

# RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2017 2018

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière



Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

ISBN : 978-2-550-81476-4 (Format PDF)

Dépôt légal : 3<sup>e</sup> trimestre 2018

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 .....	19
4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité .....	37
Les attentes spécifiques (Chapitre III) de l'entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018 .....	37
Évaluation de l'atteinte des engagements annuels (Chapitre IV) de l'entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018 .....	45
5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité .....	93
L'Agrément .....	93
La sécurité des soins et des services .....	93
Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement .....	100
L'examen des plaintes et la promotion des droits .....	101
L'information et la consultation de la population .....	101
6. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie .....	103
7. Les ressources humaines .....	104
Les ressources humaines de l'établissement au 31 mars 2018 .....	104
La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement .....	105
8. Les ressources financières .....	107
Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme .....	107
Résultats des opérations et maintien de l'équilibre budgétaire .....	108
Les contrats de service .....	109
9. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant .....	110
10. Les organismes communautaires .....	113
<b>Annexe 1 – Code d'éthique et de déontologie des administrateurs .....</b>	<b>119</b>

## 1. Le message des autorités

Le Centre de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière entre dans sa quatrième année d'existence, alors que les défis liés à la structure ont graduellement laissé place à d'imposants travaux organisationnels visant l'accès aux services et leur intégration, et ce, au sein de l'ensemble des programmes.

L'année qui se termine aura été, à ce titre, marquée par de nombreuses activités visant à augmenter l'accès aux services pour les personnes âgées vivant une perte d'autonomie, les personnes vivant avec une déficience intellectuelle, une déficience physique, un trouble du spectre de l'autisme, les jeunes en difficulté ainsi que celles ayant des problèmes liés à la santé physique ou à la santé mentale. Elle aura aussi été marquée par une meilleure accessibilité à un médecin de famille, passant de moins de 63 % de la population desservie en 2015 à plus de 83 % cette année.

Ces travaux ont impliqué une révision de plusieurs pratiques d'intervention, et ce, surtout en regard de l'amélioration des trajectoires clientèle. Ces changements permettent une meilleure intégration des différents services et une amélioration constante de l'accessibilité ainsi que de la qualité des soins et des services. À ce titre, soulignons la précieuse collaboration des équipes cliniques et administratives, des médecins et des gestionnaires, car ce sont eux les acteurs de cette belle transformation.

Le premier défi de l'organisation pour répondre aux besoins de notre population demeure l'attraction et la rétention du personnel dans les différents domaines d'intervention. En cours d'année, le CISSS de Lanaudière a procédé à deux phases importantes de recrutement totalisant, pour tous les types d'emplois confondus, plus de 1 787 embauches. Ces nouvelles ressources ont été déployées graduellement dans les différentes directions. Cette dotation importante se poursuit en continu, tant pour la stabilisation des équipes que pour les nouveaux services.

Une saine collaboration avec nos instances syndicales favorise les travaux sur les négociations locales et donnera, à l'ensemble des équipes, des gains en regard de l'amélioration de l'accessibilité aux services, ainsi que du milieu de travail pour les employés. Ces ententes constitueront des leviers pour l'attraction et la rétention du personnel.

Cette année a également été très active en ce qui a trait aux infrastructures de notre réseau lanaudois. Plusieurs projets ont été définis et, dans certains cas, mis de l'avant pour rénover des édifices ou en construire de nouveaux.

Un CISSS qui se déploie autant doit compter sur une santé financière teintée d'équilibre et de marges de manœuvre. Cette approche budgétaire aura permis de respecter les différentes attentes ministérielles visant la qualité requise des services.

L'organisation est aussi soutenue par l'implication active de trois fondations : la Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière, la Fondation Santé Sud de Lanaudière et la Fondation Claude-Édouard Héту. Le dynamisme, l'implication et l'engagement des membres des fondations permettent la mise en œuvre de grandes réalisations, toutes définies et lancées en vue de soutenir une meilleure qualité de services à la population.

L'année 2017-2018 aura été celle de la consolidation de collaborations interrégionales. intégrant, à partir de notre région, nos activités à celles des régions de Laval et des Laurentides. En revanche, Laval a fait de même en prenant sous son aile les laboratoires et les centres de prélèvements, dans le cadre du projet OPTILAB. Les Laurentides, quant à elles, coordonnent le déploiement du Centre de répartition des demandes de service (CRDS-LLL). Ce partenariat existe aussi sous forme d'ententes suprarégionales visant des corridors de services pour des services tertiaires en médecine spécialisée ou surspécialisée.

Évoquer cette notion de partenariat nous ramène également à l'intérieur de la réalité régionale dans laquelle évolue notre CISSS, notamment à nos collaborations avec les différents élus et leurs instances ainsi qu'avec nos collègues des milieux de l'éducation, de la justice et de la sécurité publique, de l'emploi et de la sécurité sociale, du développement régional et des affaires municipales, entre autres. Une qualité partenariale particulièrement significative a été maintenue avec les organismes communautaires de la région et leurs représentants régionaux.

Nous sommes fiers de ces réalisations, lesquelles n'auraient jamais été possibles sans l'implication active des membres du conseil d'administration, du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, du comité des usagers, du conseil multidisciplinaire, du conseil des infirmières et infirmiers, du conseil des sages-femmes, du Département régional de médecine générale, des gestionnaires et du personnel, des bénévoles et des différents partenaires. Nous tenons à tous les remercier pour leur engagement.



**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 2017-2018 du 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 2018.



**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 km<sup>2</sup>. 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 à ces besoins et aux particularités de la région;
- Les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires du 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.

Plus spécifiquement, le CISSS a pour mission :

- De veiller à l'organisation, à l'accessibilité et à l'intégration des soins et des services de santé et des services sociaux répondant aux besoins de la population;
- D'assurer la prestation de soins et de services de santé et de services sociaux aux citoyens de son territoire;
- D'assumer une responsabilité populationnelle envers les résidents de son territoire;
- De créer et de maintenir des liens de collaboration avec les différents partenaires de la région;
- De garantir une planification régionale des ressources humaines;
- De promouvoir la santé auprès de toute la population et assurer des interventions préventives et de protection, en collaboration avec ses partenaires;

- D'offrir des services de santé et des services sociaux axés sur la proximité et la continuité des services.

Par ailleurs, le CISSS a fait siennes les valeurs suivantes : respect et bienveillance, rigueur et imputabilité, collaboration et solidarité ainsi qu'équité et transparence.

Ces valeurs représentent les principes qui doivent servir de guides pour orienter les actions de tous les médecins, les gestionnaires, le personnel, les stagiaires et les bénévoles dans leurs manières d'être et d'agir au quotidien.

### **Autres établissements**

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





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

## Conseil d'administration

### Membres

- PERREAULT, Jacques – Président - Membre indépendant – Expertise en protection de la jeunesse (mandat renouvelé en octobre 2017)
- PERREAULT, Chantale – Vice-présidente - Membre indépendant – Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
- CASTONGUAY, Daniel – Président-directeur général
- 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
- CORNEAULT, Jean-Pierre – Membre indépendant – Expertise auprès des organismes communautaires (nommé le 30 mai 2017)
- LANCTÔT, Marcel – Membre indépendant – Expertise en réadaptation
- LANGLAIS, Dre Nathalie – Membre désigné – Médecin spécialiste - Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
- MAGNY, Renald – Membre indépendant – Expertise en santé mentale (nommé le 30 mai 2017)
- NICOL, Ronald – Membre observateur – Fondation
- PARISÉ, Ginette – Membre désigné – Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
- 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, Nathalie – Membre nommé – Milieu de l'enseignement

Le mandat de certains membres du conseil d'administration a pris fin en date du 26 mars 2018.

À la suite du processus de désignation de certains membres du conseil d'administration qui s'est déroulé en février 2018, les membres suivants ont été désignés et sont entrés en fonction le 26 mars 2018 :

- DUONG, Dr Hoang – Membre désigné – CMDP
- GAGNON, Alexandre – Membre désigné – Comité régional des services pharmaceutiques (CRSP)
- PARISÉ, Ginette – Membre désigné – CII
- PROCHETTE, Dr Harry Max – Membre désigné – Médecin omnipraticien – DRMG
- RIVEST, Normand – Membre désigné – CUCI

Absence de désignation au poste : Membre désigné – CM. Le processus de nomination par le MSSS est en cours.

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

- VALLÉE, Marc – Membre désigné – CRSP (départ le 17 janvier 2018)

Soulignons également la fin de mandat au 26 mars 2018 des membres suivants :

- LANGLAIS, Dre Nathalie – Membre désigné – Médecin spécialiste – CMDP
- PROVOST, Richard – Membre désigné – CUCI
- POITRAS, Simon – Membre désigné – CM

Le conseil d'administration a tenu onze séances entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 31 mars 2018, incluant la séance publique annuelle.

Au cours de l'année 2017-2018, 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 présent rapport et sur le site Web de l'établissement, au [www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca](http://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca), sous *Votre CISSS/Conseil d'administration*.

## Comité de gouvernance et d'éthique

### Membres

- VALLÉE, Nathalie – Présidente
- BOURRET, Étienne
- CASTONGUAY, Daniel
- CORNEAULT, Jean-Pierre
- PERREAULT, Chantale
- PERREAULT, Jacques
- POITRAS, Simon (jusqu'au 26 mars 2018)
- 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<sup>er</sup> avril 2017 et le 31 mars 2018.

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.

Au cours de l'année 2017-2018, le comité a poursuivi l'analyse des politiques organisationnelles en processus d'adoption par le conseil d'administration. Il a également assuré un suivi des orientations proposées et adoptées par l'établissement en matière de gestion des ressources humaines.

Le comité a aussi travaillé à l'élaboration d'un outil d'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration et à l'élaboration d'un programme d'accueil à l'intention des nouveaux membres.

Voici les dossiers traités par le comité de gouvernance et d'éthique au cours de l'année 2017-2018 :

- Suivi des travaux en lien avec la révision des politiques et des règlements;
- Manuel d'organisation de projet pour la révision de l'offre alimentaire en centre d'hébergement et de soins de longue durée;
- Diagnostic organisationnel et plan d'action en lien avec le fonctionnement de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques;
- Suivi des travaux en lien avec la présence au travail, le recrutement et les négociations avec les instances syndicales;
- Document *Mission et valeurs*;
- Document *Défis organisationnels*;
- Mise en place d'un mode de fonctionnement permettant au public d'acheminer à l'avance les questions au conseil d'administration;
- Mode de fonctionnement du conseil d'administration;
- Élaboration d'un outil d'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;
- Élaboration d'un programme d'accueil à l'intention des nouveaux membres du conseil d'administration.

## Comité de vérification

### Membres

- THIBODEAU, Lucie – Présidente
- BOURRET, Étienne
- CASTONGUAY, Daniel
- MAGNY, Renald
- NICOL, Ronald
- PERREAULT, Chantale
- PERREAULT, Jacques
- PROVOST, Richard (jusqu'au 26 mars 2018)

### Responsable du comité

- GAGNÉ, Pascale

### Faits saillants

Le comité de vérification s'est réuni à cinq reprises entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 31 mars 2018.

Il a pris connaissance du budget 2017-2018 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.

Il a pris connaissance et a recommandé au conseil d'administration les plans triennaux de maintien d'actifs.

Il a pris connaissance de la reddition de comptes au Conseil du trésor.

