à la réfection du pansement au site qui devrait être fait selon la méthode stérile. <p>3. L'année dernière pour 2015-2016 le taux était de 0, donc objectif atteint.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou de la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
1.01.19.04-PS Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100,0	100,0	100,0	95,0	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017. CHRDL : taux 0,42 seuil établi du MSSS 0,64, indicateur atteint. HPLG : taux 0,22 seuil établi du MSSS 0,64, indicateur atteint.</p> <p>2. Le principal facteur qui explique l'atteinte de l'engagement est l'application des meilleures pratiques liées à l'asepsie des accès vasculaires spécifiques au secteur de l'hémodialyse. Une formation en fin d'année a été donnée à l'équipe soignante sur les meilleures pratiques liées à l'asepsie cutanée en collaboration avec la compagnie 3M et une mise aux normes concernant les produits à utiliser.</p> <p>3. CHRDL : En 2015-2016, le taux était de 0,25, ce qui représente une hausse malgré l'indicateur atteint. L'explication pourrait être en lien avec la formation reçue liée à la surveillance qui demande une déclaration et une investigation si présence de signes d'infection locale et systémique. HPLG : En 2015-2016, le taux était à 0,15, ce qui représente une hausse malgré l'indicateur atteint. L'explication en lien avec la formation reçue liée à la surveillance qui demande une déclaration et une investigation si présence de signes d'infection locale et systémique.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données et de la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)					
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100,0	100,0	100,0	100,0	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint pour l'HPLG et le CHRDL en 2016-2017. Pour le CHRDL, les composantes 1, 2 et 6 seront implantées dans les prochains mois pour l'ensemble des unités de soins. Le comité stratégique est en place, un comité opérationnel sera ajouté afin de compléter l'implantation et de pérenniser l'AAPA dans tous les secteurs.</p> <p>2. La progression s'est poursuivie par rapport à l'année dernière.</p> <p>3. Aucun problème connu lié à la qualité des données.</p>
1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100,0	50,0	100,0	100,0	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint pour l'HPLG et pour le CHRDL en 2016-2017. Pour le CHRDL, des capsules de formation pour l'environnement sont faites, des travaux sont finalisés pour la révision de l'accueil en soins infirmiers qui intègre les composantes de l'AAPA, des mécanismes de communication avec l'équipe interdisciplinaire sur l'AAPA sont en voie d'être implantés pour l'ensemble des unités de soins, les outils de soins comme le kardex intègre l'AAPA. Le comité stratégique est en place, un comité opérationnel sera ajouté afin de compléter l'implantation et de pérenniser l'AAPA dans tous les secteurs.</p> <p>2. La progression depuis l'année dernière a été importante. Beaucoup d'efforts ont été faits.</p> <p>3. Aucun problème connu lié à la qualité des données.</p>
Santé physique - Soins palliatifs et de fin de vie					
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	45	45	45	54	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017.</p> <p>2. Aucun nouveau développement dans ce secteur au cours de la dernière année.</p> <p>3. Aucun nouveau développement dans ce secteur.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
Direction des services professionnels					
Santé physique - Urgence					
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	20,48	17,00	18,78	12,00	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2016-2017.</p> <p><u>Mesures mises en place</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Admissions chronologiques de l'urgence sans autre exception que les soins intensifs et les soins de fin de vie. • Cessation des admissions directes des cliniques externes et électives autres que chirurgicales. • Révision du rôle des coordonnateurs médicaux à l'urgence. • Mise en place d'une équipe de repérage de soutien à domicile dès l'urgence. • Révision du rôle des gestionnaires de séjours hospitaliers. • Prises de décisions cliniques médicales en deçà de 12 heures à l'urgence. • Priorisation des chambres privées pour la gestion des isolements. • Achat de places pour les NSA. • Accompagnement de la clientèle dans le continuum de soins pour la clientèle ayant trois hospitalisations et plus. <p>2. <u>Facteurs contraignants l'engagement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Changement de culture des admissions non chronologiques. • Difficultés d'accès aux lits hospitaliers. • Gestion des quotas des usagers par médecin. <p>3. La DMS à l'urgence a diminué de plus de deux heures en 2016-2017 et l'amélioration se poursuivra en 2017-2018 avec les autres mesures mises en place.</p> <p>4. La mise en place de rapports de validation des usagers à long séjour assure l'exactitude des informations. Les rapports périodiques ont été présentés aux chefs médicaux, aux chefs de service, aux coordonnatrices ainsi qu'aux directeurs adjoints et directeurs médicaux afin de comprendre la méthode de calcul et la cible associée.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	52,8	70,0	53,9	85,0	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2016-2017.</p> <p><u>Actions mises en place</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Début de la clinique P4-P5 dans les locaux de l'urgence de l'HPLG le 2 novembre 2016. • Déploiement des ententes pour la prise en charge des P4-P5 par les cliniques et par les GMF au Sud et au Nord. • Clinique de relance (et de détournement des P4-P5) au Nord augmentée à quatre demi-journées/semaine depuis le 8 janvier 2017. • Achat d'équipements (ordinateurs, chariots, etc.) pour améliorer les processus en place. • Ajustement des horaires médicaux pour faire face aux pics de visites à l'urgence. <p>2. Le facteur contraignant l'atteinte de l'objectif a été une augmentation de 5 521 visites dans les salles d'urgence en 2016-2017 comparativement à 2015-2016.</p> <p>3. Aucun problème de qualité ou de fiabilité des données n'a été documenté en 2016-2017.</p>
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	46,5	54,0	49,6	85,0	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2016-2017.</p> <p>2. Le facteur contraignant à l'atteinte de l'objectif a été une augmentation de 5 521 visites dans les salles d'urgence en 2016-2017 comparativement à 2015-2016.</p> <p>3. Aucun problème de qualité ou de fiabilité des données n'a été documenté en 2016-2017.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
Santé physique - Services de première ligne					
1.09.25-PS Nombre total de GMF accrédité	15	17	17	18	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017.</p> <p>2. Les facteurs qui ont permis l'atteinte de l'engagement sont les nombreux travaux de démarchage et de support aux cliniques médicales voulant devenir GMF, par l'équipe DRMG/DSI/GMF.</p> <p>3. L'évolution des données correspond aux cibles émises et aux attentes prévues. Deux nouveaux GMF seront accrédités en 2017-2018.</p> <p>4. Aucun problème de qualité ou de fiabilité des données.</p>
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	73,21	76,16	76,86	85,00	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017.</p> <p><u>Mesure mise en place</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajout de personnel administratif au GACO pour l'épuration des listes, pour l'inscription aux médecins de famille et pour le suivi des cibles de prise en charge à la table des médecins responsables des GMF et aux réunions du DRMG. <p>2. Le facteur contraignant l'atteinte de la cible 2016-2017 était, entre autres, les limites du système de données GACO (attribution individuelle seulement). Des modifications ont été apportées au niveau de la RAMQ afin de faciliter l'attribution. À noter que l'épuration des données exige beaucoup de manipulations (appels, retour d'appels, etc.). Le but étant de pouvoir attribuer des groupes de patients aux médecins de famille.</p> <p>3. L'épuration des données des listes d'attente a permis d'assigner un médecin de famille aux patients qui étaient sur la liste d'attente de 2004 à 2008.</p> <p>4. Aucun problème de qualité ou de méthodologie.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
Santé physique - Chirurgie					
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	514	0	83	0,00	<p>1. Une très grande amélioration pour cet indicateur. CHRDL : Une salle supplémentaire a été ouverte 53 fois, donc 53 priorités opératoires ont été octroyées. HPLG : Puisqu'il n'est pas possible physiquement d'ouvrir une salle supplémentaire, nous avons prolongé les heures jusqu'à 18 h à 23 reprises permettant de réaliser un total de 39 chirurgies. De plus, 7 priorités opératoires complètes du CHRDL ont été utilisées par des chirurgiens de l'HPLG qui ont effectué un total de 36 chirurgies.</p> <p><u>Mesures entreprises en 2016-2017 et 2017-2018</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ouverture de la 8^e salle au CHRDL à 5 jours/semaine à partir de septembre 2017. • Construction d'une salle supplémentaire à l'HPLG (travaux en cours; échéancier 30 juin 2017). Dès septembre, ouverture d'une nouvelle salle grâce à la transformation des lieux physiques. • Poursuivre les travaux d'optimisation des salles pour augmenter le taux d'occupation à plus de 80 % (résultat pour l'année 2016-2017 de 84 % de taux d'occupation pour les deux blocs opératoires). • Ouverture d'une salle supplémentaire dans chacun des blocs opératoires pour la période estivale. • Redistribution de certaines priorités opératoires en fonction des listes d'attente des hors délais. <p>2. En juillet 2016, 218 clients étaient en attente depuis plus d'un an sur la liste d'attente de l'HPLG et 199 clients étaient en attente depuis plus d'un an au CHRDL. Les dernières données des hors délais sont les suivantes : 17 clients au CHRDL et 19 clients à l'HPLG sont toujours en attente depuis plus d'un an. Ce sont majoritairement de longues chirurgies ou des cas conjoints qui nécessitent deux chirurgiens de deux spécialités différentes, donc plus complexes à programmer. Ce sont donc environ 380 clients de plus d'un an en attente qui ont été opérés en neuf mois pour les deux installations.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagement s 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
					3. Aucun problème de méthodologie ou de fiabilité des données.