## Comité de vigilance et de la qualité

### Membres

- LANCTÔT, Marcel – Président
- BRUNET, Michel
- CASTONGUAY, Daniel
- MAGNY, Renald (depuis le 21 mars 2018)
- NICOL, Ronald
- PERREAULT, Jacques
- PROVOST, Richard (jusqu'au 26 mars 2018)
- RIVEST, Normand (depuis le 26 mars 2018)
- THIBAUDEAU, Gaétan

### Responsable du comité

- GAGNÉ, Christian

Un membre a quitté le comité de vigilance et de la qualité en cours de mandat. Il s'agit de :

- LANCTÔT, Marcel – Président (21 mars 2018)

### Faits saillants

Le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à cinq reprises entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 31 mars 2018.

Il a procédé au 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.

De même, il a effectué le suivi des recommandations formulées à l'établissement par le Protecteur du citoyen ainsi que par le Coroner.

Les membres du comité ont été informés des résultats présentés dans différents rapports du comité de gestion des risques, notamment les rapports trimestriels d'activités contenant les déclarations des événements indésirables et le suivi des événements sentinelles.

Il a procédé au suivi des plans d'amélioration de la qualité découlant des visites d'agrément et des plans d'amélioration découlant des visites ministérielles d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD, en ressources intermédiaires (RI) et en ressources de type familial (RTF).

Il a effectué le suivi des recommandations du CUCI.

Le comité a procédé au suivi de la certification des résidences privées pour aînés ainsi que des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance.

Il a assisté à la présentation de la Politique pour des environnements sans fumée.

Aucune recommandation du comité de vigilance et de la qualité n'a été déposée au conseil d'administration.

## 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)
- POUPART, Jean – Personne spécialisée en éthique (non affiliée)
- MONTPETIT, Jocelyne – Représentante de la collectivité (non affiliée)
- ROBITAILLE, Dr Yves – Représentant scientifique

### Membres suppléants

- BÉGIN, Mélanie – Juriste (non affiliée)
- BÉDARD, Karine – Personne spécialisée en éthique (non affiliée)
- TREMBLAY, Maude – Représentante scientifique (non affiliée)

## Faits saillants

Le comité d'éthique et de la recherche s'est réuni à huit reprises entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 31 mars 2018, dont cinq fois en comité plénier et trois fois en comité restreint.

Au cours de la dernière année, le comité a évalué neuf nouvelles recherches. De plus, onze nouveaux projets ont été approuvés par des comités d'éthique et de la recherche évaluateurs externes du CISSS de Lanaudière, mais qui font partie du Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Le comité a fait le suivi de 427 demandes dans le cadre d'un suivi continu des recherches :

- SAE/SUSAR/DSMB<sup>1</sup> (rapport d'effets indésirables et sécurité des produits);
- Renouvellement annuel;
- Déviation au protocole;
- Fin d'étude;
- Modification du formulaire de consentement et/ou protocole dans le cadre d'un suivi continu des recherches évaluées par le comité du CISSS.

Plusieurs projets de recherche en cours dans l'établissement sont approuvés et suivis par d'autres comités évaluateurs du RSSS.

Au cours de la dernière année, le Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain, dont le CISSS est membre, a évalué deux nouveaux projets de recherche.

## Comité de gestion des risques

### Membres

- GOUBAYON, Anne – Présidente
- BERNARD, Nathalie
- CASTONGUAY, Daniel
- CHARTIER, Claudine
- GAGNON, Alexandre
- GIGNAC, Mélanie
- GOYET, Noëlla
- HENRICHON, Jean
- ROBITAILLE, Jean
- MERCIER, Stéphane (remplacé par MARTEL, Dominique, à compter du 29 janvier 2018)
- PERREAULT, Nadia
- VADNAIS, Manon

Cinq membres ont quitté le comité de gestion des risques en cours de mandat. Il s'agit de :

- DUMAS, Isabelle – Chef d'administration des programmes soins de santé primaire Matawinie-Montcalm (7 juin 2017)
- LANGLOIS, Patric – Préposé aux bénéficiaires, coach PDSB (26 mai 2017)

---

<sup>1</sup> SAE : *Serious Adverse Event* (incident thérapeutique grave); SUSAR : *Suspected Unexpected Serious Adverse Reaction* (réaction indésirable grave et imprévue à une drogue/médicament); DSMB : *Data Safety Monitoring Board* (comité de surveillance indépendant).

- MORRISSETTE, Pierre – Coordonnateur accueil-admission, archives médicales, centrale de rendez-vous (7 juin 2017)
- VALIQUETTE, Benoît – Directeur général adjoint (7 juin 2017)
- VALLÉE, Marc – Chef service de pharmacie (17 janvier 2018)

### Faits saillants

Le comité de gestion des risques s'est réuni à cinq reprises entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 31 mars 2018 dont quatre rencontres régulières et une rencontre supplémentaire.

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

Le comité a identifié comme dossiers prioritaires : le suivi des chutes, des événements touchant la médication, le taux d'infection nosocomiale et des événements sentinelles.

Le système local de surveillance fait état de 18 041 déclarations déposées en 2017-2018 (comparativement à 22 294 en 2016-2017).

Le comité a réalisé la décentralisation de la saisie des incidents et accidents (AH-223) dans les installations du Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse.

Il a présenté un état de situation en prévention des infections à chaque rencontre régulière afin de suivre les tendances dans les installations.

Le comité a assuré la surveillance des travaux liés à la pharmacovigilance.

L'évaluation des travaux en réponse aux recommandations émises dans le plan d'action pour la prévention des chutes et les erreurs de médicaments, en réponse aux recommandations du groupe Vigilance du MSSS, a été assurée à chaque rencontre.

## Comité de révision

### Membres

- BRUNET, Michel – Président et membre du conseil d'administration
- DESJARDINS, Dre Valérie – Médecin pour le secteur Sud
- LEDOUX, Dre Élisabeth – Médecin pour le secteur Nord
- PYRALI Dr Mazaheer – Médecin pour le secteur Nord
- SIMARD, Dr Michel – Médecin pour le secteur Sud

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

- MORENCY, Dre Isabelle – Médecin pour le secteur Nord (août 2017)

### Faits saillants

Le comité de révision s'est réuni à six reprises entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 31 mars 2018.

Il a traité sept dossiers au cours de l'année.

À la suite de l'analyse des dossiers, les conclusions du médecin examinateur ont été confirmées dans cinq dossiers et un complément d'examen a été demandé dans deux dossiers.



Parmi les objets de plaintes formulées, trois touchaient la compétence, une touchait la continuité des soins, une concernait le droit à l'information et cinq étaient en lien avec les soins et les services dispensés.

## **Conseil des infirmières et infirmiers (CII)**

### **Membres du comité exécutif (CECII)**

- GUÉRETTE, Marie-Claude – Présidente
- FILION, Josée
- BONIN, Josée
- CHEVRETTE, Amélie
- DONTIGNY, Marc
- ÉTHIER, Joannie
- HAMELIN, Audrey
- LANDRY, Geneviève
- McCANDLESS, Sylvie
- VÉZINA, Johanne
- CHAPLEAU, Karine
- ARSENAULT, Marie-Claude

### **Membre d'office**

- CASTONGUAY, Daniel

### **Membres cooptés faisant partie du comité exécutif**

- BERGERON, Sara-Ève
- BOULERICE, Martine
- LAFOREST, Mélissa

### **Membres invités des maisons d'enseignement faisant partie du comité exécutif**

- BEAULIEU, Martin – Commission scolaire des Samares
- LEGRAND, Marco – CÉGEP régional de Lanaudière
- ST-PIERRE, Liette – Université du Québec à Trois-Rivières

### **Membre observateur de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers Laurentides-Lanaudière**

- PERREAULT, Nadia

Quatre membres ont quitté le CECII en cours de mandat. Il s'agit de :

- BERGERON, Sara-Ève (septembre 2017)
- BONIN, Josée (avril 2017)
- BOULERICE, Martine (septembre 2017)
- DONTIGNY, Marc (septembre 2017)

### **Faits saillants**

Le CECII s'est réuni à six reprises entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 31 mars 2018.

Au cours de l'année 2017-2018, le CECII a été consulté sur le cadre de pratique de l'infirmière auxiliaire, auquel il a donné son appui.

Il a également été informé par la Direction des soins infirmiers de l'adoption du référentiel de compétences de l'infirmière et du rôle de l'assistante du supérieur immédiat.

Le CECII a effectué un suivi de la situation en matière de prévention des infections, des suites apportées aux visites d'évaluation de la qualité en CHSLD, des démarches d'amélioration en soutien à domicile ainsi que de l'avancement du dossier du droit de prescrire infirmier.

Le CECII a contribué à l'avancement des travaux portant sur les sujets suivants :

- Règles de soins infirmiers (RSI)
  - RSI sur l'allaitement;
  - RSI sur la dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPAC);
  - RSI no. 5 sur l'irrigation de l'oreille;
  - RSI no. 6 sur la prestation et l'organisation des soins infirmiers;
  - RSI no. 7 sur le dépistage et l'intervention en prévention des chutes;
  - RSI no. 10 sur la contribution de l'infirmière lors d'un constat de décès à l'urgence.
- Protocoles
  - Protocole no. 3 sur l'évaluation et suivi de l'infirmière pour l'utilisateur ayant fait une chute;
  - Protocole sur l'application exceptionnelle des mesures de contrôle : contentions, isolement et substances chimiques.
- Politiques
  - Politique sur l'application exceptionnelle des mesures de contrôle : contentions, isolement et substances chimiques;
  - Politique sur l'enseignement et la formation des pratiques de stage.

En mai 2017, le CECII a tenu son assemblée générale annuelle au Club de golf Montcalm, suivie de la soirée reconnaissance organisée par le comité.

En septembre 2017, des membres du CECII ont participé au colloque de l'Ordre des infirmières et infirmiers de Laurentides/Lanaudière (ORIILL) intitulé : Défier la chronicité : de la prévention à l'action.

En novembre 2017, des membres du CII ont participé au congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ayant pour thème : Profession infirmière, profession affirmée.

Le CECII a effectué les travaux pour la tenue des élections de mai 2018.

Enfin, il a tenu plusieurs activités de communication afin d'informer ses membres, et ce, tant sur ses tableaux d'affichage dans les différentes installations de l'établissement, que sur sa page Facebook et à travers les outils de communication du CISSS.

## **Conseil multidisciplinaire (CM)**

### **Membres du comité exécutif (CECM)**

- BOUDREAU, Julie – Présidente
- ST-MARTIN, Jacinthe – Vice-présidente
- QUÉVILLON, France – Secrétaire
- DAIGLE-BILODEAU, Véronique
- MARTEL, Patrick
- PAYETTE, Véronique

### **Membres cooptés**

- JACQUES, Caroline
- PAGÉ, Mathieu

### **Membre d'office**

- CASTONGUAY, Daniel

Trois membres ont quitté le CECM en cours de mandat. Il s'agit de :

- MARTEL, Patrick (février 2018)
- PAYETTE, Véronique (décembre 2017)
- TRUFFY, Étienne (décembre 2017)

Enfin, en novembre 2017, trois membres ont intégré le CECM à titre de membres cooptés. Il s'agit de :

- DUGAS, Jérémy
- DESJARDINS, Mélissa
- RONDEAU, Patrice

### **Faits saillants**

Le CECM s'est réuni à six reprises entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 31 mars 2018. Quatre rencontres statutaires ont également eu lieu entre la présidente, la vice-présidente et la directrice adjointe de la Direction des services multidisciplinaires.

Le CM a bénéficié d'un soutien administratif à compter d'octobre 2017.

Le CECM a amorcé des travaux visant l'élaboration d'un plan de communication afin de mieux faire connaître l'instance auprès de ses membres de même qu'auprès des directions du CISSS.

Il a tenu une rencontre exploratoire avec la présidente du CECII afin de favoriser la collaboration entre les deux instances.

Il a rencontré des représentants de la Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP) afin de leur présenter le comité interprofessionnel contention/isolement du CM.

Il a mis sur pied un comité interprofessionnel sur les écarts dans l'application de mesures de contrôle, dans le but d'appuyer le jugement clinique des intervenants.

Les membres du CECM ont assisté à trois présentations sur :

- La démarche d'agrément;
- L'approche adaptée aux personnes âgées;
- L'organisation du travail en milieu hospitalier.

## **Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)**

### **Membres du comité exécutif**

- OLIVIER, Dr Jérôme – Président
- REGGAD, Dre Bouchra – Première vice-présidente
- FRAPPIER-CHALIFOUX, Dre Hamie – Deuxième vice-présidente
- DUBÉ, Françoise – Trésorière (pharmacienne)
- OUELLET, Dr Jérôme – Secrétaire
- CASTONGUAY, Daniel – Président-directeur général

- CHARBONNEAU, Dre Valérie – Omnipraticienne
- CHIASSON, Dre Sylvie-Ann – Pneumologue
- DAOUST, Dre Danielle – Omnipraticienne
- YERGEAU, Dre Stéphanie – Cardiologue

### Faits saillants

Le CMDP s'est réuni à seize reprises entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 31 mars 2018.

Il a effectué le suivi et la prise en charge des affaires courantes du conseil.

Le conseil a donné son soutien aux comités et aux départements de l'établissement.

Il a participé à la validation de règles de soins, d'ordonnances collectives et de gestion d'utilisation des médicaments.

Le conseil a également collaboré à la protection et à la supervision de la qualité des soins aux patients.

## Conseil des sages-femmes

### Membres du comité exécutif

- LACAS, Janie – Présidente
- BENMEBAREK, Souad – Vice-présidente
- TANNOUS, Rania – Secrétaire
- CASTONGUAY, Daniel – Membre d'office
- GOUBAYON, Anne – Responsable du Service de sage-femme

Deux membres ont quitté le conseil des sages-femmes en cours de mandat. Il s'agit de :

- AUCOIN CRÊTE, Kalina – Sage-femme – Secrétaire (30 septembre 2017)
- BEAUDOIN DION, Sophie – Sage-femme – Présidente (12 février 2018)

### Faits saillants

Le conseil des sages-femmes s'est réuni une fois en assemblée générale annuelle le 15 juin 2017 et deux fois en assemblées générales spéciales, les 28 juin et 1<sup>er</sup> novembre 2017. Le comité exécutif, pour sa part, s'est réuni une fois le 21 mars 2018.

La dernière année a été marquée par de nombreux changements parmi les membres, tant au sein du conseil que du comité exécutif, ce qui a eu des effets sur la régularité des réunions.

Le dossier de la Maison de naissance a été et demeure la priorité du conseil.

Un comité a été créé pour le déploiement des services dans le nord de la région. Ce comité s'est réuni à trois occasions, permettant de rédiger les procédures concernant les consultations et les transferts de soins des sages-femmes vers l'équipe obstétricale du Centre hospitalier De Lanaudière (CHDL).

Le conseil a également entrepris une réflexion visant à identifier les meilleurs moyens pour répondre à la demande des femmes et des familles du nord de la région souhaitant avoir accès à des services de proximité.

Soulignons enfin qu'en 2017-2018, plus de 350 suivis ont été effectués et près de 200 naissances ont eu lieu grâce au Service de sages-femmes. Parmi les naissances assistées par ces dernières, 45 % ont eu lieu à la Maison de naissance de Blainville,

20 % à domicile et 5 % à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur (HPLG), sous les soins de la sage-femme.

## **Comité des usagers du CISSS de Lanaudière (CUCI)**

### **Membres**

- ALLARD, Claudine – Présidente depuis le 9 novembre 2017
- PROVOST, Richard – Président intérimaire jusqu'au 9 novembre 2017
- GOYET, Noëlla – Vice-présidente depuis le 9 novembre 2017
- LAPENSÉE, Yves – Trésorier
- RIVEST, Normand – Secrétaire depuis le 9 novembre 2017
- ALLARD, Raymond – Administrateur
- AMYOT, Thérèse – Administratrice depuis le 9 novembre 2017
- BERTHAUD, Claude
- DE CARUFEL, Cathy
- COUTU, Alain
- LACROIX, Danielle
- LANDRY, Claudine
- MARCHAND, Pierre
- RACICOT, Patrick

Deux membres ont quitté le CUCI en cours de mandat. Il s'agit de :

- LEMAY, Doris – 4 octobre 2017 (démission acceptée au CUCI)
- BEAULIEU, André – 9 novembre 2017 (fin de mandat)

### **Faits saillants**

Le CUCI s'est réuni à dix reprises entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 31 mars 2018.

Il a participé aux deux forums populationnels de l'établissement : à Saint-Côme (secteur Nord), le 21 novembre 2017, et à Repentigny (secteur Sud), le 28 novembre 2017.

Le CUCI a organisé des activités et diffusé diverses publicités pour souligner la Semaine des droits des usagers.

Il a tenu son assemblée générale annuelle le 9 novembre 2017.

Au cours de la dernière année, des sous-comités de travail ont été créés, notamment pour élaborer le plan de communication de l'instance et pour déterminer le contenu à mettre en ligne sur le site Web du CISSS. Il en va de même pour le dossier portant sur l'établissement des tarifs de stationnement dans les installations du CISSS.

Le CUCI a participé aux travaux de divers comités de l'établissement : groupe interdisciplinaire de soutien (GIS), environnement sans fumée, gestion des risques et intégration des personnes handicapées, pour n'en nommer quelques-uns.

Il a amorcé des travaux visant à créer une trousse promotionnelle commune.

Il a désigné M. Normand Rivest à titre de membre du conseil d'administration du CISSS, dans le cadre du processus de désignation d'un représentant du CUCI.

## Les faits saillants

Au cours de la dernière année, 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 poursuivant et en intensifiant ses travaux sur le cheminement de l'utilisateur et l'intégration des services de même que sur le maintien et l'intégrité des infrastructures et des équipements en soutien aux activités cliniques et administratives.

Dans une perspective d'implantation des meilleures pratiques, toutes les équipes ont travaillé à l'amélioration de l'accès de même qu'à la consolidation et à la bonification de l'offre de service.

En 2017-2018, le CISSS s'est vu allouer plus de 16 M\$ en développement de services, dont :

- 4 248 900 \$ en équité interrégionale;
- 3 758 522 \$ en allocation pour les services de soutien à domicile;
- 2 497 727 \$ en allocation en santé mentale;
- 1 701 700 \$ en soutien aux personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme;
- 1 683 300 \$ en allocation additionnelle pour l'ajout de lits afin de diminuer l'attente dans les hôpitaux;
- 1 419 200 \$ en bonification des services d'hygiène aux résidents en CHSLD;
- 928 000 \$ en services de psychologie aux jeunes en difficulté.

Ces investissements ont permis l'ajout de ressources et de places, améliorant ainsi l'accessibilité aux soins et aux services de même que le soutien et la stabilisation des équipes dans plusieurs secteurs d'activités.

Au chapitre des ressources humaines, le CISSS a recruté 1 787 ressources en 2017-2018, comparativement à 932 en 2016-2017. Cela dit, plusieurs postes demeurent toujours sans titulaire et les efforts de recrutement se poursuivent.

Au cours de la dernière année, le CISSS a reçu l'approbation du MSSS pour des projets majeurs d'immobilisation, notamment :

- La construction d'un nouveau centre d'hébergement de 68 lits, en partenariat avec la Fondation Sylvie Lespérance;
- La construction d'une maison des naissances à Repentigny;
- La construction d'une nouvelle buanderie publique (Lavérendière) à proximité du CHDL.

L'équipe des projets immobiliers a poursuivi les travaux de planification pour les projets 514-450 de même que pour des projets majeurs en CHSLD et des projets immobiliers cliniques pour l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé et aux services sociaux.

Au chapitre des mesures d'urgence, le CISSS a collaboré au déploiement de la mission santé de la sécurité civile provinciale, par la mise en place d'outils informatisés et de plans d'intervention.

Tout au long de l'exercice financier 2017-2018, le CISSS a respecté les règles d'attribution budgétaire dans l'ensemble de ses programmes-services et a effectué une reddition de comptes soutenue, rigoureuse et de qualité.

L'établissement s'est également préparé au financement à l'activité en intégrant des mesures de productivité dans l'allocation des budgets aux différents programmes. De même, une équipe de projet a été constituée en vue de l'implantation de l'application qui

mesurera le coût par parcours de soins et de services, laquelle sera déployée à travers toute la province.

Au 31 mars 2018, l'harmonisation des systèmes de gestion financière et de ressources matérielles a été complétée.

## **Amélioration de l'accès aux services**

Dans une perspective d'intégration des services visant à simplifier et à 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 poursuivi ses travaux de révision des mécanismes d'accès aux soins et aux services.

### **Accès à un médecin de famille**

L'accès pour la population à un médecin de famille s'est encore amélioré dans Lanaudière. 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 2017-2018, ce pourcentage se situe à 83 %, comparativement à 76 % en 2016-2017.

### **Urgence**

La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence a diminué, passant de 18,6 heures en 2016-2017 à 15 heures en 2017-2018 (-3,6 heures). Il en va de même pour le taux d'usagers sur civière depuis plus de 24 heures, lequel est passé de 30 % en 2016-2017 à 20 % en 2017-2018 (-10 %).

Des mesures de repérage précoce ont également été mises en place à l'urgence afin de favoriser un retour rapide au domicile après un séjour hospitalier.

### **Médecine spécialisée**

Afin de réduire l'utilisation des lits en cardiologie pour les usagers ambulatoires, la cardioversion a été introduite à l'Unité de médecine de jour en mode ambulatoire.

Soulignons qu'au cours de la dernière année, l'établissement a implanté son centre régional des demandes de services pour les 7 spécialités visées par le MSSS. Il a de plus accueilli 26 nouveaux médecins spécialistes, dont 15 dans le secteur Nord et 11 dans le secteur Sud.

### **Chirurgie**

L'ajout de deux salles d'opération a permis l'élimination de la liste d'attente des usagers en attente d'une chirurgie depuis plus de 9 mois.

De plus, l'accès à la chirurgie bariatrique a été augmenté, permettant de réaliser 120 chirurgies bariatriques de plus en 2017-2018.

Au cours de la dernière année, 1 551 chirurgies de plus ont été réalisées grâce aux investissements dans ce secteur.

### **Services de soutien aux diagnostics**

Avec l'ouverture de plages horaires supplémentaires, l'accès aux examens en imagerie médicale, dont la résonance magnétique, la tomodensitométrie et l'échographie, a été amélioré.

Pourcentage d'usagers ayant obtenu un examen en moins de trois mois		
Examen	2016-2017	2017-2018
Échographie	43 %	71 %
Tomodensitométrie	80 %	100 %
Résonance magnétique	46 %	81 %

De même, l'établissement a déployé un nouveau service régional en imagerie digestive par capsule endoscopique, lequel a pour avantage d'être moins invasif.

Enfin, dans le but de réduire les délais d'attente, les plages horaires ont été accrues en échographie cardiaque et en endoscopie digestive. De même, l'établissement a procédé à l'ouverture d'une nouvelle salle d'endoscopie digestive à l'HPLG. Grâce à ces mesures, le nombre d'examens réalisés dans ces secteurs a augmenté. On compte en effet 750 échographies cardiaques et 2 000 endoscopies digestives de plus réalisées en 2017-2018.

### Hospitalisation

Afin de prévenir leur réhospitalisation, le CISSS a mis en place des plans de traitement intégrés, et ce, tout au long des transitions de soins, pour les usagers fréquemment hospitalisés. On parle ici d'usagers ayant été hospitalisés à plus de trois reprises, pour une même raison, au cours de la même année.