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
1.09.33.01- PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	65,4	90,0	73,4	90,00	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2016-2017.</p> <p><u>Mesures entreprises en 2016-2017 et 2017-2018</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi périodique des listes d'attente. • Programmation quotidienne des chirurgies par priorité : 1) Urgence 2) Cas de cancer 3) Hors délais (>12 mois), quasi hors délais (9-12 mois) et les attentes par ancienneté. • Rencontres périodiques avec les chefs de département et avec les chefs de service exclusivement pour les hors délais généraux et la cancérologie. • Suivi périodique sur l'occupation des salles d'opération pour le CHRDL et l'HPLG. • Ouverture de la 8^e salle au CHRDL à 5 jours/semaine à partir de septembre 2017. • Construction d'une salle supplémentaire à l'HPLG (travaux en cours, échéancier 30 juin 2017). • Poursuivre les travaux d'optimisation des salles pour maintenir le taux d'occupation > 80 % (résultat pour l'année 2016-2017 : 84 % de taux d'occupation pour les deux blocs opératoires). • Ouverture d'une salle supplémentaire dans chacun des blocs opératoires pour la période estivale. <p>2. Manque de disponibilité de priorités opératoires pour certaines spécialités, telles que la chirurgie générale et l'urologie. Manque de disponibilité de certains chirurgiens : les urologues travaillent dans deux organisations différentes. Redistribution des priorités opératoires en fonction des listes d'attente oncologiques. Les priorités laissées vacantes par l'absence d'un chirurgien sont offertes en priorité aux chirurgiens avec liste d'attente oncologique.</p> <p>3. En 2015-2016, 56 % des clients avaient été opérés à l'intérieur de 28 jours et 94 % à l'intérieur de 56 jours. Les derniers résultats au 31 mars 2017 sont de 73 % pour les chirurgies effectuées à l'intérieur de 28 jours et de 96 % à l'intérieur de 56 jours.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagement s 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
					<p>4. Certaines biopsies diagnostiques étaient codées oncologiques dans SIMASS alors qu'elles ne devaient pas l'être (surtout pour les biopsies du poumon). Les intervenants de la programmation opératoire ont été rencontrés afin d'effectuer les correctifs. Depuis, les listes oncologiques sont validées toutes les périodes par les chefs des blocs opératoires et les correctifs sont faits, le cas échéant.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	95,0	100,0	96,1	N/A	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2016-2017.</p> <p><u>Mesures entreprises en 2016-2017 et 2017-2018</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi périodique des listes d'attente. • Programmation quotidienne des chirurgies par priorité : 1) Urgence 2) Cas de cancer 3) Hors délais (>12 mois), quasi hors délais (9-12 mois) et les attentes par ancienneté. • Rencontres périodiques avec les chefs de département et avec les chefs de service exclusivement pour les hors délais généraux et la cancérologie. • Suivi périodique de l'occupation des salles d'opération pour le CHRDL et pour l'HPLG. • Ouverture de la 8^e salle au CHRDL à 5 jours/semaine à partir de septembre 2017. • Construction d'une salle supplémentaire à l'HPLG (travaux en cours, échéancier 30 juin 2017). • Poursuivre les travaux d'optimisation des salles pour maintenir le taux d'occupation > 80 % (résultat pour l'année 2016-2017 : 84 % de taux d'occupation pour les deux blocs opératoires). • Ouverture d'une salle supplémentaire dans chacun des blocs opératoires pour la période estivale. <p>2. Manque de disponibilité de priorités opératoires pour certaines spécialités, telles que la chirurgie générale et l'urologie. Manque de disponibilité de certains chirurgiens : les urologues travaillent dans deux organisations. Redistribution des priorités opératoires en fonction des listes d'attente oncologiques. Plan d'action élaboré pour les chirurgies oncologiques en urologie en collaboration avec la DSP.</p> <p>3. En 2015-2016, 56 % des clients avaient été opérés à l'intérieur de 28 jours et 94 % à l'intérieur de 56 jours. Les derniers résultats au 31 mars 2017 sont de 73 % pour les chirurgies effectuées à l'intérieur de 28 jours et de 96 % à l'intérieur de 56 jours.</p> <p>4. Certaines biopsies diagnostiques étaient codées</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagement s 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
					<p>oncologiques dans SIMASS alors qu'elles ne devaient pas l'être (surtout pour les biopsies du poumon). Les intervenants de la programmation opératoire ont été rencontrés afin d'effectuer les correctifs. Depuis, les listes oncologiques sont validées à toutes les périodes par les chefs des blocs opératoires et les correctifs sont faits, le cas échéant.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
Santé physique - Imagerie médicale					
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	81,1	90,0	35,6	100,0	<p>1. L'engagement 2016-2017 pour cet indicateur n'a pas été atteint. L'analyse des listes d'attente est en cours et nous allons établir une stratégie de rattrapage des listes d'attente et de diminution des délais. Les cardiologues font actuellement des plages d'échographie surnuméraires à l'HPLG et un cardiologue sera ajouté en échographie au CHRDL. Les demandes d'échographie sont aussi analysées par les cardiologues au niveau de la pertinence de la demande afin de maintenir une liste d'attente réelle.</p> <p>2. Plusieurs facteurs en 2016-2017 ont contraint l'atteinte de la cible. La hausse de la demande en oncologie (échographie associée à la chimiothérapie donc réalisée à très court terme), la hausse de la demande pour les usagers hospitalisés (plus de 1000 hospitalisations de plus en 2016-2017 par rapport à 2015-2016), la diminution des disponibilités médicales en échographie en lien avec l'augmentation des cardiologues à l'hospitalisation et l'augmentation des usagers suivis en cardiologie et autres spécialités (neurologie, pneumologie, rhumatologie).</p> <p>3. L'année 2016-2017, en comparaison à l'année 2015-2016, s'est dégradée au niveau du délai d'attente et du nombre d'usagers en attente.</p> <p>4. Aucune problématique de traitement ou documentation des données n'est présente.</p>

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
Direction des services multidisciplinaires					
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	40,0	90,0	41,2	100,0	La non-atteinte de la cible est en partie explicable par le fait que nous avons fait le changement de deux salles d'examens : salle multifonction et par la suite la salle d'angiographie au Nord. Ces travaux ont diminué considérablement la capacité de réaliser les examens en attente. Le fait d'avoir augmenté les plages horaires dans certains secteurs a diminué celui-ci. Mais avec l'arrivée d'un nouveau radiologiste, nous espérons diminuer les délais.
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	89,5	90,0	81,3	100,0	Nous sommes près de la cible pour la période 13 (81 %). Nous demeurons vigilants afin d'atteindre la cible. L'utilisation de nos partenaires (LIM) nous permet de mieux répondre au délai.
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	100,0	90,0	98,8	100,0	Les échographies obstétricales sont faites selon la date demandée du médecin requérant. Atteinte de la cible.
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	84,7	90,0	86,4	100,0	La cible de 90 % est en gros atteinte et même dépassée durant plusieurs périodes de l'année. De plus, le nombre réduit de requêtes pour ce type d'examen fait en sorte qu'un petit nombre d'utilisateurs en attente affecte grandement le calcul du % d'utilisateurs hors délais.

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	39,4	90,0	47,1	100,0	Des travaux sont en cours avec les radiologistes afin de nous permettre une amélioration importante. Ouverture la fin de semaine au Nord et quelques fins de semaine au Sud. Certains blitz seront faits au Sud à raison de 3 soirs par semaine pour les mois de mai et juin. Il est important de noter que nous avons réalisé 3 117 examens de plus que l'année 2015-2016. Ce qui équivaut à une augmentation de 6 %.
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	48,2	90,0	85,9	100,0	Plages horaires augmentées à 16 heures par jour et 7 jours sur 7. Malgré les efforts déployés, nous ne sommes pas arrivés à atteindre la cible de 90 %, mais nous avons effectué une bonne amélioration, car à la période 1 nous étions à 41 % et à la période 13 à 65 %, et ce, pour les deux secteurs.
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	36,4	90,0	56,9	100,0	L'exercice 2016-2017 affiche une augmentation importante du nombre d'examens réalisés comparativement à l'année passée (2015-2016). Les examens de l'échographie, du ct-scan et de l'IRM totalisent 13 394 examens supplémentaires, comparativement à l'année passée. Cela équivaut à une augmentation de plus de 18 %.

Indicateurs	Résultats 2015-2016	Engagements 2016-2017	Résultats 2016-2017	CIBLE 2020	Commentaires
Direction de la santé publique					
Santé publique					
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche-École en santé (AÉS)	23,5	24,0	30,5	N/A	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2016-2017.</p> <p>2. L'écoute des besoins des écoles a permis trois types d'interventions porteuses : à la Commission scolaire des Samares, des interventions au secondaire en lien avec des démarches pour la prévention de l'utilisation de substances psychoactives, à la Commission scolaire des Affluents, des interventions au primaire en lien avec la prévention du stress et de l'anxiété. Des interventions ont été amorcées à la Commission scolaire Sir Wilfrid Laurier. Les interventions seraient encore plus performantes si le site EKIP avait été disponible.</p> <p>3. Par rapport à 2015-2016, ce sont 11 écoles de plus qui ont mis en œuvre des interventions globales et concertées en promotion et prévention de la santé selon l'approche École en santé.</p> <p>4. Les années de référence sont différentes entre le réseau de la santé (année financière, avril à mars) et le réseau scolaire (année scolaire, août à juin).</p>

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

L'Agrément

Le suivi des plans d'améliorations liés à l'Agrément découle des résultats de la visite d'octobre 2014 pour le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Nord de Lanaudière et de décembre 2014 pour le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Sud de Lanaudière.

CSSS du Nord de Lanaudière

Un suivi des critères non conformes a été réalisé le 29 septembre 2016. Agrément Canada a confirmé, le 12 octobre 2016, que 14 des 22 critères soumis ont été jugés conformes. Un dernier suivi a été réalisé le 30 mars 2017, par le dépôt des dernières preuves requises pour la conformité à Agrément Canada.

CSSS du Sud de Lanaudière

Une visite supplémentaire d'Agrément Canada s'est tenue le 26 mai 2016 pour les services de laboratoires biomédicaux, afin d'évaluer la conformité à 20 critères. Dans sa réponse du 6 juin 2016, Agrément Canada a confirmé que 19 des 20 critères étaient conformes.

Par la suite, un suivi des 8 derniers critères non conformes, ainsi que le critère des laboratoires, s'est fait par le dépôt des preuves le 22 novembre 2016. La réponse d'Agrément Canada transmise le 22 décembre 2016 confirme que les exigences en matière de suivi pour le dossier du CSSS du Sud de Lanaudière ont été respectées.

Le cycle du prochain agrément, qui s'échelonne sur 4 ans, est amorcé. Ce cycle sera ponctué par 2 visites, soit une première visite prévue à l'automne 2018 et une deuxième visite prévue en 2020.

La sécurité des soins et des services

Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents

Voici les actions réalisées afin de promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents :

- présentation des attentes en lien avec la gestion des risques lors de l'accueil des nouveaux employés pour les installations du Nord de la région. Deux cent cinquante-quatre (254) nouveaux employés ont été rencontrés;
- sensibilisation à l'importance de la déclaration et de la divulgation lors des séances de formation pour la décentralisation de la saisie des déclarations d'événements à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur. Quatre cent soixante-cinq (465) intervenants et 18 gestionnaires ont été rencontrés;
- rappel fait auprès des gestionnaires sur la divulgation lors de l'analyse de certains événements sentinelles;
- tournée réalisée auprès des associations et regroupements de propriétaires de ressources non institutionnelles (RNI).

Les principaux risques d'incidents/accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance

Le total des événements déclarés en 2016-2017 est de 22 294.

Le plus grand nombre de déclarations se situe au niveau des catégories *Chute*, *Médication* et *Test diagnostique laboratoire*, selon la répartition suivante :

- Chute : 6 767 événements déclarés, soit 30,35 % des événements déclarés;
- Médication : 4 627 événements déclarés, soit 20,75 % des événements déclarés;
- Test diagnostique laboratoire : 6 501 événements déclarés, soit 29,16 % des événements déclarés.

Les recommandations du comité de gestion des risques et les suivis de l'établissement en lien avec les priorités en matière de gestion des risques d'incidents/accidents

Aucune recommandation n'a été émise par le comité de gestion des risques en matière de gestion des risques/accidents. Cependant, 59 recommandations ont été émises par la Direction qualité, évaluation, performance et éthique, à la suite de l'analyse d'événements sentinelles. De ce nombre, 42 (71,19 %) sont réalisées, 13 (22,03 %) sont en cours de réalisation et seront terminées à l'automne 2017 et 4 (6,78 %) ne sont pas débutées et réfèrent à l'élaboration de procédures.

Les recommandations du comité de gestion des risques et les suivis de l'établissement en lien avec les priorités en matière de surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales

Aucune recommandation n'a été formulée par le comité de gestion des risques en lien avec les priorités en matière de surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales.

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

Au CISSS de Lanaudière, des travaux d'harmonisation sont actuellement en cours en lien avec l'utilisation des mesures de contrôle. Le protocole d'utilisation, tel qu'exigé par le MSSS, n'est pas finalisé à l'heure actuelle. Cependant, une collecte de données et une analyse de pratique de chaque direction clinique ont été réalisées afin de connaître le portrait actuel et l'état de situation.

En lien avec la consignation des informations relatives à l'utilisation des mesures de contrôle, des divergences de pratique majeures ont été soulevées, passant de l'absence de consignation, au suivi très serré dans certains secteurs.

Les systèmes d'information clientèle existants sont présentement à l'étude afin de déterminer s'ils sont en mesure de recueillir les données nécessaires au suivi de l'utilisation et à la production de rapports complets et pertinents.

L'établissement désire toutefois documenter le recours aux mesures de contrôle pour chaque patient, où qu'ils se trouvent. Cependant, compte tenu des limites de certains systèmes d'information, la cueillette d'informations à cet égard doit se faire manuellement, ce qui constitue une tâche supplémentaire pour les intervenants.

L'objectif est donc de créer un outil de collecte de données dont le déploiement se fera selon un calendrier établi, afin de faciliter la collecte de données et la production de rapports.

Les données à consigner sont : l'âge, le sexe, le nombre d'utilisateurs différents, le nombre total de recours à une mesure de contrôle (isolement, contention physique), le type de mesure de contrôle appliqué, la durée d'application. À ces motifs, on souhaite ajouter le contexte d'intervention (planifié, non planifié) ainsi que le motif d'application.

Les outils utilisés sont PIJ, SharePoint, SIPAD, SICHELD. Les agentes administratives font la consignation à partir des données fournies par les intervenants, ou les intervenants eux-mêmes dans certains cas. Ce sont aussi les agentes administratives (Centre jeunesse) qui procèdent à la compilation des données.

En ce qui concerne l'extraction des données pour générer les rapports, il est souhaité que la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) procède à la production de rapports périodiques et annuels, à partir des données qui seront inscrites dans les systèmes d'information clientèle.

Les mécanismes d'évaluation de la qualité ne sont pas encore formellement établis et sont en discussion avec la DQEPE. Certes, l'établissement mise beaucoup sur l'implication des gestionnaires des secteurs où sont utilisées des mesures de contrôle, notamment pour faire la promotion des mesures de remplacement, superviser l'utilisation des mesures de contrôle et assurer une vigie de l'inscription des données au registre de déclaration.

Les suivis apportés par l'établissement ou son Comité de vigilance et de la qualité aux recommandations formulées par diverses instances

Le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services a procédé à 471 recommandations au cours de l'année 2016-2017. Toutes ces recommandations ont été présentées au comité de vigilance et de la qualité afin d'en assurer le suivi et ont fait l'objet d'un plan d'action par les directions concernées.

Au cours de la dernière année financière, le Protecteur du citoyen a acheminé les conclusions de 14 plaintes/interventions à l'établissement. Les conclusions de 7 de ces plaintes ne comportaient aucune recommandation. Quant aux 7 autres, leurs conclusions comportaient 14 recommandations, lesquelles ont fait l'objet d'un plan d'action par les directions concernées. Soulignons enfin que le Comité de vigilance, informé de ces plaintes/interventions, a procédé au suivi des démarches entreprises par les directions concernées.

Pour l'année 2016-2017, cinq rapports d'investigation du Coroner ont été adressés au CISSS. De ce total, quatre rapports ne comportaient aucune recommandation. En réponse à la recommandation émise au rapport concernant le respect aux exigences liées à la certification d'une résidence privée, des démarches de suivi ont été réalisées auprès de la propriétaire de la résidence qui a confirmé que les exigences requises par l'ensemble du personnel concerné sont respectées.

Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement

Cette partie concerne tout établissement visé à l'article 6 ou à l'article 9 de *la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui* (RLRQ, chapitre P-38.001).

Personnes mises sous garde 1 ^{er} avril 2016 au 31 mars 2017 - CISSS de Lanaudière		
	CHRDL* Nord	HPLG** Sud
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	184	389
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	170	313
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoires présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	4	20
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	4	12
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	4	11
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	82	209
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	80	172
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	79	166
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1 ^{er} avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de gardes auxquels il a été soumis)	253	490

* CHRDL : Centre hospitalier régional de Lanaudière, situé au Nord de la région Lanaudière.

** HPLG : Hôpital Pierre-Le Gardeur, situé au Sud de la région Lanaudière.

L'examen des plaintes et la promotion des droits

La population peut accéder au rapport annuel portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits sur le site Web de l'établissement au www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca.

L'information et la consultation de la population

Le CISSS de Lanaudière met en place plusieurs moyens pour informer la population de ses activités, de même que pour lui faire connaître son offre de service.

Chaque séance du conseil d'administration (CA) prévoit à l'ordre du jour le point « Questions du public », permettant à la population de s'adresser aux membres du CA pour obtenir des réponses à leurs questionnements sur l'organisation. Au cours de l'année 2016-2017, des citoyens de Lanaudière, des membres du personnel, des représentants syndicaux et des représentants d'organismes communautaires ont profité de cette tribune. Le site Web du CISSS publie l'ordre du jour, le lieu et l'heure des séances du CA ainsi que les procès-verbaux de chaque rencontre.

Le CISSS de Lanaudière a tenu sa première séance publique d'information lors de la séance du conseil d'administration du 2 novembre 2016. Lors de cette séance, le rapport annuel de gestion de l'établissement a été présenté.

Le CISSS de Lanaudière entretient des relations avec les médias régionaux afin de tenir la population informée de l'avancement de ses travaux et des enjeux touchant son organisation. De même, plusieurs communiqués de presse sont diffusés par l'établissement afin d'informer la population sur les modalités d'accès aux services et lui offrir des informations pertinentes sur la santé. À titre d'exemple, le CISSS de Lanaudière a participé au Cahier santé d'un hebdo régional, profitant de l'occasion pour présenter les champs d'action de la santé publique, rappeler les bienfaits de la vaccination et inviter la population n'ayant pas de médecin de famille à s'inscrire au guichet d'accès.

Enfin, le CISSS a élaboré son plan d'action afin de réaliser des forums populationnels au cours de l'année 2017-2018. Ces forums seront organisés en tenant compte de la réalité lanaudoise et du contexte particulier des municipalités régionales de comté (MRC) qui l'animent. Ainsi, sept rencontres avec la population se tiendront dans les six MRC de la région. En raison de l'étendue de son territoire, la MRC de Matawinie fera l'objet de deux rencontres.

Dans cette démarche, le CISSS de Lanaudière fournit les ressources internes qui, conjointement avec le comité des usagers, élaborent les contenus à être présentés lors des rencontres de consultation avec la population et les suivis à être apportés. Le comité des usagers est donc partie prenante à la planification, à l'organisation, aux suivis et à l'évaluation des travaux entourant la tenue des forums populationnels.

6. APPLICATION DE LA POLITIQUE CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

Chaque année, le président-directeur général doit faire rapport au conseil d'administration sur l'application de la politique de l'établissement portant sur les soins de fin de vie.

Au cours de l'année 2015-2016, le CISSS de Lanaudière a mis en place une gouverne pour assurer l'application de la politique portant sur les soins de fin de vie. Depuis le 10 décembre 2015, l'établissement offre la gamme de services prévus à la Loi et peut compter sur une gouverne en vue de poursuivre les travaux entourant la préparation d'un plan de développement régional pour les soins palliatifs et de fin de vie 2015-2020.

En septembre 2015, un groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) a été créé. Ce groupe a pour rôle de soutenir les intervenants dans la mise en œuvre de ce tout nouvel acte médical. Composé de médecins, de pharmaciens, d'infirmiers, de travailleurs sociaux, d'intervenants en soins spirituels, de juristes et d'une agente de planification, de programmation et de recherche, ce groupe soutient la coordonnatrice, qui joue un rôle pivot dans toute la planification, la préparation, l'accompagnement des intervenants et le suivi entourant l'aide médicale à mourir. Le GIS s'est rencontré environ six fois au cours de la dernière année et plusieurs autres rencontres interdisciplinaires sur des discussions de cas cliniques ont eu lieu.

Afin de répondre aux besoins des intervenants, un plan de développement des compétences 2015-2020 a été déployé. Depuis novembre 2015, près de 600 professionnels susceptibles de travailler auprès de personnes ayant un pronostic réservé ont reçu une formation adaptée à la réalité locale du CISSS de Lanaudière. De plus, 1 637 intervenants (incluant les bénévoles) ont participé à une formation du volet 2 qui consiste en une activité de développement de l'approche palliative offerte simultanément à tous les types d'intervenants (incluant les bénévoles) qui travaillent ensemble auprès des personnes recevant des soins palliatifs et de fin de vie.

APPLICATION DE LA POLITIQUE CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE
 Rapport du président-directeur général au conseil d'administration du CISSS de
 Lanaudière et pour la Commission sur les soins de fin de vie* (Loi 2, chapitre III, art.8)

Exercice : 2016-2017 du 10 décembre 2015 au 9 décembre 2016ⁱ

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie** (SPFV)	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée	646
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) pour la période.	446
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1259
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs	157
Sédation palliative continue (SPC)	Nombre de sédations palliatives continues administrées	18
Aide médicale à mourir (AMM)	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	63
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	34
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : <ul style="list-style-type: none"> ○ 7 usagers n'étaient pas en fin de vie ○ 8 usagers sont décédés avant la fin du processus ○ 2 usagers n'ont démontré aucune douleur physique ou psychique intolérable ○ 8 usagers sont devenus inaptes en cours de processus ○ 2 usagers ont changé d'avis en cours de processus ○ 1 usager désirait passer le processus de façon anticipée ○ 1 usager en cours d'évaluation¹ 	29

NOTES

* Le rapport du président-directeur général doit être transmis au conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie tous les six (6) mois à partir de la date d'entrée en vigueur de la Loi 2 et pour 2 ans (Loi 2, art.73). Les dates de transmission du rapport aux instances concernées sont les 10 juin 2016, 10 décembre 2016, 10 juin 2017 et 10 décembre 2017.

** Considérant qu'il n'est pas possible actuellement d'identifier les personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs (Loi 2, Chapitre I, art.3), la nouvelle information demandée, soit le nombre de personnes en SPFV, obtenue à partir des banques de données nationales, permettra de donner un aperçu des personnes en SPFV par milieu de soins.