Des travaux ont également été réalisés afin d'améliorer la planification du congé, de diminuer les durées de séjour et d'éviter le déconditionnement des personnes âgées. À cet égard, des conseillères-cadres en soins infirmiers accompagnent les équipes des deux hôpitaux et leur offrent du soutien.

Des suivis systématiques pour la clientèle ayant une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) de même que pour les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque sont effectués dans le but de s'assurer de l'efficacité des épisodes de soins.

Afin de diminuer le nombre d'usagers en attente de lits post-hospitaliers, l'établissement a mis en place des mesures incluant une équipe multidisciplinaire dédiée à la gestion des séjours hospitaliers et un accompagnement personnalisé aux usagers vulnérables. Les processus de travail ont été revus dans le but de diminuer les délais de séjour hospitalier (admission, examens, planification des congés, etc.).

### GMF-U

Les deux unités de médecine familiale de la région ont obtenu un rehaussement de niveaux en 2017-2018. Ce faisant, ils peuvent bénéficier de ressources humaines et financières additionnelles, ce qui permet d'accroître la quantité de services offerts et le nombre de visites disponibles.

### Services de proximité

L'offre de service de l'infirmière en milieu rural a été révisée afin d'en améliorer l'accès et de mieux répondre aux besoins de la population. Dans cette perspective, les heures d'ouverture et les plages horaires du service ont été revues.

De même, afin d'améliorer les délais dans l'offre des soins et des services de 1<sup>re</sup> ligne, le CISSS a procédé à la révision des rôles et des activités cliniques des intervenants, à la révision de l'ordonnance collective du Vénofer afin d'en augmenter l'offre et à l'ajout de personnel.

Suivant le transfert des ressources professionnelles vers les groupes de médecine de famille (GMF), et ce, en étroite collaboration avec l'équipe médicale et la DRMG,



l'établissement a consolidé les activités en procédant à la définition des rôles et du mode de fonctionnement des intervenants.

L'arrivée de trois nouvelles infirmières praticiennes spécialisées en 1<sup>re</sup> ligne (l'établissement en compte désormais 37 au total) a permis de consolider l'offre de service de 1<sup>re</sup> ligne.

### Avis de grossesse

Le déploiement de l'avis de grossesse à l'ensemble du territoire a permis de rejoindre 119 familles vulnérables de plus que l'an dernier. Ces dernières ont bénéficié des programmes Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et Oeufs-Lait-Oranges (OLO).

### Services aux jeunes et aux familles

Comme partout ailleurs au Québec, le nombre de signalements à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) est en hausse dans Lanaudière. Celle-ci s'explique notamment par l'augmentation de la population de même que par une plus grande sensibilisation à l'importance du signalement.

Année	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Signalements reçus	6376	6666	7260
Signalements retenus	2101	2210	2768

Encore cette année, l'équipe de la DPJ était à pied d'œuvre et n'a négligé aucun effort pour traiter l'ensemble des demandes reçues.

Le Service d'évaluation-orientation de la DPJ a également connu un accroissement important des demandes. Durant quelques mois, il a même dû gérer une liste d'attente. À cet égard, il faut saluer l'engagement des équipes qui, avec l'aide de personnel en surcroît, ont pu rétablir la situation et répondre aux besoins de la clientèle.

Année	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Évaluations complétées	2118	2277	2420
Nombre de révisions	1859	1781	1709

### Jeunes en difficulté

Afin d'assurer l'accès aux services pour l'ensemble des jeunes en difficulté et leur famille et pour assurer le continuum de services, un projet d'intégration des services de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> lignes est en implantation dans une première équipe depuis quelques mois. Une équipe offrant des services psychosociaux en CLSC s'est ainsi jointe à une équipe psychosociale travaillant en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse pour desservir la clientèle âgée de 12 à 18 ans.

### Jeunes en difficulté 6 à 18 ans – Secteur psychosocial

Grâce au financement obtenu du MSSS, le CISSS a créé onze postes d'intervenants psychosociaux et quatre postes de psychologues, améliorant ainsi l'accessibilité aux services psychosociaux pour la clientèle jeunes en difficulté.

De plus, le CISSS a mis en place des interventions de groupe afin d'augmenter l'accès aux jeunes nécessitant des épisodes de soins de courte durée :

- Groupes Confiance pour les situations de conflits parentaux (ces groupes sont destinés à la clientèle âgée de 6 à 12 ans);
- Groupe expression des émotions pour adolescents (ÉMOJI);
- Projet intervention court terme familiale (ICTF) visant à offrir un service rapide aux jeunes et à leur famille pour des problématiques de nature situationnelle et les

soutenir par des stratégies adaptatives et un suivi à court terme. Novateur, ce projet sera publié dans la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTFQ).

### **Déficiência intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficiencia physique**

En 2017-2018, l'établissement a poursuivi ses efforts de développement d'un réseau de services intégrés pour l'ensemble des clientèles, soit les enfants présentant un retard de développement ainsi que les enfants, les adolescents et les adultes présentant une déficiencia intellectuelle (DI), un trouble du spectre de l'autisme (TSA), ou une déficiencia physique (DP).

Amorcée en 2016-2017, la mise en place d'un guichet d'accès unique pour l'ensemble des services offerts aux clientèles présentant un retard de développement ou une déficiencia a été complétée. Les professionnels du guichet d'accès procèdent au traitement de l'ensemble des demandes et assurent un accompagnement lors de situations d'attente prolongée. Cette porte d'entrée unique simplifie significativement le processus d'accès aux services pour les usagers, leur famille et les partenaires. De même, sur le plan opérationnel, les travaux d'amélioration continue se poursuivent à travers deux projets : l'un portant sur l'optimisation des processus et l'autre sur le cheminement de l'information entre le guichet des d'accès et les programmes.

Soulignons enfin que la Direction des programmes DI-TSA-DP s'est dotée d'un mécanisme centralisé de gestion des listes d'attente, permettant un suivi plus serré de l'accessibilité.

### **Plan d'action TSA**

Les investissements liés au Plan d'action TSA ont permis un rehaussement de ressources pour desservir la clientèle de tout âge. Ainsi, le nombre d'enfants desservis en orthophonie, en ergothérapie et en psychoéducation a connu une augmentation par rapport à l'an dernier, passant de 171 en 2016-2017 à 230 en 2017-2018 (+59).

On observe également une augmentation constante du nombre d'usagers âgés de 8 à 21 ans desservis en services spécialisés. Leur nombre est passé de 216 à 403 (+187) cette année, comparativement à une augmentation de 179 à 300 (+121) pour la même période en 2016-2017.

Grâce aux investissements en TSA, il a été possible d'éliminer la liste d'attente pour le programme d'allocation de soutien à la famille. Ainsi, depuis septembre 2017, 42 nouvelles familles ont pu bénéficier d'une allocation récurrente de soutien. De même, en réponse à leurs besoins, 20 familles supplémentaires ont reçu une allocation non récurrente cette année.

Soulignons enfin que la consolidation des équipes interdisciplinaires, alliée à des travaux d'intégration des services a notamment permis d'augmenter de façon significative le nombre de nouveaux usagers desservis, d'intensifier les services offerts et d'en assurer la continuité. À titre d'exemple, 886 usagers ont été desservis cette année en services spécialisés, comparativement à 649 en 2016-2017 (+237).

### **Santé mentale adulte**

En 2017-2018, la liste d'attente pour une première consultation médicale en psychiatrie a diminué de 77,8 %.

En 1<sup>re</sup> ligne, la transformation des services de santé mentale débutée en 2016-2017 s'est poursuivie. L'harmonisation et les changements de pratiques au guichet d'accès de santé mentale adulte (GASMA) ont permis une prise en charge des usagers dans un délai de 30 jours. De plus, grâce à l'optimisation de l'offre de service et de

l'harmonisation des pratiques, la liste d'attente au groupe Troubles de personnalité limite est passée de 4 ans à 5 mois.

Toujours en 1<sup>re</sup> ligne, un investissement de 2,4 M\$ du MSSS a permis un rehaussement de 10 ressources humaines pour les équipes du suivi intensif dans le milieu (SIM), de même qu'un rehaussement de 16 ressources humaines pour les équipes de soutien d'intensité variable (SIV). Plus précisément, deux équipes de SIM et deux équipes de SIV supplémentaires pourront être développées sur le territoire lanauois. Une fois à maturité (en 2018-2019), ces équipes supplémentaires bonifieront l'accès de 90 places au SIM et de 288 places au SIV.

Toujours en lien avec l'investissement de 2,4 M\$, une deuxième équipe SIM/SIV a été créée dans la MRC Les Moulins, s'ajoutant à celle de la MRC de L'Assomption pour le sud de la région. Dans le Nord, la création d'une équipe SIM/SIV rurale permettra de faciliter l'accès à la clientèle de ce secteur. Il s'agit d'un ajout à l'équipe actuelle de la MRC de Joliette, portant à 4 le nombre de points de services déployés à travers le territoire.

### **Info-social, Équipe mobile de crise et AAOR**

Des travaux visant à simplifier l'accès aux services sont en cours et devraient se terminer en cours d'année 2018-2019. Ils permettront d'uniformiser les pratiques régionales d'accueil-analyse-orientation-référence (AAOR) et de centraliser l'accès aux services sous une ligne unique, soit le 811. Pour la population, cette transformation se traduira par un accès facilité et centralisé pour recevoir le soutien d'un intervenant psychosocial et être orienté vers les bons services lors du même appel, et ce, 24 h sur 24, 7 jours sur 7.

### **Soutien à domicile**

La liste d'attente pour une première évaluation en soutien à domicile (SAD) a été réduite de façon considérable. Actuellement, plus de 80 % des demandes sont traitées dans les délais prévus. De plus, on observe une augmentation du nombre d'utilisateurs desservis. En effet, en 2016-2017, le nombre d'utilisateurs desservis était de 6 067, comparativement à 7 031 en 2017-2018 (+964), soit une augmentation de 16 %. De même, on note une augmentation des heures de services dispensées en SAD. En 2017-2018, 719 387 heures ont été dispensées, comparativement à 709 579 en 2016-2017 (+9 808), soit une augmentation de 1,4 %.

Les investissements du MSSS en SAD ont permis l'ajout de personnel, exercice qui se poursuit toujours et au terme duquel 41,4 intervenants de plus seront à l'œuvre dans ce secteur. Il s'agit notamment d'infirmières, de travailleurs sociaux, de nutritionnistes, d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes, etc.

Enfin, le partenariat avec les résidences privées pour personnes âgées a été bonifié, ce qui a permis de répondre aux besoins d'un plus grand nombre d'utilisateurs.

### **Attribution des lits d'hébergement en CHSLD privés conventionnés**

Au CISSS de Lanaudière, il n'existe pas de distinction dans l'attribution des lits d'hébergement entre le public et le privé. Toutes les demandes transigent par le mécanisme d'accès à l'hébergement.

En 2017-2018, les mécanismes d'accès à l'hébergement des deux anciens réseaux locaux de services ont été fusionnés. Les pratiques et les systèmes d'exploitation ont également été harmonisés, permettant d'assurer une meilleure accessibilité et une meilleure fluidité à l'hébergement ou aux services post-hospitaliers. Maintenant en

fonction 7 jours sur 7, le service permet de procéder à des admissions en continu, ce qui contribue au désengorgement des hôpitaux de la région.

## **Bonification de l'offre de service**

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

### **Médecine spécialisée**

Afin d'assurer une réponse adéquate à l'ensemble des besoins de la population, le CISSS maintient et révisé l'accès à ses corridors de services interrégionaux, notamment avec des établissements offrant des soins tertiaires. Par ailleurs, il a mis en œuvre de nouvelles normes de prise en charge pré-hospitalières en matière de traumatologie, en lien avec les centres régionaux et spécialisés. Soulignons enfin que le CHDL a obtenu la désignation de centre secondaire pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC.

Toujours en lien avec la médecine spécialisée, l'établissement a procédé à la mise en place d'offres de service en chirurgie et en médecine spécialisée (chirurgie thoracique, chirurgie vasculaire, etc.), permettant de diminuer le recours aux centres spécialisés et le déplacement des clientèles vers la région de Montréal.

Un premier colloque sur la maladie de Parkinson s'est tenu en mars 2018. Accueillant des usagers ainsi que des professionnels, ce dernier a permis de rehausser les connaissances relatives à ce problème de santé.

### **Programme québécois de cancérologie**

Préalablement à l'implantation du Programme québécois de dépistage en cancérologie, l'établissement a procédé à l'introduction d'une infirmière clinicienne en endoscopie, augmentant ainsi la pertinence clinique des examens. Il a de plus procédé à la mise en place d'une offre de service régionale en chirurgie thoracique.

Toujours en lien avec ce programme, un comité de coordination des comités de dépistage et de traitement du cancer affiliés aux centres universitaires a été mis en place. De même, le comité régional de cancérologie a accueilli ses premiers patients partenaires. Le tout permet d'offrir aux usagers les soins et les interventions spécifiques nécessaires requis par leur condition clinique, dans les délais appropriés.

### **Télesanté**

Des pilotes télesanté (cliniques et technologiques) ont été intégrés au comité territorial de coordination du RUIS de l'Université de Montréal.

De plus, depuis janvier 2017, un projet de téléadaptation pulmonaire, en collaboration avec l'Hôpital Mont-Sinaï a été mis en place. L'intervention débute par un examen médical en téléconférence. Des séances d'une durée de 2 heures ont lieu 3 fois par semaine, sur une période de 8 semaines. La première heure est consacrée à de l'exercice physique au moyen de poids et de vélos stationnaires, alors que la deuxième heure vise à discuter de la gestion de la médication et de la maladie. Un inhalothérapeute est présent en tout temps au cours de ces sessions. Soulignons qu'au cours de la dernière année, 6 groupes ont été mis en place, pour un total de 31 usagers.

Enfin, un système de télécomparution au tribunal du Québec pour des clientèles ciblées a été déployé.

### **Prévention et contrôle des infections (PCI)**

Dans un objectif d'amélioration de la prévention et du contrôle des infections, l'établissement a entrepris plusieurs actions, dont voici les principales :

- Nomination des médecins agissant à titre de premier officier et d'officiers locaux pour la PCI dans les deux hôpitaux;
- Mise en place des tables locales en PCI;
- Poursuite des rencontres du comité stratégique en PCI, lequel regroupe les différentes directions cliniques;
- Intensification des activités du comité d'antibiogouvernance du CHDL pour la réduction de la prescription des antibiotiques à large spectre;
- Mise en place des audits de conformité de l'hygiène des mains quatre fois par année.

### **Adoption, antécédents et retrouvailles**

À la suite de l'adoption du projet de loi 113, le secteur de l'adoption, antécédents et retrouvailles est en ébullition. Dans cette perspective, l'équipe de la DPJ a participé aux travaux d'élaboration de guides de pratiques et a mis sur pied une formation qui sera dispensée, sur le plan national, à tous les acteurs oeuvrant auprès des personnes adoptées, des parents-adoptants, des parents d'enfants adoptés et de l'ensemble des partenaires du RSSS, des milieux juridiques et du Secrétariat de l'adoption internationale.

### **Accessibilité aux services de langue anglaise**

Au cours de la dernière année, les travaux du comité langue anglaise du CISSS se sont poursuivis.

Le CISSS, a maintenu ses liens de partenariat avec l'English Community Organisation of Lanaudière (ECOL), qui constitue un intermédiaire privilégié pour assurer le lien avec la communauté anglophone lanauoise.

Soucieux de s'améliorer et de mieux répondre aux besoins de la communauté anglophone, l'établissement a déployé des outils visant à soutenir les intervenants. De même, il a constitué un registre des personnes s'exprimant en anglais, par direction et par installation. Ce dernier sera prochainement diffusé à l'ensemble des équipes cliniques.

De même, le CISSS organisera un audit de l'ensemble de ses installations afin de connaître le niveau d'accès en langue anglaise et de mettre en œuvre les travaux pour identifier les services offerts ainsi que les corridors de services à établir avec les partenaires du réseau.

Enfin, le CISSS a poursuivi la traduction de certains documents destinés à la population anglophone (rapports d'évaluation, formulaires, documents cliniques et dépliants).

### **Mère-enfant-famille**

Le réaménagement de l'Unité néonatale au CHDL a permis d'améliorer l'environnement ainsi que l'organisation du travail tout en offrant une meilleure qualité de soins aux bébés.

L'HPLG, quant à lui, est parmi les 13 unités de maternité ciblées par le MSSS pour le déploiement de la phase I du nouveau programme provincial basé sur l'entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants (EMMIE), débuté en décembre 2017. La promotion de la vaccination auprès des mères pour leur nourrisson s'inscrit dans un continuum de services et fait partie des standards de pratique permettant de leur offrir la meilleure protection, tout en augmentant la couverture vaccinale auprès de l'ensemble des enfants au Québec.

### **Services aux jeunes et aux familles**

Grâce à une subvention du gouvernement fédéral, l'équipe de la DPJ a développé une offre de service en délinquance touchant particulièrement la clientèle nécessitant des niveaux d'intensité de services plus élevés. Plus spécifiquement, cette offre s'actualise à travers une programmation d'activités pour la clientèle relevant de l'application de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents.

Unissant leurs efforts, la Direction de la protection de la jeunesse et la Direction du programme jeunesse ont établi un consensus clinique sur les services et les moyens à mettre en place pour mieux répondre aux besoins des enfants présentant une problématique de santé mentale, suivis en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse ou de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents.

De plus, le financement reçu pour l'ajout de deux postes de psychologues, en 2018-2019, permettra l'offre de services de suivis psychologiques pour les enfants suivis en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse ou de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents. Les délais d'attente pour les enfants ayant besoin d'un suivi thérapeutique seront ainsi diminués.

### **Jeunes en difficulté**

Les éducateurs et les intervenants des équipes dédiées aux adolescents qui nécessitent un niveau d'intensité d'intervention élevé participent à un projet d'expérimentation avec Boscoville. Le Programme positif de réadaptation dans la communauté (PRC+), auquel ils travaillent, permet de structurer la pratique à partir d'outils adaptés, auprès des adolescents qui ont des troubles d'adaptation ainsi qu'auprès de leurs familles.

### **Jeunes en difficulté 6 à 18 ans – Secteur psychosocial**

Afin d'augmenter la fluidité dans le continuum jeunesse et de diminuer les délais d'attente entre deux épisodes de services, un mécanisme a été mis en place dans le but de faciliter le transfert des dossiers des jeunes suivis en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, vers les services offerts en vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux.

### **Services de santé préventive en réadaptation en internat et foyers de groupe**

À la suite d'un travail de réaménagement de l'offre de service réalisé en fonction de l'analyse des besoins de la clientèle, les enfants hébergés en réadaptation en internat et en foyers de groupe ont désormais accès à des soins infirmiers 7 jours sur 7. En plus des soins et des services déjà offerts à cette clientèle, les jeunes hébergés ont maintenant accès à la mise à jour de leur couverture vaccinale de même qu'aux services de contraception et de dépistage des ITSS.

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

Grâce, aux investissements en soutien à domicile et provenant du Plan d'action TSA, l'établissement a poursuivi ses travaux visant l'accès et la continuité des services en 2017-2018. Ces travaux ont principalement porté sur :

- L'élaboration d'une trajectoire de services intégrés pour les enfants âgés de 0 à 7 ans basée sur une évaluation diagnostique réalisée au moment opportun. Cette trajectoire prévoit un cheminement des enfants et de leur famille davantage axé sur leurs besoins, plutôt que sur la nature de la déficience. Cette trajectoire est le fruit d'un travail d'équipe ayant mis à contribution la Direction des programmes DI-TSA-DP, la Direction du programme jeunesse, la Direction de la protection de la jeunesse, des parents partenaires, des organismes de la communauté, des centres de la petite enfance, des commissions scolaires et des pédiatres. L'implantation de cette trajectoire s'est amorcée au cours du troisième trimestre de l'année;



- L'implantation de l'intervention comportementale intensive (ICI) pour les enfants âgés de moins de six ans ayant un TSA. L'amorce des services en ICI est prévue pour le premier trimestre de 2018-2019;
- L'intensification des travaux interdirections ainsi qu'avec les partenaires des milieux scolaire et communautaire visant l'amélioration de la continuité des services;
- La bonification de l'offre de service en répit et en activités socioprofessionnelles. À cet égard, 74,5 % des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité ont eu accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail, comparativement à 56 % l'an dernier;
- La diversification du continuum résidentiel par la création de trois milieux résidentiels novateurs adaptés aux besoins d'adolescents et d'adultes présentant un trouble grave du comportement;
- L'élaboration d'un projet, avec le CISSS des Laurentides, pour la mise en place d'un milieu résidentiel pour la clientèle en DI-TSA-DP requérant l'organisation d'un service d'hébergement de soins de longue durée spécifique, principalement pour les personnes qui présentent une DI ou un TSA avec un trouble grave du comportement. Dans le cadre de ce projet, des places sont réservées pour des usagers de Lanaudière.

En ce qui a trait à la qualité des services en DI-TSA-DP, l'établissement a actualisé son premier plan d'action à l'égard des personnes handicapées. Des activités de formation et de sensibilisation des acteurs clés au sein de l'établissement ainsi que l'adaptation des approches permettant d'améliorer l'intégration des personnes handicapées ont principalement marqué cette première année de mise en oeuvre. Un comité de travail regroupant les principales directions concernées par la démarche, des représentants du comité des usagers et des partenaires de la communauté a également été mis sur pied et s'est rencontré à trois reprises. Son mandat est de poursuivre l'actualisation du plan d'action tout en trouvant des pistes de solution pour favoriser une plus grande intégration.

### **Santé mentale adulte**

L'année 2017-2018 a été marquée par la mise en place d'une pré-évaluation harmonisée dans les deux hôpitaux, ce qui permet de bénéficier d'une évaluation standardisée des usagers dès leur arrivée à l'urgence. De même, les protocoles et codes de vie des unités de soins en santé mentale adulte ont été harmonisés et la réorganisation clinico-administrative a été complétée, permettant de mettre en place des soins intégraux au niveau des soins infirmiers offerts.

### **Soutien à domicile**

Dans le cadre d'un projet pilote, le CISSS a procédé à une réorganisation des équipes de soutien à domicile sur une base territoriale. Chaque secteur a désormais son leader clinique, lequel s'assure du déploiement de l'offre de service selon une approche favorisant l'interdisciplinarité, la concertation et l'implication des usagers et de leurs aidants naturels dans la détermination et la mise en oeuvre des plans d'intervention. Cette réorganisation vise un meilleur accompagnement des usagers et de leurs aidants ainsi qu'une réponse plus stable et mieux adaptée aux besoins. Des conseillers cliniques accompagnent les intervenants afin de les soutenir dans les changements de pratiques et d'améliorer la qualité des services.

### **Hébergement**

À la suite du Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD, tenu en mai 2017, les engagements du PDG en ce qui a trait à l'implantation des meilleures pratiques, aux ratios cliniques, au contrôle des infections nosocomiales, à l'alimentation et à l'offre d'un 2<sup>e</sup> bain sont actualisés à 66,7 %. Ils devraient atteindre 100 % au cours de l'année 2018.