ⁱ Veuillez prendre note que le rapport annuel 2016-2017 comprend exceptionnellement la période couvrant le 10 décembre 2015 au 9 décembre 2016 étant donné la mise en place de la Loi sur les soins de fin de vie le 10 décembre 2015.

¹ En date du 9 décembre 2016.

7. LES RESSOURCES HUMAINES

Les ressources humaines de l'établissement au 31 mars 2017

PERSONNEL DÉTENTEURS DE POSTES

	Exercice courant	Exercice précédent
Personnel cadre (en date du 31 mars) :		
Temps complet, nombre de personnes (Note 1)	265	286
Temps partiel (Note 1) :		
• Nombre de personnes	8	9
• Équivalent temps complet	4.8	5,70
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	20	33

	Exercice courant	Exercice précédent
Personnel régulier (en date du 31 mars) :		
Temps complet, nombre de personnes (Note 2)	4772	4 371
Temps partiel (Note 2)		
• Nombre de personnes	3124	3 303
• Équivalent temps complet	1878,27	2 201,30
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	3	6

PERSONNEL NON-DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)

	Exercice courant	Exercice précédent
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	3 269 201	3 700 123
Équivalents temps complet (Note 3)	1789	2 017,52

	Exercice courant
Nombre de personnes détentrices de poste (Note 4)	8192
Équivalents temps complet occasionnels (Note 3)	1789

Note 1 : excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi.

Note 2 : excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi.

Note 3 : les équivalents temps complet peuvent être une approximation si l'établissement utilise la méthode de calcul simplifiée consistant à diviser le nombre d'heures rémunérées par 1827 ou 1834 (année bissextile).

Note 4 : incluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi, le personnel cadre et régulier à temps complet et partiel.

La gestion et contrôle des effectifs pour l'établissement public

Présentation des données pour le suivi de la <i>Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs</i>						
CISSS de Lanaudière		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2016-04-03 au 2017-04-01		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures sup.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	757 950	2 504	760 454	417	468
	2015-16	655 372	2 288	657 659	361	430
	2016-17	566 018	2 443	568 460	312	369
	Variation	(25,3 %)	(2,5 %)	(25,2 %)	(25,3 %)	(21,2 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	2 334 153	9 483	2 343 636	1 301	1 687
	2015-16	2 253 594	6 445	2 260 039	1 255	1 645
	2016-17	2 095 625	8 663	2 104 288	1 166	1 487
	Variation	(10,2 %)	(8,6 %)	(10,2 %)	(10,4 %)	(11,9 %)
3 - Personnel infirmier	2014-15	4 057 810	218 346	4 276 156	2 185	2 912
	2015-16	4 159 628	197 504	4 357 132	2 240	2 994
	2016-17	4 232 633	211 697	4 444 330	2 273	3 047
	Variation	4,3 %	(3,0 %)	3,9 %	4,0 %	4,6 %
4 - Personnel de bureau, techniciens et assimilés	2014-15	6 960 310	172 365	7 132 675	3 834	5 167
	2015-16	6 821 532	144 984	6 966 516	3 758	5 136
	2016-17	6 696 404	168 489	6 864 893	3 690	5 084
	Variation	(3,8 %)	(2,2 %)	(3,8 %)	(3,8 %)	(1,6 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1 358 952	23 234	1 382 186	693	1 036
	2015-16	1 349 971	15 223	1 365 194	689	1 030
	2016-17	1 330 436	21 731	1 352 167	680	1 009
	Variation	(2,1 %)	(6,5 %)	(2,2 %)	(2,0 %)	(2,6 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	37 690	29	37 719	21	98
	2015-16	35 403	33	35 435	19	104
	2016-17	29 203	51	29 255	16	82
	Variation	(22,5 %)	75,0 %	(22,4 %)	(23,0 %)	(16,3 %)
Total du personnel	2014-15	15 506 865	425 961	15 932 826	8 452	11 025
	2015-16	15 275 500	366 476	15 641 976	8 322	11 027
	2016-17	14 950 320	413 075	15 363 394	8 136	10 779
	Variation	(3,6 %)	(3,0 %)	(3,6 %)	(3,7 %)	(2,2 %)

Cible 2016-2017 en heures rémunérées

15 438 373

Écart à la cible - en heures

(74 979)

Dans le cadre du suivi de la *Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État*, pour la

période d'avril 2016 à mars 2017, le Conseil du trésor a fixé une cible de réduction de 1 % par rapport au nombre total d'heures rémunérées d'avril 2014 à mars 2015.

Le CISSS de Lanaudière a atteint la cible fixée par le Conseil du trésor puisque l'écart entre les heures rémunérées de la période d'avril 2016 à mars 2017 et celles de la période correspondante de l'année 2014-2015 est inférieur à 1 %, soit 3,6 % de réduction.

8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Rapport de la direction

Les états financiers du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par la firme Martin, Boulard S.E.N.C.R.L. dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Martin, Boulard S.E.N.C.R.L. peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Daniel Castonguay
Président-directeur général



Pascale Gagné
Directrice des ressources financières
et de la logistique

Rapport de l'auditeur indépendant



MARTIN, BOULLARD S.E.N.C.R.L.
SOCIÉTÉ DE COMPTABLES PROFESSIONNELS AGRÉÉS

Joliette 450 759 2825
Rawdon 450 834 8173
Mtl. 450 586 6112
Télééc. 450 752 1235
info@mba.qc.ca

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration de
Centre intégré de santé et des services sociaux de Lanaudière

Les états financiers résumés ci-joints du Centre intégré de santé et des services sociaux de Lanaudière, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2017, et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre intégré de santé et des services sociaux de Lanaudière pour l'exercice terminé le 31 mars 2017. Nous avons exprimé une opinion modifiée avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 15 juin 2017 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre intégré de santé et des services sociaux de Lanaudière.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre intégré de santé et des services sociaux de Lanaudière pour l'exercice terminé le 31 mars 2017 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre intégré de santé et des services sociaux de Lanaudière pour l'exercice terminé le 31 mars 2017.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 15 juin 2017. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, ainsi qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Établissement et la Société québécoise d'infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. L'incidence de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2017 et au 31 mars 2016 n'ont pas été déterminées. Nous avons exprimé par conséquent une opinion d'audit modifiée sur le rapport financier annuel de l'exercice terminé le 31 mars 2016.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences de l'anomalie décrite, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre intégré de santé et des services sociaux de Lanaudière au 31 mars 2017 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs nets (sa dette nette), de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

*Martin, Boulard S.E.N.C.R.L.*¹

Joliette, le 15 juin 2017

¹ Par Maryse De Grandpré, CPA auditrice, CA

Résultats financiers

exercice terminé le 31 mars 2017

ÉTATS FINANCIERS 2016-2017 ÉTATS DES RÉSULTATS (TOUS LES FONDS) (\$)

	Budget	Exploitation	Immobilisations	Total	
		Exercice courant	Exercice courant	Exercice courant	Exercice précédent
Revenus					
Subventions MSSS	824 002 147	809 809 852	26 514 276	836 324 128	824 751 887
Subventions Gouvernement du Canada					
Contributions des usagers	46 339 465	49 743 347		49 743 347	46 774 474
Ventes de services et recouvrements	11 365 259	12 509 796		12 509 796	12 325 172
Donations	1 650 600	38 649	1 842 134	1 880 783	2 910 935
Revenus de placement	91 800	217 603	11 286	228 889	324 225
Revenus de type commercial	7 243 290	6 882 518		6 882 518	7 333 466
Gain sur disposition			101 118	101 118	207 382
Autres revenus	10 321 641	12 260 364	232 175	12 492 539	11 879 604
Total des revenus	901 014 202	891 462 129	28 700 989	920 163 118	906 507 145
Charges					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	556 972 040	566 216 389		566 216 389	561 513 799
Médicaments	22 145 907	22 704 857		22 704 857	23 318 026
Produits sanguins	14 390 145	21 045 222		21 045 222	14 888 136
Fournitures médicales et chirurgicales	29 892 197	31 120 416		31 120 416	29 126 218
Denrées alimentaires	7 015 169	7 089 110		7 089 110	6 850 075
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	82 120 680	77 472 248		77 472 248	77 124 837
Frais financiers	8 969 417	104 568	7 332 865	7 437 433	8 338 758
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	12 640 592	11 891 832	725 220	12 617 052	11 870 404
Créances douteuses	405 360	2 457 443		2 457 443	1 290 407
Loyers	20 468 817	21 777 252		21 777 252	22 545 202
Amortissement des immobilisations	23 500 000		20 187 470	20 187 470	20 493 425
Perte sur disposition d'immobilisations	200 000		267 983	267 983	438 334
Dépenses de transfert	36 364 982	37 929 963		37 929 963	38 869 774
Autres charges	85 866 669	86 314 894		86 314 894	82 433 599
Total des charges	900 951 975	886 124 194	28 513 538	914 637 732	899 100 994
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	62 227	5 337 935	187 451	5 525 386	7 406 151

ÉTATS FINANCIERS 2016-2017
 ETAT DES RÉSULTATS (FONDS D'EXPLOITATION) (\$)

	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Exercice courant	Exercice précédent
Revenus					
Subventions MSSS	790 952 147	809 080 373	729 479	809 809 852	794 604 282
Subventions Gouvernement du Canada					
Contributions des usagers	46 339 465	49 743 347		49 743 347	46 774 474
Ventes de services et recouvrements	11 365 259	12 509 796		12 509 796	12 325 172
Donations	600	38 649		38 649	25 425
Revenus de placement	81 800	217 603		217 603	304 692
Revenus de type commercial	7 243 290		6 882 518	6 882 518	7 333 466
Gain sur disposition					
Autres revenus	10 321 641	1 642 175	10 618 189	12 260 364	11 836 872
Total des revenus	866 304 202	873 231 943	18 230 186	891 462 129	873 204 383
Charges					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	556 972 040	557 719 661	8 496 728	566 216 389	561 513 799
Médicaments	22 145 907	22 704 857		22 704 857	23 318 026
Produits sanguins	14 390 145	21 045 222		21 045 222	14 888 136
Fournitures médicales et chirurgicales	29 892 197	31 120 416		31 120 416	29 126 218
Denrées alimentaires	7 015 169	7 089 110		7 089 110	6 850 075
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	82 120 680	77 472 248		77 472 248	77 124 837
Frais financiers	769 417	104 568		104 568	420 943
Entretien et réparations	9 840 592	11 891 832		11 891 832	9 311 502
Créances douteuses	405 360	2 457 443		2 457 443	1 290 407
Loyers	20 468 817	21 500 958	276 294	21 777 252	22 545 202
Dépenses de transfert	36 364 982	37 929 963		37 929 963	38 869 774
Autres charges	85 866 669	80 385 162	5 929 732	86 314 894	81 728 303
Total des charges	866 251 975	871 421 440	14 702 754	886 124 194	866 987 222
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	52 227	1 810 503	3 527 432	5 337 935	6 217 161