Précisons que l'implantation du 2<sup>e</sup> bain pour les résidents est en application dans l'ensemble des CHSLD du CISSS. Il est présentement offert aux résidents qui le désirent dans une proportion de 65 %. Au cours de l'année 2018, l'établissement sera en mesure de l'offrir à 100 % des résidents qui en feront la demande.

De même, l'implantation des meilleures pratiques en centre d'hébergement s'est poursuivie et est actualisée à 98 %.

Les actions en vue de mieux répondre aux besoins alimentaires des résidents en CHSLD se poursuivent. La nouvelle offre alimentaire est déjà en vigueur au sein de 4 des 14 centres d'hébergement du CISSS et il est prévu que tous les résidents pourront profiter de cette nouvelle offre d'ici le 1<sup>er</sup> octobre 2018.

Toujours en hébergement, le règlement sur l'utilisation des caméras de surveillance en CHSLD est appliqué dans l'ensemble des CHSLD administrés par le CISSS.

## **Une organisation en mouvement**

### **Ressources humaines**

Au cours de l'année 2017-2018, le CISSS a poursuivi ses efforts en matière d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre. Ainsi, diverses campagnes de recrutement ont été déployées en vue de combler les besoins de main-d'œuvre au sein de l'établissement. À cet égard, il faut souligner la précieuse collaboration de nombreux gestionnaires de l'organisation qui ont contribué à ces activités de recrutement.

Par ailleurs, des travaux d'envergure ont été réalisés avec l'ensemble des directions en vue d'actualiser la révision des centres d'activités afin que ceux-ci reflètent mieux les trajectoires optimales de services à dispenser à la population.

Mentionnons que le CISSS, de concert avec les instances syndicales, a entamé le processus de négociation des dispositions locales des conventions collectives, conformément au régime de négociation déterminé par le législateur en contexte de fusion d'établissements. Cette négociation des dispositions locales constitue une occasion de revoir les dispositions négociées, il y a déjà plusieurs années, à l'intérieur de 14 conventions collectives distinctes applicables aux anciens établissements. Ce grand chantier vise à rendre ces dispositions cohérentes à la réalité du CISSS et à saisir ce levier dans l'atteinte des différents objectifs organisationnels.

En 2017-2018, le CISSS a poursuivi ses travaux visant l'harmonisation et l'unification des applications de gestion des ressources humaines et de la paie. À terme, ces travaux permettront des gains d'efficacité et d'efficience appréciables.

Enfin, la dernière année a été marquée par la poursuite d'actions structurantes visant la valorisation de la présence au travail du personnel, laquelle constitue un élément essentiel à la mise en œuvre de l'offre de soins et de services à la population du territoire.

### **Gestion de l'information**

En matière de technologie, la région de Lanaudière fait figure de chef de file dans l'implantation du Dossier clinique informatisé Cristal-Net, et ce, tant auprès de ses partenaires des 3L (Laval, Laurentides et Lanaudière), qu'à travers le Québec. Le Dossier Santé Québec de Cristal-Net a d'ailleurs été déployé au CISSS de Lanaudière en avril 2018.

Dans ce dossier, soulignons que c'est la Direction des ressources informationnelles



(DRI) LLL qui a élaboré le modèle de coûts, le dossier d'affaires générique, le manuel d'organisation de projet générique et les règles d'identification des documents numérisés qui serviront à l'ensemble des établissements du RSSS.

Au chapitre des systèmes d'information unifiés (SIU), la DRI LLL a participé activement aux activités d'élaboration des besoins dans ce dossier. De plus, grâce à son expertise, elle a contribué à la sélection de certains des systèmes visés, soit le système de gestion matérielle et financière, le système de numérisation et le système d'intégration et d'échange de données.

Toujours en lien avec les SIU, la DRI LLL a été choisie pour former et piloter le Centre d'opérationnalisation du système d'information des laboratoires. La mise en place d'un système provincial vise en effet à déployer à l'ensemble des 34 établissements du RSSS le même système d'information.

Au niveau des 3L, la DRI a soutenu les directions des programmes soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), dans le déploiement de l'outil de cheminement clinique informatisé (OCCI). Ce projet vise à mieux outiller les intervenants du soutien à domicile. Il a nécessité l'achat, la configuration et le déploiement de plus de 1 200 ordinateurs portables, dont environ le tiers pour le CISSS de Lanaudière.

Enfin, dans le dossier du remplacement du système de messagerie électronique Lotus Notes par la solution Microsoft Outlook, la DRI LLL a réalisé les activités de planification et entrepris les activités de migration du système. Selon le calendrier prévu, la migration du CISSS de Laval a été complétée en mars 2018, celle du CISSS de Lanaudière, en avril 2018 et celle du CISSS des Laurentides, en mai 2018. À terme, plus de 22 000 boîtes courriel auront été migrées, dont environ 8 000 pour le CISSS de Lanaudière.

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

Au cours de l'année 2017-2018, dans le cadre du projet Optilab, un comité avisier stratégique, composé des directeurs administratifs, des directeurs médicaux et des directeurs des services multidisciplinaires a été mis en place afin d'assurer le lien entre les établissements des CISSS de Laval, des Laurentides et de Lanaudière. Il a été convenu que ce comité se rencontrera quatre fois par année.

Le comité a pour mandat de :

- Faire le lien avec les conseils d'administration des établissements, lorsque nécessaire;
- S'assurer du suivi local d'Optilab et de ses impacts;
- Définir les stratégies émergentes et de veille dans une perspective d'approche client.

Plus spécifiquement, le comité a les responsabilités suivantes :

- S'assurer de coordonner les services de biologie médicale en cours de déploiement du projet;
- Adapter l'offre de service en fonction des développements cliniques sur les territoires;
- S'assurer de la faisabilité des différents modèles de réorganisation;
- Soutenir la collaboration interrégionale.

#### **Stages non médicaux**

Le CISSS a adopté une politique sur l'enseignement et la formation pratique des stagiaires permettant d'obtenir l'engagement de toutes les personnes œuvrant au CISSS à contribuer à la formation pratique de stagiaires, tant au niveau de la formation professionnelle au secondaire qu'aux niveaux collégial et universitaire. Le développement d'une culture d'enseignement pratique constitue un ancrage clé pour l'actualisation des activités d'enseignement.

De même, grâce à la centralisation de la coordination des stages à la Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, et à l'application de cette politique, une

meilleure gestion de l'offre de stages, un meilleur suivi avec les maisons d'enseignement et une meilleure rétention des stagiaires en résultent.

### **Service de documentation**

Le CISSS de Lanaudière est parmi les premiers établissements à avoir complété la fusion de l'ensemble de ses centres de documentation et de ses bibliothèques. Il dispose désormais d'un site Web et d'un catalogue en ligne et est en mesure de faire connaître toutes ses nouvelles acquisitions en mode numérique ainsi qu'en version papier par son service de veille informationnelle. Ce système est très apprécié des membres du personnel, des médecins et des résidents de l'établissement.

## **Politique gouvernementale de prévention de la santé**

La Politique gouvernementale de prévention en santé a été présentée, dès son adoption, à la Conférence administrative régionale de même qu'à tous les représentants régionaux des différents ministères partenaires et aux directeurs généraux des six MRC de la région. Elle a également été présentée au Plateau lanauois intersectoriel en saines habitudes de vie.

Cela dit, le Plan d'action interministériel (PAI) ayant été rendu public au début du mois de mars 2018, la Direction de santé publique de Lanaudière et les directeurs de santé publique du Québec ont entamé des discussions sur le rôle qu'ils entendent jouer auprès des autres ministères dans le cadre de cette politique.

C'est à partir des actions portées par les différents ministères interpellés qu'un soutien à la mobilisation des acteurs du réseau et des partenaires intersectoriels pourra être offert.

Compte tenu de l'avancement des travaux, l'année 2018-2019 permettra de mieux définir les activités.

## **Plan d'action régional (PAR) en santé publique**

Dans le cadre du déploiement du PAR en santé publique pour la région de Lanaudière, plusieurs travaux de mise à niveau ont été réalisés avec la Direction du programme jeunesse afin de déterminer les activités à poursuivre ou à cesser, celles à modifier et celles à mettre en place. Des travaux sont aussi en cours avec les comités régionaux de l'offre vaccinale et des infections transmissibles sexuellement et par le sang, notamment. Enfin, l'offre de service aux municipalités a pris forme et une procédure structurée d'analyse des demandes a été mise en place pour améliorer la réponse à ces partenaires.

En parallèle, des travaux ont été entrepris avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) afin de moduler les services aux réalités lanauoises comme le prévoit le Plan d'action régional. À cet égard, il est prévu de constituer un comité de suivi intersectoriel de la mise en oeuvre du PAR au printemps 2018. Son mandat sera de valider les orientations prises par la Direction de santé publique afin que celles-ci tiennent compte des principes directeurs et des stratégies d'intervention nommés dans le PAR.

## Mise à jour et accessibilité aux informations sociosanitaires

Afin d'assurer la tenue à jour et l'accessibilité des informations sociosanitaires, la Direction de santé publique a procédé aux actions suivantes :

- Mettre en œuvre son Plan régional de surveillance (PRS). Ce plan assure les activités requises pour exercer la fonction de surveillance continue de l'état de santé dévolue à la directrice de santé publique, soit l'alimentation en données, la production et la diffusion d'informations;
- Alimenter l'outil nommé [SYLIA - statistiques régionales](#). Celui-ci présente de l'information pertinente sur l'état de santé de la population lanaudoise et les déterminants qui l'influencent. Il est mis à jour en continu selon un calendrier de diffusion des données et est disponible sur le site Web de l'établissement;
- Réaliser des portraits globaux et thématiques sur l'état de santé de la population et de ses déterminants et réaliser des activités de recherche visant à documenter certaines problématiques sociosanitaires prioritaires, à l'échelle régionale et intrarégionale, selon une planification annuelle établie;
- Produire des numéros du bulletin électronique *On surveille pour vous*. Ce bulletin offre une synthèse des données les plus récentes sur une thématique liée à l'état de santé de la population;
- Annoncer, de façon régulière, chaque nouveauté et production à une liste de destinataires déterminée et les déposer sur le site Web de l'établissement;
- Organiser les Matinées-causerie de la Direction de santé publique, lesquelles constituent une tribune régionale d'information, d'échange et de diffusion;
- Diffuser des communiqués de presse en lien avec la promotion, la prévention et la protection de la santé de la population;
- Participer à divers comités et événements locaux, régionaux et nationaux pour rendre disponibles l'information et son analyse;
- Soutenir l'appropriation et l'utilisation de l'information disponible en accompagnant les acteurs du secteur de la santé et des services sociaux ainsi que d'autres secteurs d'activité, à des fins de planification de services et au sein de la prise de décision.

## Le CISSS et ses partenaires du milieu

### Persévérance scolaire et milieux d'enseignement

En mars 2018, le Comité régional pour la valorisation de l'éducation (CREVALE) a fait l'annonce de l'Entente sectorielle en persévérance scolaire et réussite éducative 2017-2020. Une somme de 301 500 \$, dont 40 000 \$ provenant du CISSS, sera investie dans la réussite éducative des Lanaudois.

Le CISSS réitère ainsi son appui à la mission du CREVALE, parce que s'unir pour la réussite scolaire, c'est travailler à l'amélioration des conditions de vie de la population et contribuer à la réduction des inégalités sociales, dont les impacts négatifs sur la santé ont été démontrés.

L'établissement participe également à des tables de concertation avec les commissions scolaires afin de s'assurer de la complémentarité des offres de service entre les réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux.

Il entretient des liens étroits avec les maisons d'enseignement, tant collégiales qu'universitaires, et accueille annuellement plus de 4 000 stagiaires dans différents secteurs, notamment en soins infirmiers.

### Développement de l'emploi

Depuis sa création, le CISSS est présent à la Table des partenaires de l'emploi de Lanaudière et assure un leadership en tant qu'employeur majeur dans la région. Ainsi, il contribue à l'analyse des enjeux et participe à la détermination des priorités régionales avec Emploi Québec.

### Programme jeunesse

Le CISSS et le Cégep régional de Lanaudière ont signé une entente visant :

- Le maintien des services d'une infirmière dans les trois constituantes, entre autres pour les consultations en santé sexuelle;
- L'actualisation d'un corridor de services entre les intervenants de l'établissement au Cégep et les ressources du milieu pour les étudiants requérant des soins psychosociaux plus importants;
- L'animation de groupes et le soutien du personnel du Cégep en lien avec les problématiques de santé mentale;
- L'amélioration de la planification des stages étudiants au CISSS;
- La collaboration à des activités de prévention et de promotion.

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

Au cours de la dernière année, l'établissement a intensifié ses travaux avec ses partenaires de la communauté. Cette démarche a permis de renforcer la complémentarité des missions entre les divers organismes du milieu (intersectoriel et communautaire) et de convenir d'actions communes, notamment par :

- La mise en place d'une structure régionale de concertation et de coordination avec les organismes communautaires en DI-TSA-DP;
- La conclusion d'ententes de partenariat visant à bonifier l'offre de service en répit et en activités socioprofessionnelles;
- La conclusion d'une entente de collaboration avec la Commission scolaire des Samares visant à assurer la cohésion et la complémentarité de l'offre de service aux jeunes handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage en raison d'une déficience.

### Assistance aux personnes vulnérables

Une entente a été signée avec le Service de police de la Ville de Repentigny dans le but de porter assistance aux personnes vulnérables. Il s'agit de la concrétisation d'un projet pilote démarré en octobre 2016 qui a permis de venir en aide à plus de 70 personnes socialement isolées, âgées ou vivant avec un problème de santé mentale. La collaboration entre un travailleur social du CISSS et un policier facilite l'évaluation de la situation de la personne et permet de la référer rapidement aux services adaptés à ses besoins.

### Itinérance

Le CISSS a continué d'assurer un fort leadership afin d'atteindre les cibles du plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020. Pour ce faire, il coordonne les travaux du comité directeur régional en collaboration avec ses partenaires des réseaux de l'éducation, du revenu, de la justice, des affaires municipales, du logement et du milieu communautaire. Ces travaux visent à mettre en place différentes actions afin de prévenir et réduire l'itinérance.

Par ailleurs, des actions ont été menées afin de documenter la réalité des femmes en situation d'itinérance sur le territoire. Le travail a été piloté par le CISSS, en collaboration avec des partenaires de la Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière. Il a mené à l'organisation d'une journée régionale portant sur l'itinérance féminine. Cette journée a été l'occasion de se questionner sur les services offerts aux

femmes et une invitation à les adapter afin de mieux répondre aux besoins de cette clientèle.

### **Maltraitance envers les aînés ou les adultes en situation de vulnérabilité**

Alors que la négligence et la violence envers les personnes aînées ou les adultes en situation de vulnérabilité constituent un problème social de plus en plus présent, le CISSS a signé un protocole avec des organismes et des partenaires de la MRC de L'Assomption visant à assurer une cohésion des interventions lorsque cette clientèle est victime de maltraitance.

Un protocole visant les mêmes objectifs a été signé pour les MRC de Matawinie et de Montcalm.

### **Journée de sensibilisation visant à contrer la violence et les abus sexuels**

En octobre dernier, le CISSS a participé à l'événement « Quand je ne veux pas, je dis non! » visant à contrer la violence et les abus sexuels à l'endroit des personnes ayant une déficience intellectuelle. Il a pris part au panel réunissant des spécialistes sur la question. Cette journée, mise sur pied par des organismes du milieu, a permis aux personnes ayant une déficience intellectuelle, à leur famille ainsi qu'aux intervenants d'être mieux outillés sur ce sujet.

### **Journée clinico-juridique sous le thème du conflit de séparation**

Pour une cinquième année consécutive, la DPJ, en collaboration avec les membres de la Table judiciaire de Joliette, a tenu une journée de formation clinico-juridique sous la thématique « Le conflit de séparation ». Plus de 100 personnes de différents milieux provenant de Laval, des Laurentides et de Lanaudière ont pris part à cette journée où ont été abordés, entre autres, les thèmes de la séparation et de la coparentalité.

### **Journée reconnaissance en santé mentale adulte**

Près de 130 personnes provenant de différents milieux, dont certains intervenants et gestionnaires du CISSS, ont participé à la Journée reconnaissance en santé mentale adulte organisée par la Table de concertation régionale en santé mentale adulte. Cette journée d'activités avait comme objectifs de présenter les services des divers organismes impliqués en santé mentale adulte et d'établir des conditions favorables à la collaboration entre ces services et la communauté.

### **Un projet réconfortant en centre d'hébergement**

Le comité milieu de vie du Centre d'hébergement Saint-Eusèbe, en collaboration avec un partenaire de la région, s'est mobilisé dans un projet de création de valises de fin de vie. Ces valises sont destinées aux proches, aux familles et aux amis qui accompagnent un résident dans ses derniers moments de vie. Elles contiennent le nécessaire pour apporter un peu de confort aux proches. Les valises sont offertes gratuitement dans les 14 centres d'hébergement du CISSS.

### **Pour des municipalités en santé**

Afin de soutenir les municipalités de la région dans la mise en place de mesures favorisant la santé, la Direction de santé publique a mis au point une offre de service qui leur est spécifiquement destinée. Définie selon les champs de compétence du milieu municipal, elle présente des exemples concrets de situations et de projets qui peuvent être soutenus par la santé publique. Cette offre de service, disponible en version électronique et en version papier, a été acheminée à l'ensemble des municipalités et des MRC de la région.

### **Inondations, printemps 2017**

Dans le cadre des inondations vécues au printemps 2017, le CISSS a été appelé à intervenir auprès de résidents de quatre municipalités de la MRC de D'Autray, soit

Saint-Barthélemy, Visitation-de-l'Île-Dupas, Saint-Ignace et Berthierville. La coordination de la sécurité civile et des mesures d'urgence de l'établissement a établi une stratégie afin d'offrir des services à la population selon ses besoins.

Ainsi, la Direction des programmes santé mentale et dépendance et la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées ont déployé les services d'une infirmière et de 14 intervenants psychosociaux sur le terrain. Leurs rôles consistaient à prendre contact avec les sinistrés, à évaluer leurs besoins et leur état de santé, à leur offrir du soutien pour gérer leur stress et leur fatigue émotionnelle, à les informer des ressources disponibles et à les accompagner lorsqu'ils quittaient leur résidence.

Du 10 au 15 mai 2017, les intervenants se sont rendus à au moins une reprise dans environ 350 résidences et ont visité la clientèle vulnérable tous les jours. Ces visites ont été effectuées avec le soutien des Forces armées canadiennes, des pompiers et des policiers de la région.

## **Lanaudière : une région qui se démarque**

À travers 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 :

### **Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO)**

Les membres de l'équipe de base du programme AMPRO ainsi que tout le personnel du Module Parents-enfant du CHDL ont remporté le *Prix de reconnaissance AMPRO 2017*. Ce dernier leur a été remis pour la création d'ateliers de formation offerts au personnel dans une optique d'amélioration du soutien des patientes en travail et pour l'implantation de nouveaux mécanismes visant à faciliter la communication et l'échange d'informations au sein de l'équipe.

### **Équipe spécialisée en itinérance de Lanaudière récipiendaire d'un prix**

Lors de la 21<sup>e</sup> édition de la « Nuit des sans-abris » de Joliette, le comité organisateur a remis le prix *Pompon d'or* à l'équipe spécialisée en itinérance de Lanaudière (ÉSIL). Il s'agissait d'une première pour un établissement du réseau public de santé et de services sociaux.

### **Approche In vivo : un programme qui se démarque**

Créé en collaboration avec les éducateurs spécialisés du CISSS et l'UQAM, *In vivo* est un programme qui permet à une trentaine de jeunes du Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de Lanaudière de développer des compétences pour faire face au stress. Ce programme a fait l'objet d'un reportage sur la première chaîne de Radio-Canada Télé.

### **Prix d'excellence de l'Association québécoise des assistantes techniques en pharmacie**

Madame Stéphanie Bédard, assistante technique en pharmacie (ATP) à l'HPLG, a remporté le *Trophée ATP d'Excellence, Secteur public*, lors du dernier congrès de l'Association québécoise des assistantes techniques en pharmacie tenu en mai 2017. Ce prix vise à mettre en valeur l'implication, le professionnalisme et le sens du devoir des ATP dans l'exercice de leurs fonctions. Au CISSS, madame Bédard s'est particulièrement impliquée dans le projet de réorganisation de la distribution des médicaments, défi qu'elle a su relever avec brio.

### **Prix d'excellence au quotidien Raymond Gingras**

Madame Manon Pichette, intervenante au Service sur le système de justice pénale pour les adolescents, a remporté le *Prix d'excellence au quotidien Raymond Gingras* de la Fondation québécoise pour les jeunes contrevenants. Ce prix récompense les compétences d'intervenants dont les qualités inspirantes sont reconnues par leurs pairs. Ouvrant à la DPJ depuis plus de 20 ans, madame Pichette demeure à l'affût des nouveautés et se fait un devoir de partager son savoir avec ses collègues. Son approche avec les adolescents est empreinte de respect, d'ouverture et permet d'établir le lien de confiance nécessaire à la réadaptation.

### **Prix excellence jeunesse de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Lanaudière**

Chaque année, l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Lanaudière remet ses prix émérites à des infirmières qui se distinguent dans la profession. Le *Prix excellence jeunesse* s'adresse aux infirmières âgées de moins de 35 ans qui exercent activement leur profession et qui se démarquent par leur implication. En 2017, il a été remis à madame Sophie Gingras, chef des services ambulatoires, médecine de jour et accueil clinique, secteur Nord.



## 4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité

Cette partie rend compte des résultats des attentes spécifiques (chapitre III) et des engagements annuels (chapitre IV), prévus à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

### Les attentes spécifiques (Chapitre III) de l'entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018

#### Légende - État des réalisations :

**R** : réalisée à 100 %

**NR** : non réalisée à 100 %

**A** : annulée

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
<b>Santé publique</b>				
2.1	Bilan des activités réalisées	Un bilan faisant état des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	<b>R</b>	
2.2	Comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN)	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et le comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, Santé et Services sociaux, Québec 2006 ».	<b>R</b>	



N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
<b>Services sociaux</b>				
3.1	Implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance et plan de travail	L'établissement devra transmettre au MSSS une liste des installations de son territoire devant implanter le protocole, un plan de travail détaillant les activités prévues ainsi que l'échéancier de l'implantation du protocole. Un gabarit permettant l'identification des installations pertinentes sera fourni. Ces livrables permettront de déterminer la cible associée à l'indicateur « pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance », par établissement et nationalement.	<b>NR</b>	Échéancier pour le Plan de travail reporté au 30 juin 2018. Réalisation en cours.
3.2	Poursuivre la mise en oeuvre des composantes des programmes d'intervention en négligence (PIN)	Assurer la mise en œuvre de toutes les composantes obligatoires des PIN avant le 31 mars 2018. Un formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'utilisateurs ayant participé au programme.	<b>R</b>	
3.3	Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD 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.	<b>R</b>	
3.4	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	<b>R</b>	