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2017

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (\$)

	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	Exercice courant	Exercice précédent
Surplus (déficits) cumulés au début déjà établis	(25 457 818)	15 066 720	(10 391 098)	(16 176 522)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures				
Surplus (déficits) cumulés au début redressés	(25 457 818)	15 066 720	(10 391 098)	(16 176 522)
Surplus (déficit) de l'exercice	5 337 935	187 451	5 525 386	7 406 151
Autres variations :				
Transferts interétablissements				(1 620 727)
Transferts interfonds	(782 039)	782 039		
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés		xxxx		
	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Total des autres variations	(782 039)	782 039		(1 620 727)
Surplus (déficits) cumulés à la fin	(20 901 922)	16 036 210	(4 865 712)	(10 391 098)
Constitués des éléments suivants :				
Affectations d'origine externe	xxxx	xxxx		
Affectations d'origine interne	xxxx	xxxx	14 072 130	8 816 052
Solde non affecté	xxxx	xxxx	(18 937 842)	(19 207 150)
Total	xxxx	xxxx	(4 865 712)	(10 391 098)

exercice terminé le 31 mars 2017

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE (\$)

	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse (découvert bancaire)	32 832 729	2 453 252	35 285 981	25 012 773
Placements temporaires				
Débiteur - MSSS	38 304 797	1 475 840	39 780 637	53 411 636
Autres débiteurs	11 178 069	1 785 352	12 963 421	11 895 872
Avances de fonds aux établissements publics				
Créances interfonds	(7 204 031)	7 204 031		
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	51 429 034	112 790 578	164 219 612	164 291 059
Placements de portefeuille				
Frais reportés liés aux dettes		1 096 747	1 096 747	834 183
Autres éléments	1 328 871	83 201	1 412 072	1 639 975
Total des actifs financiers	127 869 469	126 889 001	254 758 470	257 085 498
PASSIFS				
Emprunts temporaires		14 100 737	14 100 737	48 348 962
Créditeurs - MSSS				
Autres créditeurs et autres charges à payer	81 587 921	4 013 352	85 601 273	76 445 620
Avances de fonds - enveloppes décentralisées				
Intérêts courus à payer		1 479 451	1 479 451	1 979 000
Revenus reportés	10 122 094	17 419 822	27 541 916	19 669 461
Dettes à long terme		282 018 331	282 018 331	277 871 868
Passif au titre des sites contaminés				
Passif au titre des avantages sociaux futurs	66 957 809		66 957 809	65 482 392
Autres éléments	661 963		661 963	822 147
Total des passifs	159 329 787	319 031 693	478 361 480	490 619 450
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(31 460 318)	(192 142 692)	(223 603 010)	(233 533 952)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations		208 178 902	208 178 902	214 940 628
Stocks de fournitures	5 813 421		5 813 421	5 791 307
Frais payés d'avance	4 744 975		4 744 975	2 410 919
Total des actifs non financiers	10 558 396	208 178 902	218 737 298	223 142 854
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	(20 901 922)	16 036 210	(4 865 712)	(10 391 098)

exercice terminé le 31 mars 2017

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (\$)

	Budget	Fonds		Total	
		Exploitation	Immobilisations	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(233 533 952)	(33 660 044)	(199 873 908)	(233 533 952)	(237 248 678)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures					
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ	(233 533 952)	(33 660 044)	(199 873 908)	(233 533 952)	(237 248 678)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	62 227	5 337 935	187 451	5 525 386	7 406 151
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS					
Acquisitions	(26 000 000)		(13 598 360)	(13 598 360)	(23 547 963)
Amortissement de l'exercice	23 500 000		20 187 470	20 187 470	20 493 425
(Gain)/Perte sur dispositions	200 000		166 865	166 865	230 952
Produits sur dispositions					214 988
Réduction de valeurs			5 751	5 751	
Ajustements des immobilisations					658 681
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	(2 300 000)		6 761 726	6 761 726	(1 949 917)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE					
Acquisition de stocks de fournitures	(75 400 000)	(78 154 795)		(78 154 795)	(75 308 424)
Acquisition de frais payés d'avance	(3 400 000)	(7 307 987)		(7 307 987)	(3 405 443)
Utilisation de stocks de fournitures	75 600 000	78 132 681		78 132 681	75 503 649
Utilisation de frais payés d'avance	3 100 000	4 973 931		4 973 931	3 089 437
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	(100 000)	(2 356 170)		(2 356 170)	(120 781)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés		(782 039)	782 039		(1 620 727)
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(2 337 773)	2 199 726	7 731 216	9 930 942	3 714 726
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	(235 871 725)	(31 460 318)	(192 142 692)	(223 603 010)	(233 533 952)

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2017

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (\$)

	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit) de l'exercice	5 525 386	7 406 151
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:		
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	(2 356 170)	(120 781)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	166 865	230 952
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations		
- Gouvernement du Canada		
- Autres	(2 330 539)	(3 268 329)
Amortissement des immobilisations	20 187 470	20 493 425
Réduction pour moins-value des immobilisations	5 751	
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	226 960	229 779
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette		
Subventions MSSS	(18 806 304)	(22 027 429)
Autres	2 457 443	328 361
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	(448 524)	(4 134 022)
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	26 073 848	(637 081)
Flux de trésorerie liés aux activités de fonctionnement	31 150 710	2 635 048
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	(9 651 120)	(21 060 619)
Produits de disposition d'immobilisations		214 988
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement en immobilisations	(9 651 120)	(20 845 631)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois		5 105 312
Placements de portefeuille effectués		
Produit de disposition de placements de portefeuille		
Placements de portefeuille réalisés		
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement		5 105 312

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (\$)

	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Dettes à long terme - Emprunts effectués		
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	(722 434)	(724 720)
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette		
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	(24 738 612)	(16 869 091)
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	88 411 502	71 809 247
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	(74 176 838)	(48 155 364)
Variations du Fonds d'amortissement du gouvernement		
Autres		
Flux de trésorerie liés aux activités de financement	(11 226 382)	6 060 072
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	10 273 208	(7 045 199)
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	25 012 773	32 057 972
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	35 285 981	25 012 773
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT :		
Encaisse	35 285 981	25 012 773
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois		
Total	35 285 981	25 012 773

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (\$)

	Exercice courant	Exercice précédent
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:		
Débiteurs - MSSS	13 630 999	8 328 525
Autres débiteurs	(3 524 992)	(281 693)
Avances de fonds aux établissements publics		
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	2 371	1 038 938
Frais reportés liés aux dettes	(489 524)	(314 866)
Autres éléments d'actifs	227 903	(254 759)
Créditeurs - MSSS		
Autres créditeurs et autres charges à payer	5 208 413	(7 874 666)
Avances de fonds - enveloppes décentralisées		(216 596)
Intérêts courus à payer	(499 549)	(170 138)
Revenus reportés	10 202 994	67 286
Passifs au titre des sites contaminés		
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	1 475 417	(995 371)
Autres éléments de passifs	(160 184)	36 259
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT	26 073 848	(637 081)
AUTRES RENSEIGNEMENTS :		
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	3 947 240	2 487 344
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie	(18 806 304)	(22 027 429)
Intérêts :		
- Intérêts créditeurs (revenus)	7 169 003	7 747 558
- Intérêts encaissés (revenus)	231 842	345 622
- Intérêts débiteurs (dépenses)	7 210 473	8 108 979
- Intérêts déboursés (dépenses)	155 182	479 090

Total des charges encourues ventilées par programmes-services		
Pour l'exercice 2016-2017		
" Non Auditées "		
	2016-2017	2015-2016
<u>Charges brutes par programmes-services</u>	<u>Charges</u>	<u>Charges</u>
Santé publique	14 851 889 \$	14 256 316 \$
Services généraux - activités cliniques et d'aide	38 467 071 \$	37 372 307 \$
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	161 806 260 \$	157 898 417 \$
Déficiences physique	26 559 409 \$	25 491 058 \$
Déficiences intellectuelle et TSA	41 995 081 \$	41 270 316 \$
Jeunes en difficulté	65 360 464 \$	63 152 947 \$
Dépendances	2 467 871 \$	2 316 157 \$
Santé mentale	50 538 092 \$	49 679 694 \$
Santé physique	295 221 677 \$	288 221 781 \$
Administration	50 300 896 \$	53 729 385 \$
Soutien aux services	58 155 494 \$	57 076 815 \$
Gestion des bâtiments et des équipements	65 697 236 \$	62 568 168 \$
Total des charges brutes par programmes-services	<u>871 421 440 \$</u>	<u>853 033 361 \$</u>

Notes

Constitution et mission

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, ci-après désigné par l'établissement, est un établissement public constitué en corporation sans but lucratif par lettres patentes sous l'autorité de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).

Il a pour mandat d'exploiter des centres locaux de services communautaires, des centres d'hébergement et de soins de longue durée, des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et les autres personnes toxicomanes. Le centre de réadaptation en déficience physique qui a pour mandat d'offrir des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale, aux personnes de tous âges ayant une déficience auditive, du langage, motrice ou visuelle. Le Centre de réadaptation qui a pour mandat d'offrir des services en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme, pour permettre à des personnes résidant dans la région de Lanaudière et ayant des caractéristiques particulières d'actualiser et de développer leur potentiel, afin qu'elles puissent assumer leur rôle de citoyen à part entière. Il a aussi comme mission d'assurer un parc régional de ressources de type familial accueillant des enfants et adultes en besoin d'hébergement. Les Centres jeunesse offrent des services de nature psychosociale y compris des services d'urgence sociale, de placements d'enfant, de médiation familiale, d'expertise à la Cour supérieure, d'adoption et de recherche des antécédents biologiques et des services de réadaptation sociale à une clientèle demeurant sur le territoire formé par la région de Lanaudière.

Les 61 installations de l'établissement sont réparties dans l'ensemble de la région de Lanaudière.

Le siège social est situé à Joliette.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu au Québec ou au Canada.

Données budgétaires

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) des pages 200 et 206 du RFA AS-471 respectivement, sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 15 juin 2016, à l'aide du formulaire *Budget détaillé* RR-446.

Opérations liées aux fondations

La Fondation pour la santé du Nord de Lanaudière et la Fondation Santé Sud de Lanaudière, organismes sans but lucratif, ont pour mission de contribuer à bonifier et à améliorer la qualité de vie des bénéficiaires et d'en favoriser le développement et le positionnement dans toutes ses vocations.

Le CISSS de Lanaudière a confié à ces fondations l'exploitation des stationnements réservés à l'usage du public et celles-ci en confient au CISSS de Lanaudière la gestion des dits stationnements. Le revenu net découlant des activités de stationnement est de

1 767 511 \$ pour La Fondation pour la santé du Nord de Lanaudière et de 2 778 316 \$ pour la Fondation Santé Sud de Lanaudière.

Les fondations contribuent également à l'achat d'équipements spécifiques. Un montant de 320 727 \$ a été attribué par la Fondation pour la santé du Nord de Lanaudière et un montant de 371 950 \$ par la Fondation Santé Sud de Lanaudière.

La Fondation Claude-Édouard Héту, organisme sans but lucratif, s'inscrit quant à elle, en continuité avec la mission des Centres jeunesse de Lanaudière. Elle vise à aider et à encourager les jeunes en difficulté de Lanaudière.

La Fondation Santé MRC de D'Autray se donne comme mission de soutenir financièrement des initiatives qui permettent l'amélioration de la qualité de vie des citoyens de la MRC de D'Autray via l'achat de matériel médical et de divertissement favorisant le mieux-être des aînés et des personnes ayant des besoins particuliers. Un montant de 3 164 \$ a été reçu au cours de l'exercice à titre de financement d'équipements.

En plus des opérations décrites ci-dessus, le CISSS de Lanaudière fournit à titre gratuit des locaux aux différentes fondations et aux Associations des bénévoles. L'Association des bénévoles pour le Sud de Lanaudière a contribué à l'achat d'équipements pour un montant de 3 455 \$.

Évènements postérieurs à la date des états financiers

Optilab

Le projet « OPTILAB » entrant en application le 1^{er} avril 2017 consiste en une vaste réorganisation provinciale des services de biologie médicale au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Ces services, auparavant fournis dans les unités administratives des établissements publics, seront dorénavant offerts dans l'une des onze grappes de laboratoires de biologie médicale créées à cet effet ayant pour but une offre de service concertée et complémentaire et un accroissement de l'efficacité globale du réseau. Ainsi, le 1^{er} avril 2017, l'ensemble des ressources humaines, financières, informatiques et matérielles affectées au laboratoire de biologie médicale des établissements sera intégré dans l'une des onze grappes appelées « centres serveurs ».

À cette fin, l'établissement a conclu avec le CISSS de Laval une convention de cession d'exploitation d'activités de laboratoire qui prend effet à compter du 1^{er} avril 2017 en vertu de laquelle il abandonne et cède en sa faveur l'exploitation complète des activités de laboratoire médical à compter de cette date. Il cède également tous les biens meubles et autres actifs servant à l'exploitation des activités cédées, ainsi que les droits, devoirs et obligations sur la partie du budget en cours à la date de la prise en charge des activités cédées. Il demeure responsable de toutes les dettes, obligations, responsabilités et de tout le passif se rapportant aux actifs et activités cédés qui auraient pris origine avant la date de la prise en charge des activités et seraient devenus exigibles à cette date.

L'incidence financière du transfert d'actifs sera comptabilisée au cours du prochain exercice.

Transfert des ressources informationnelles des régions de Laval et des Laurentides

Les établissements des régions de Lanaudière, des Laurentides et de Laval ont entamé depuis octobre 2014 un processus visant à mettre en commun leurs ressources informationnelles. Il est convenu que les ressources humaines et les ressources financières liées à ces ressources humaines, des CISSS de Laval et des Laurentides soient transférées au CISSS de Lanaudière, les actifs informationnels demeurant la propriété de chacun des CISSS respectifs.

Un premier transfert des ressources humaines de la région de Laval et de la région des Laurentides a eu lieu le 20 octobre 2014. Le transfert final est prévu pour septembre 2017 et représente le transfert des effectifs d'environ 100 employés des CISSS de Laval et des Laurentides vers le CISSS de Lanaudière.

Chiffres comparatifs

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de rendre leur présentation conforme à celle adoptée pour le présent exercice.

L'équilibre budgétaire

En vertu des articles 3 et 4 de la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux* (chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2017, le CISSS de Lanaudière a respecté cette obligation légale.

Les contrats de services

Contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017.		
Contrats	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	2	71 161 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	84	12 986 471 \$
Total de contrats de services	86	13 057 632 \$

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

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

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

Exercice terminé le 31 mars 2017- AUDITÉE

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » : **R** : Réserve **O** : Observation **C** : Commentaire

Colonnes 5, 6 et 7 « État de la problématique » : **R** : Réglié **PR** : Partiellement réglé **NR** : Non réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2017		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers

<p>Contrat de location Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 « Immobilisations corporelles louées », du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.</p>	<p>2009-10 À 2016-17</p>	<p>R</p>	<p>En attente d'une directive du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, le MSSS a mentionné qu'il prévoyait réactiver la démarche permettant de régulariser la réserve à l'égard des contrats de location d'immeubles conclus avec la SQI. Toutefois, cette réserve n'a pas d'incidence sur la fidélité des états financiers du gouvernement.</p>			<p>NR</p>
---	----------------------------------	-----------------	---	--	--	------------------

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure

<p>6830 – Imagerie médicale La comptabilisation des unités de mesure du centre d'activités 6831 – Radiodiagnostic général ne tient pas compte d'une directive de l'annexe G de la circulaire codifiée 03.04.01.01. qui mentionne que les procédures effectuées par un médecin sans assistance du technologue ne peuvent faire l'objet d'un décompte d'unités. Des unités de mesure ont été compilées par l'établissement pour des procédures sans assistance d'un technologue. L'établissement n'a pas été en mesure de déterminer le nombre de procédures ainsi décomptées.</p>	<p>2013-2014</p>	<p>R</p>				<p>NR</p>
<p>8002 – Évaluation, expertise et orientation - Déficience physique L'unité de mesure A – « Heures de prestation de service » dans le centre d'activités 8002 – « Évaluation, expertise et orientation DP », n'a pas été compilée.</p>	<p>2012-2013</p>	<p>R</p>	<p>En 2016-2017, une compilation manuelle a été effectuée.</p>	<p>R</p>		
<p>5203 – Mécanismes d'accès Le système de compilation des unités de mesure du centre d'activités - 5203 mécanismes d'accès ne permet pas de compiler les demandes d'accès refusées ou annulées.</p>	<p>2011-2012</p>	<p>C</p>	<p>Le progiciel fourni par le Fonds des ressources informationnelles (anciennement Sogique) ne permet pas la compilation de ces unités de mesure. Le DGTI attend plus de directives de la part du MSSS concernant le mécanisme d'accès avant d'ajuster ses requêtes.</p>			<p>NR</p>

<p>Dossiers des usagers de 18 ans et plus La Loi oblige les établissements à détruire les dossiers des usagers qui atteignent l'âge de 18 ans dans un délai inférieur à un an. Par conséquent, nous ne sommes donc pas en mesure de vérifier l'exactitude des usagers qui ont atteint l'âge de 18 ans au cours de l'exercice.</p>	2011-2012	C	La <i>Loi sur la protection de la jeunesse</i> (LPJ) oblige la destruction des dossiers des jeunes à 18 ans. Notre établissement respecte la LPJ.	R		
<p>7644 – Hygiène et salubrité – Tâches opérationnelles 7801 – Entretien du parc immobilier et du parc d'équipement non médical et mobilier (propriété CHQ ou établissement public) 7703 – Fonctionnement des installations - Autres L'établissement n'a pas été en mesure de fournir les pièces justificatives supportant le calcul des mètres carrés pour les centres d'activités 7644 et 7801 et des mètres cubes pour le centre d'activités 7703.</p>	2016-2017	R	La direction des services techniques a été sensibilisée et des travaux seront réalisés en 2017-2018.			NR

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)					
<p>Présentation des revenus L'établissement n'a pas présenté séparément, à la page 301, les revenus bruts de contributions des usagers et les exemptions et exonérations se rapportant à ces revenus.</p>	2011-2012	C	En 2016-2017, les revenus bruts ont été présentés séparément des exemptions, exonérations et déduction de créances douteuses se rapportant à ces revenus.	R	
<p>Revenus reportés - Buanderie Dans le fonds d'immobilisations, un revenu reporté au montant de 642 148 \$ relativement au fonds régional du regroupement de la Buanderie Lavérendière aurait dû être comptabilisé à titre de revenus à des fins particulières de l'exercice.</p>	2015-2016	C	La correction a été effectuée dans l'exercice 2016-2017.	R	
<p>Copies de sécurité Il n'y a pas de piste de vérification permettant de confirmer que des copies de sécurité et les mécanismes de récupération des informations sont vérifiés régulièrement, tel qu'exigé à la mesure 4.3.3 du Cadre global de gestion.</p>	2011-2012	C	Des pistes de vérification ont été mises en place, dont une relecture journalière des copies de sécurité et le déplacement des bandes magnétiques d'un centre à un autre. Pour les systèmes de paie/GRH, une procédure de copie de sécurité du fournisseur a été implantée. De plus, un système consolidé pour le CISSS est à venir et l'ensemble des pistes de vérification seront revues et mises en place. Cette recommandation s'appliquait pour seulement une de nos anciennes constituantes.	R	

<p>Contributions parentales Les revenus de contributions financières sont comptabilisés après déduction des créances douteuses.</p>	2011-2012	C	En 2016-2017, les mesures ont été prises afin que soient comptabilisés adéquatement les revenus provenant des contributions parentales.	R		
<p>CNESST La provision de CNESST à payer et la dépense de CNESST sont surévaluées de 885 510 \$.</p>	2016-2017	C				NR
<p>Rapport à la gouvernance</p>						
<p>Achats et déboursés Des bons de commande ont été préparés après la réception de la facture, ce qui n'apporte aucune valeur ajoutée. L'établissement devrait analyser les types d'achats qui requièrent l'utilisation d'un bon de commande.</p>	2011-2012	O	<p>Commentaire de la direction: La révision des processus ainsi que la fusion des systèmes ressources matérielles se poursuivront en 2017-2018 et permettront d'adresser ce genre de situation.</p>		PR	

10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

En 2016-2017, le CISSS de Lanaudière a financé 174 organismes communautaires en santé et services sociaux dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC).

En conformité avec les procédures du CISSS, un message courriel est transmis à tous les organismes communautaires reconnus afin de leur rappeler qu'ils doivent transmettre à l'établissement leurs documents de reddition de comptes dans les 3 mois (ou 90 jours) suivant la date de fin de leur exercice financier. Au même moment, le document ministériel concernant la reddition de comptes leur est envoyé.

De plus, les procédures du CISSS prévoient que chaque organisme reçoit une lettre de rétroaction dans les quatre mois suivant la réception de leurs documents de reddition de comptes. Dans cette lettre adressée au président(e), l'organisme est informé des documents qui sont en retard ou non conformes et des éléments manquants au rapport d'activité. Pour l'année suivante, l'organisme est de nouveau informé de respecter les échéanciers de la convention de soutien financier et d'apporter les correctifs à ces différents documents. Toutes ces informations sont colligées et transmises au MSSS au besoin.

Par ailleurs, la collaboration entre les organismes communautaires et le CISSS s'est poursuivie, en 2016-2017, par l'entremise du comité bipartite TROCL-CISSS qui s'est réuni à cinq reprises. Un des dossiers majeurs de l'année fut l'élaboration d'un protocole d'entente pour le financement d'activités spécifiques en lien avec le PSOC ou avec les directions des programmes lors de mandats confiés aux organismes communautaires en réponse aux priorités ou orientations régionales. Le CISSS a aussi revu l'ensemble des ententes pour activités spécifiques au PSOC mises en place depuis un certain nombre d'années et a décidé de transférer au volet mission globale environ 60 % des sommes consenties à ces ententes, soit près d'un million de dollars.

Organismes	2016-2017	2015-2016
Action famille Lanoraie	3 369 \$	3 329 \$
Action famille Lavaltrie	3 370 \$	3 330 \$
Ailes de l'espoir de St-Calixte (Les)	28 693 \$	28 353 \$
Albatros (14) Lanaudière	24 118 \$	23 832 \$
Amandiers (Les)	61 189 \$	60 463 \$
Amis de la déficience intellectuelle Rive-Nord (Les)	151 979 \$	150 177 \$
Amis de Lamater (Les)	90 179 \$	89 110 \$
Amis des aînés de Lanaudière (Les)	23 577 \$	23 297 \$
Association Carrefour Famille Montcalm	182 243 \$	180 082 \$
Association de parents d'enfant trisomique-21 Lanaudière	70 783 \$	69 944 \$
Association de parents PANDA Matawinie	46 748 \$	46 194 \$
Association de parents PANDA MRC Des Moulins	46 747 \$	46 193 \$
Association des devenus sourds et des malentendants du Québec - Secteur des MRC de L'Assomption et les Moulins (ADSMQ)	30 602 \$	30 239 \$
Association des personnes handicapées de Brandon	65 429 \$	64 653 \$
Association des personnes handicapées de St-Michel-des-Saints et St-Zénon	30 677 \$	30 313 \$
Association des personnes handicapées Matawinie (APHM)	175 058 \$	176 983 \$
Association des personnes handicapées physiques et sensorielles secteur Joliette (APHPS)	121 217 \$	119 780 \$
Association des personnes handicapées physiques Rive-Nord	138 636 \$	136 992 \$
Association des personnes handicapées secteur Berthier	170 586 \$	168 564 \$
Association des sourds de Lanaudière	54 644 \$	53 996 \$
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (Montréal) (AQEPA)	4 546 \$	4 492 \$
Association Handami pour personnes handicapées et leur famille	81 396 \$	80 430 \$
Association pour les jeunes de la rue de Joliette	137 743 \$	136 110 \$
Association régionale de la fibromyalgie de Lanaudière	24 117 \$	23 831 \$
Association sclérose en plaques de Lanaudière	53 971 \$	53 331 \$
Association Un cœur pour tous Lanaudière (L')	24 117 \$	23 831 \$
Ateliers éducatifs Les Petits Mousses	94 711 \$	93 588 \$
Avec des Elles	193 745 \$	191 448 \$
Bonne étoile Joliette (La)	136 318 \$	134 702 \$
Café de rue Terrebonne	2 377 \$	0 \$
CALACS Coup de cœur	263 306 \$	260 184 \$
CALACS La Chrysalide	239 276 \$	236 439 \$
Cancer-Aide Lanaudière	23 577 \$	23 297 \$
Carrefour Émilie de Lanoraie	26 649 \$	26 333 \$
Carrefour familial des Moulins	3 371 \$	3 331 \$

Organismes	2016-2017	2015-2016
Centre Arc-en-ci-Elle	193 741 \$	191 444 \$
Centre Au Cœur des Femmes	194 029 \$	191 728 \$
Centre communautaire bénévole Matawinie	471 951 \$	466 509 \$
Centre d'action bénévole Brandon	98 028 \$	96 864 \$
Centre d'action bénévole D'Autray	396 865 \$	392 158 \$
Centre d'action bénévole de Montcalm	377 747 \$	373 269 \$
Centre d'action bénévole Des Moulins	329 246 \$	325 343 \$
Centre d'action bénévole Émilie-Gamelin	444 619 \$	439 347 \$
Centre d'aide pour hommes de Lanaudière (CAHo)	291 113 \$	317 305 \$
Centre de F.A.M. des Moulins	193 741 \$	191 444 \$
Centre de femmes Marie-Dupuis	193 740 \$	191 443 \$
Centre de femmes Montcalm	193 743 \$	191 446 \$
Centre de prévention du suicide de Lanaudière (Le)	605 441 \$	598 261 \$
Centre de ressources pour hommes du Sud de Lanaudière	20 000 \$	0 \$
Centre d'entraide en santé mentale du secteur Brandon "Le Croissant de Lune"	83 568 \$	82 577 \$
Centre d'entraide et de dépannage de St-Zénon	3 542 \$	0 \$
Centre Le Diapason	365 619 \$	361 284 \$
Chaumière jeunesse de Rawdon (La)	359 353 \$	360 092 \$
Cible famille Brandon	16 370 \$	16 330 \$
Clef familiale St-Barthélemy (La)	25 819 \$	25 513 \$
Club jeunesse de Lanoraie	48 441 \$	50 000 \$
Cœur aux ventres Matawinie (Du)	2 532 \$	2 502 \$
Collatines de L'Épiphanie (Les)	8 427 \$	8 327 \$
Comptoir alimentaire de la Haute Matawinie (Le)	47 683 \$	41 118 \$
Comptoir alimentaire L'Essentiel de Lavaltrie	2 532 \$	2 502 \$
Corporation les enfants de ma rue	58 636 \$	57 940 \$
Corporation Répît-Dépannage de Lanaudière	234 603 \$	231 822 \$
Cuisines collectives de Matha (Les)	54 227 \$	53 584 \$
Cuisines collectives La Joyeuse Marmite (Les)	67 225 \$	66 582 \$
Défi-Famille Matawinie	3 369 \$	3 329 \$
Dysphasie Lanaudière	77 479 \$	76 560 \$
Enfance Libre Lanaudière	132 107 \$	130 541 \$
Entraide pour la déficience intellectuelle du Joliette Métropolitain	163 690 \$	165 675 \$
Fin à la faim...	26 648 \$	26 332 \$
Grands frères grandes sœurs de Lanaudière (Les) (fermé au 31 décembre 2016)	18 254 \$	24 145 \$
Groupe d'entraide en santé mentale de la région Berthier/Lavaltrie "L'Envol"	83 752 \$	82 759 \$
Groupe d'entraide En toute amitié	42 480 \$	41 977 \$
Groupe d'entraide et d'amitié de Ste-Julienne	42 663 \$	42 157 \$

Organismes	2016-2017	2015-2016
Groupe des montagnards de Chertsey	31 041 \$	30 673 \$
Groupe populaire d'entraide de Lavaltrie	45 428 \$	44 890 \$
Groupe populaire d'Entrelacs	31 038 \$	30 665 \$
GymnO Lanaudière	24 117 \$	23 831 \$
Habitat jeunesse Mascouche	263 735 \$	260 608 \$
Habitations Ciné des Cœurs	0 \$	6 500 \$
Hébergement d'urgence Lanaudière	227 484 \$	224 787 \$
Inter-Femmes	193 743 \$	191 446 \$
Joujouthèque Farfouille (La)	3 369 \$	3 329 \$
Lachenaie action jeunesse	76 884 \$	74 972 \$
L'Arche Joliette	90 994 \$	89 915 \$
L'Avenue justice alternative	338 401 \$	334 388 \$
Lueur du phare de Lanaudière (La)	345 657 \$	341 558 \$
Maison d'accueil La Traverse	770 868 \$	761 727 \$
Maison de la Famille Aux quatre vents	3 369 \$	3 329 \$
Maison de la Famille La Parenthèse (La)	3 370 \$	3 330 \$
Maison de Parents de la Matawinie Ouest (La)	3 369 \$	3 329 \$
Maison des aînés de Chertsey (La)	24 117 \$	23 831 \$
Maison des jeunes Café-rencontre 12-17 du Grand Joliette	102 286 \$	100 073 \$
Maison des jeunes D.O. Ados	55 660 \$	50 000 \$
Maison des jeunes de Crabtree	55 437 \$	53 780 \$
Maison des jeunes de L'Assomption	97 214 \$	95 061 \$
Maison des jeunes de L'Épiphanie	47 231 \$	50 000 \$
Maison des jeunes de Mascouche	78 588 \$	76 656 \$
Maison des jeunes de Rawdon	48 096 \$	50 000 \$
Maison des jeunes de Repentigny	155 920 \$	150 571 \$
Maison des jeunes de St-Donat	48 195 \$	49 000 \$
Maison des jeunes de Ste-Marcelline	47 231 \$	50 000 \$
Maison des jeunes de St-Esprit-de-Montcalm	55 660 \$	49 095 \$
Maison des jeunes de St-Félix-de-Valois	47 470 \$	49 000 \$
Maison des jeunes de St-Sulpice	47 231 \$	50 000 \$
Maison des jeunes du Nord	48 547 \$	50 000 \$
Maison des jeunes La Piaule de Joliette	55 438 \$	53 781 \$
Maison des jeunes La Relève de Saint-Calixte	55 660 \$	49 000 \$
Maison des jeunes Laurentides-St-Lin	55 660 \$	50 000 \$
Maison des jeunes Le Gros orteil	66 619 \$	64 829 \$
Maison des jeunes Les Mayais	47 231 \$	50 000 \$
Maison des jeunes Place jeunesse Berthier	100 686 \$	97 992 \$
Maison des jeunes Sens unique secteur Brandon	88 505 \$	83 956 \$
Maison d'hébergement Accueil Jeunesse Lanaudière	365 625 \$	361 290 \$

Organismes	2016-2017	2015-2016
Maison d'hébergement jeunesse Roland-Gauvreau	391 945 \$	392 297 \$
Maison L'intersection (La)	24 117 \$	23 831 \$
Maison Mémoire du cœur	34 604 \$	34 194 \$
Maison Oxygène Joliette-Lanaudière	10 000 \$	0 \$
Maison Parent-Aise	16 370 \$	16 330 \$
Maison Pauline Bonin	48 238 \$	47 666 \$
Maison populaire de Joliette	24 118 \$	29 889 \$
Maisons d'à côté Lanaudière (Les)	617 751 \$	610 426 \$
Maisons des jeunes de Terrebonne	104 887 \$	100 143 \$
Manne quotidienne (La)	42 322 \$	41 821 \$
Marraines coup de pouce	24 117 \$	23 831 \$
Mi-Zé vie	87 218 \$	86 184 \$
Moisson Lanaudière	53 047 \$	52 418 \$
Mouvement organisé des mères solidaires (MOMS)	3 369 \$	3 329 \$
Naître et grandir avec les amies de l'allaitement	5 895 \$	5 825 \$
Néo (Le)	239 794 \$	236 950 \$
Nourri-Source Lanaudière	24 118 \$	23 832 \$
Original tatoué, café de rue	2 377 \$	0 \$
PANDA de la MRC L'Assomption	46 747 \$	46 193 \$
Parentfants de Mascouche	3 370 \$	3 330 \$
Parents-Unis Repentigny (Lanaudière)	255 871 \$	252 837 \$
Parrainage civique Lanaudière	81 111 \$	80 149 \$
Pleins droits de Lanaudière	208 653 \$	206 179 \$
Popote Roulante Les Moulins	35 934 \$	35 508 \$
Propulsion Lanaudière	262 054 \$	258 946 \$
Regard en Elle	799 664 \$	790 182 \$
Regroup'Elles	841 260 \$	831 285 \$
Regroupement des aidants naturels du comté de L'Assomption	23 577 \$	23 297 \$
Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale de Lanaudière (ROCASML)	9 477 \$	9 365 \$
Relais jeunesse de Lavaltrie	69 526 \$	65 202 \$
REPARS	323 436 \$	319 601 \$
Répits de Gaby (Les)	394 767 \$	390 086 \$
Rescousse amicale (La)	152 156 \$	150 352 \$
Rescousse Montcalm (La)	126 335 \$	124 837 \$
Réseau communautaire d'aide aux alcooliques et autres toxicomanes (Le)	523 606 \$	517 398 \$
Réseau des aidants naturels D'Autray (Le)	24 111 \$	23 824 \$
Rose Bleue : Association des personnes handicapées Les Moulins (La)	93 916 \$	92 802 \$
Ruche de St-Damien (La)	31 033 \$	30 662 \$

Organismes	2016-2017	2015-2016
Santé à cœur D'Autray Matawinie	24 117 \$	23 831 \$
Service bénévole comté L'Assomption	407 995 \$	403 158 \$
Service d'entraide St-Lin-Laurentides	27 031 \$	26 865 \$
Service régional d'interprétariat de Lanaudière (SRIL)	126 478 \$	124 978 \$
Services amitiés L'Assomption	52 912 \$	52 285 \$
Services de crise de Lanaudière (Les)	938 535 \$	927 406 \$
Société Alzheimer de Lanaudière (SADL)	184 249 \$	182 064 \$
Société de l'autisme région de Lanaudière	119 775 \$	118 355 \$
Solidarité sociale de Rawdon	61 300 \$	60 573 \$
Soupière Joliette-Lanaudière (La)	36 909 \$	36 471 \$
Source de vie St-Gabriel	29 469 \$	29 120 \$
Support aux aînés anglophones de Lanaudière	24 117 \$	23 831 \$
Table de concertation régionale des associations de personnes handicapées de Lanaudière (TCRAPHL)	2 783 \$	2 750 \$
Table des partenaires en développement social de Lanaudière (TPDSL)	30 468 \$	29 182 \$
Table régionale des organismes communautaires de Lanaudière (TROCL)	195 224 \$	192 909 \$
Tournesol de la Rive-Nord (Le)	153 262 \$	151 445 \$
Travail de rue Lavaltrie	94 040 \$	92 925 \$
Travail de rue Le Trajet	135 006 \$	133 405 \$
Travail de rue Repentigny	135 163 \$	133 560 \$
Travail de rue secteur Brandon	1 427 \$	0 \$
Trouvailles de Mandeville (Aux)	42 584 \$	42 079 \$
Unité d'information et d'action en toxicomanie (UNIATOX)	536 641 \$	530 432 \$
Unité point de départ	40 855 \$	40 371 \$
Vaisseau d'or Des Moulins (Le)	469 217 \$	463 654 \$
Total des subventions accordées (\$)	22 979 709 \$	22 707 222 \$
Nombre total d'organismes communautaires subventionnés	174	169

Annexe 1 – Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

**CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES
ADMINISTRATEURS
DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DE LANAUDIÈRE
EN VERTU DE LA
LOI SUR LE MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF (chapitre M-
30)**

<p>OBJET : Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière en vertu de la <i>Loi sur le ministère du Conseil exécutif</i> (chapitre M-30)</p>	
<p>Adopté par : Conseil d'administration du CISSS de Lanaudière</p>	<p>Date : le 7 mars 2016 Entrée en vigueur : le 7 mars 2016 <i>Doit être révisé tous les trois ans</i></p>
<p>Document (s) remplacé (s)</p>	
<p>Direction émettrice : Direction générale</p>	
<p>Responsable (s) de son application : Comité de gouvernance et d'éthique</p>	
<p>Destinataires : Membres du conseil d'administration</p>	
<p>Lieu d'application : CISSS de Lanaudière</p>	
<p>Document associé Loi sur le ministère du Conseil exécutif (chapitre M-30)</p>	
<p>Authentifié par : Daniel Castonguay Président-directeur général</p>	<p>Date : Le 23 mars 2016</p>

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS

Section 4 — APPLICATION

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts

Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen

PRÉAMBULE

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

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).

- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbysme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Personne indépendante : Tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de

nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances².

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne

² BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonnement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps

partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

- a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
- b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
- c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;

- d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
- e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

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

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

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

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

Section 4 – APPLICATION

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

- a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*,
- b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
- c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;

- e) assurer le traitement des déclarations de conflit d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

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

18. Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

19.10 Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée

dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

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

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

ANNEXES

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Annexe I – Engagement personnel et affirmation d'office du membre du conseil d'administration

Je, soussigné, _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers _____.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour quelque chose que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que celle prévue à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière et je m'engage à m'y conformer.

Signature	Date (aaaa-mm-jj)	Lieu
Nom du commissaire à l'assermentation	Signature	

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

Je, soussigné, _____ [*prénom et nom en lettres moulées*], déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, dû aux faits suivants :

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

2. Titre d'administrateur

Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.

J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat _____ comme membre du _____. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière et je m'engage à m'y conformer.

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

2. Titre d'administrateur

Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière.

J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés] :

3. Emploi

« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles, qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière et je m'engage à m'y conformer.

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné, _____ [*prénom et nom en lettres moulées*], membre du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

Lieu

Annexe VI – Signalement d’une situation de conflit d’intérêts

Je, soussigné, _____, estime que le membre suivant :
_____, est en situation de conflit d’intérêts apparent, réel ou
potentiel en regard des faits suivants :

Je demande que le conseil d’administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d’éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la Loi sur l’accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, chapitre A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d’examiner s’il existe ou non une situation de conflit d’intérêts apparente, réelle ou potentielle.

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

Lieu

Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen

Je, soussigné, _____, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur.

Signature

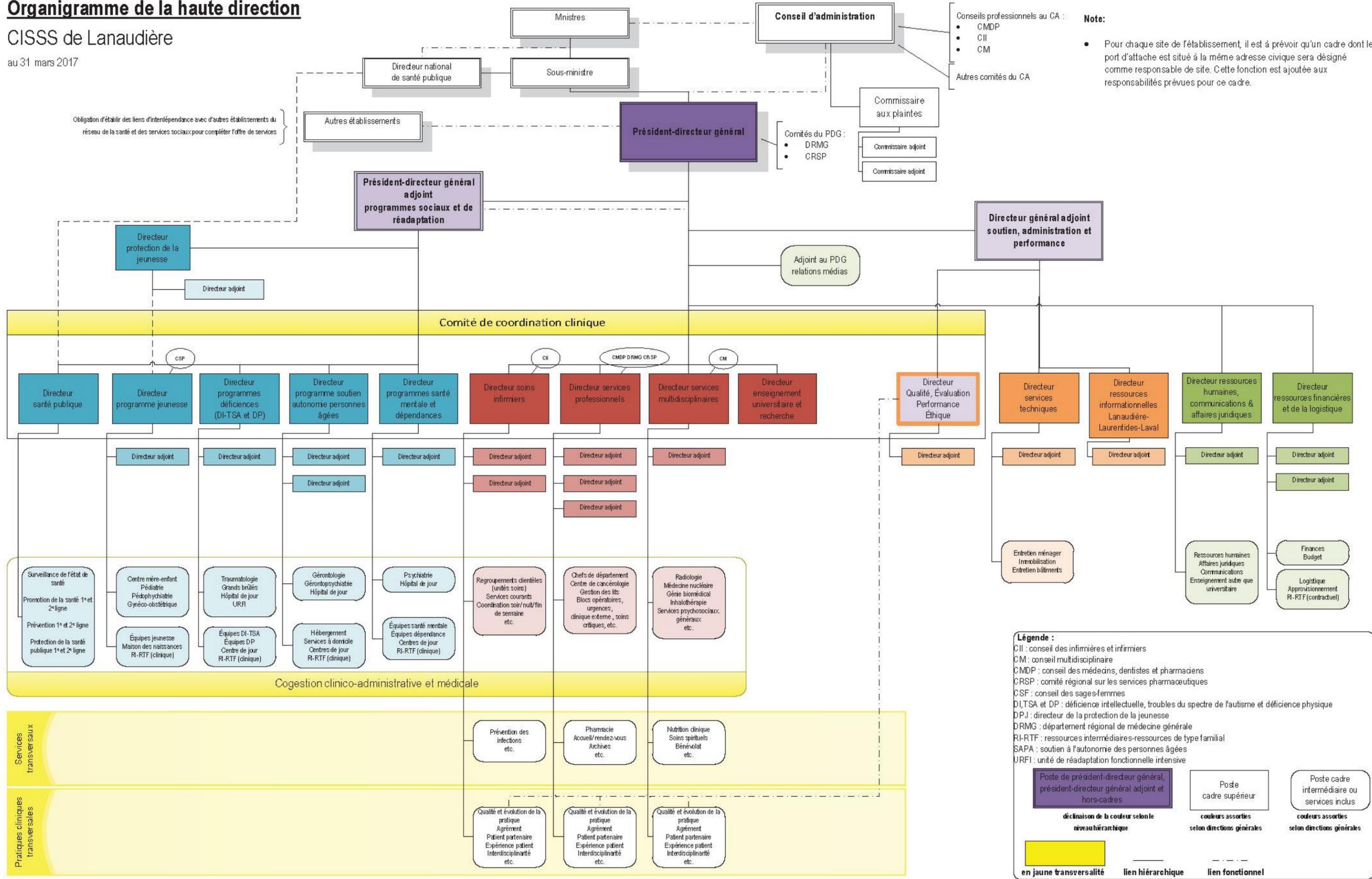
Date (aaaa-mm-jj)

Lieu

Organigramme de la haute direction

CISSS de Lanaudière

au 31 mars 2017



Note:

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

Légende :

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

Poste de président-directeur général, président-directeur général adjoint et hors-cadres (couleur violette)

Poste cadre supérieur (couleur orange)

Poste cadre intermédiaire ou services inclus (couleur verte)

déclinaison de la couleur selon le niveau hiérarchique

couleurs assorties selon directions générales

couleurs assorties selon directions générales

en jaune transversalité

lien hiérarchique

lien fonctionnel

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière**

Québec 