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
3.5	Plan d'action 2017-2022 sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA)	À la suite de la publication du Plan d'action et du plan de déploiement ministériel, l'établissement devra compléter et transmettre le bilan de l'implantation des mesures identifiées.	<b>R</b>	
3.6	ADDENDA – Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA	Les établissements, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés. Exceptionnellement, le gabarit Excel faisant état des résultats pour le respect des délais d'attente doit être transmis par courriel, selon les modalités établies.	<b>R</b>	
3.8	ADDENDA – Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements. De plus, il est aussi prévu que des audits aléatoires seront menés par le MSSS dans les établissements.	<b>R</b>	

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
<b>Services de santé et de médecine universitaire</b>				
4.3	État d'avancement de l'implantation du Plan d'action par établissement déposé le 31 mars 2016 et réalisé sur la base des orientations ministérielles 2006	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016. Le plan doit préciser : Action – Objectif – Stratégie/Moyens – Responsable – Résultats/Livrables – Échéancier – Indicateur – Cible atteinte. De plus, les obstacles liés à la non-réalisation du plan devront être notés.	<b>R</b>	
4.4	État d'avancement du plan d'action triennal 2016-2019 – Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1er juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS-CIUSSS devra être produit.	<b>R</b>	
4.5	État d'avancement sur le plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018	Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	<b>NR</b>	Échéancier reporté au 29 juin 2018. Réalisation en cours.
4.6	État d'avancement de l'implantation du Plan d'action déposé le 31 mars 2016 par établissement réalisé sur la base des orientations ministérielles 2015	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016 composé à partir des actions et des objectifs, incluant l'état d'avancement des travaux au 31 mars 2018. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	<b>R</b>	

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
4.7	Investissements en santé mentale dans l'établissement – Accompagnement par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) pour le déploiement des services de suivi intensif dans le milieu (SIM), de soutien d'intensité variable (SIV) et de premier épisode psychotique (PEP)	Prendre part à un processus d'accompagnement avec le CNESM dans le cadre du déploiement des nouvelles équipes et des nouveaux services prévus dans les investissements annoncés le 28 avril 2017 par le ministre.	<b>R</b>	
4.8	Effectifs dans les équipes de soutien dans la communauté	Fournir les informations requises quant aux effectifs en services dans la communauté : suivi intensif dans le milieu (SIM), soutien d'intensité variable (SIV), Flexible Assertive Community Treatment (FACT) et premier épisode psychotique (PEP). Contrairement au suivi des EGI associés aux SIM et SIV, ce suivi comprend également les services qui ne sont pas homologués.	<b>R</b>	

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
<b>Financement, infrastructures et budget</b>				
6.1	Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années	L'établissement a pour objectif de finaliser l'inspection technique de son parc immobilier. À la suite de l'inspection des bâtiments, il doit élaborer la liste des correctifs devant être réalisés dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs+ Réseau.	<b>R</b>	
6.2	Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	L'établissement participe à la réalisation du Plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	<b>R</b>	
<b>Coordination réseau et ministérielle</b>				
7.1	Sécurité civile	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure d'assumer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer : <ul style="list-style-type: none"> <li>- De veiller à l'élaboration ou à la révision d'un plan de sécurité civile;</li> <li>- Du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au sujet de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile;</li> <li>- De raffermir les liens de partenariats en sécurité civile.</li> </ul>	<b>R</b>	

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
7.3	Gestion des risques en sécurité civile – Santé et services sociaux	<p>Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en arrimage avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation;</li> <li>- Compléter la phase d'établissement du contexte du processus;</li> <li>- Compléter la phase d'appréciation des risques du processus.</li> </ul>	<b>R</b>	
7.4	Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	<p>La mise sur pied d'un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise doit être réalisée. La composition de celui-ci sera entérinée par le C. A. de l'établissement. Exceptionnellement, une résolution du C. A. de l'établissement confirmant la création du comité régional doit être transmise par courriel, selon les modalités établies.</p>	<b>A</b>	Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique par le MSSS.

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
7.5	Révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	Les établissements recevront à l'automne 2017 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le C. A. et ensuite transmis exceptionnellement par courriel, selon les modalités établies.	<b>A</b>	Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique par le MSSS.
7.6	État de situation sur le degré de maturité d'une salle de pilotage stratégique	Un bilan faisant état du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'établissement est demandé. Ce bilan vise à documenter la maturité de la salle de pilotage déployée selon les différentes dimensions abordées, soit la planification, le déploiement, le contrôle/suivi et la réponse-action. Aussi, des questions d'ordre général sont prévues.	<b>R</b>	

## Évaluation de l'atteinte des engagements annuels (Chapitre IV) de l'entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018

### Précisions concernant le tableau qui suit :

La section « Commentaires » du tableau 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 2017-2018 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.



Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
<b>Santé publique</b>					
<b>Direction de la santé publique</b>					
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	30,5	31	42,9	40	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018.</p> <p>2. La stabilité des ressources du CISSS, l'ajout d'une nouvelle ressource à la Commission scolaire des Samares au dossier Activité physique (2 jours/semaine), l'étroite collaboration avec les commissions scolaires pour déployer l'offre de service en prévention-promotion, de nouvelles mesures touchant la promotion et la prévention, la poursuite et l'ajout de plusieurs accompagnements expliquent l'atteinte de l'engagement. Un autre problème à anticiper est le fait de devoir augmenter ou même de maintenir le nombre d'écoles avec lesquelles le CISSS doit collaborer. Chaque année, les accompagnements dépendent des demandes et des besoins provenant des milieux scolaires et visent, entre autres, à leur autonomie.</p> <p>3. Le déploiement de la mesure « À l'école, on bouge au cube! » et de la formation « Attention! Enfants en mouvement » a permis de soutenir plusieurs nouvelles écoles dans leur planification d'actions en promotion et en prévention et ainsi dépasser la cible fixée (30,5 en 2016-2017 à 42,9 en 2017-2018).</p> <p>4. Les problèmes connus liés à cet indicateur réfèrent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- À la difficulté de comparer les résultats entre les régions, car celles-ci semblent les interpréter différemment;</li> <li>- Au fait que les données sont compilées par année financière et non par année scolaire.</li> </ul>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
<b>Direction du programme jeunesse</b>					
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccins contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	93,3	<b>94</b>	<b>94,0</b>	94,1	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018.</p> <p>2. Parents conciliants, car le calendrier vaccinal, pour ce vaccin spécifiquement, s'insère bien dans la routine familiale puisqu'un des parents est souvent en congé parental durant cette période (avant 12 mois). Peu d'enjeux médiatiques ou scientifiques entourent ce vaccin.</p> <p>Dans nos plans d'action au comité régional sur l'offre de service en vaccination au cours des dernières années, nous avons toujours eu le souci d'inclure des activités selon le « Plan de mise en œuvre du modèle optimal d'organisation de service de vaccination pour la clientèle 0-5 ans » produit par l'INSPQ, et entériné par le MSSS. Pour cet indicateur, la promotion de la vaccination par l'approche motivationnelle, lors des contacts auprès des parents en pré, per et post-natal, et plus particulièrement lors de l'appel pour l'avis de grossesse, permet une prise de rendez-vous plus rapide pour la vaccination à 2 mois. Un système de rappel est ainsi instauré pour la prise du rendez-vous à 2 mois. De plus, une relance téléphonique systématique est faite pour les rendez-vous manqués et il est plus facile de les rattraper rapidement, car souvent la mère n'est pas retournée au travail.</p> <p>3. Comparatif avec l'an dernier : résultat similaire avec une légère amélioration de 0,6 %.</p> <p>4. Aucun problème connu quant à la méthodologie ou la fiabilité des données.</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccins contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais	80,1	90	80,8	90	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018.</p> <p>Prochain rendez-vous (vaccination 1 an) donné lors de la vaccination de 6 mois.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'infirmière évalue si ambivalence, répond aux questions et réfère les parents à des sites crédibles.</li> <li>- Confirmation du rendez-vous 24 à 72 heures avant le rendez-vous.</li> <li>- Processus établi impliquant les agentes administratives afin de répondre plus rapidement aux parents concernant les conditions de l'enfant nécessitant le report du rendez-vous.</li> <li>- Relance par l'infirmière, si client n'est pas présent la journée du rendez-vous.</li> <li>- Relance par l'agente administrative (appel et lettre) si l'infirmière n'a pas rejoint le parent.</li> <li>- Actions en place lors du manque de places dans les cliniques (surréservation, horaire AM, PM, soir) et ajout de cliniques au besoin.</li> <li>- Processus de rappel des enfants ayant reçu des vaccins en CLSC et n'ayant pas de rendez-vous (au nord, ajout depuis l'été dernier).</li> <li>- Suivi des résultats avec les équipes favorisant leur implication.</li> <li>- Formation des agentes administratives dès leur arrivée afin de mettre en place les conditions favorables et améliorer le processus tel que le délai de réponse au téléphone.</li> <li>- Plan d'action en élaboration pour un projet pilote afin d'offrir la vaccination le samedi AM sera débutée à l'été 2018 (MRC Joliette) et un ajout de service un soir par 2 semaines à Lavaltrie sera également fait.</li> <li>- Ajout de cliniques dans les points de services éloignés (chaque 2 sem.).</li> <li>- Suivi des résultats en continu permettant d'identifier les secteurs en difficulté. Ainsi, les actions sont mises en place rapidement. Collaboration entre le nord et sud.</li> </ul>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
					<p>- 2018-2019 : analyser la possibilité d'implanter la prise et la confirmation de rendez-vous par voie électronique (Clic-santé), en collaboration avec la DRI-LLL.</p> <p>2. Le Projet EMMIE (programme provincial de promotion de la vaccination basé sur l'entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants) a débuté le 30 novembre 2017 au HPLG. Impact à venir à partir de novembre 2018. Facteurs de contrainte : ambivalence parentale, maladie des enfants, retour au travail, études et début de la fréquentation des services de garde, téléphone non en service ou reçoivent seulement des messages textes. Le Projet EMMIE sera aussi à mettre en place au nord. Donc les résultats se verront plus tard pour ces MRC.</p> <p>3. Nous avons 0,7 % d'augmentation. Il faut dire que cet indicateur est difficile à atteindre malgré toutes les actions mises en place depuis quelques années.</p> <p>4. Pas d'enjeu identifié concernant la qualité de saisie des données</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	3 462	3 462	3 349	3 462	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018. Révision du processus mis en place pour la vaccination afin de rehausser le temps disponible des infirmières réalisant aussi des dépistages ITSS. Au sud : - Intensifier les stratégies de promotion des services cliniques jeunes auprès des jeunes des milieux scolaires et hors scolaire afin d'accroître l'achalandage; offrir le service Clinique des jeunes de la MRC L'Assomption pour la clientèle d'Autray. Au nord : - Évaluer l'intégration possible des activités de dépistages à travers les services courants pour augmenter l'accessibilité en offrant plus de plages horaires. - Analyse des données en cours afin d'adapter les services en fonction des profils de la clientèle. - Projet pilote d'intégration des technologies en évaluation pour diminuer l'absence des jeunes aux rendez-vous. À titre d'exemple, les rappels par messages textes sont en place dans d'autres régions et fonctionnent bien pour diminuer l'absentéisme. (pas encore mis en place, en attente du projet). - Élaboration de stratégies de communication en cours en collaboration avec la santé publique et le service des communications.</p> <p>2. Puisque notre analyse démontre une diminution des dépistages, principalement à la Clinique des jeunes au sud, nous suspectons un impact de la diminution des heures de présence médicale à la clinique. Également, le déménagement de la Clinique jeunesse des Moulins peut avoir engendré une baisse de fréquentation de celle-ci.</p> <p>3. Il y a eu 113 dépistages de moins qu'en 2016-2017.</p> <p>4. À notre connaissance, il n'y a pas de problématique à ce niveau.</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccins contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle (RRO-Var) dans les délais		75	68,5	75	1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018. Les mesures mises en place pour les autres groupes d'âge ont été instaurées (voir indicateur 1.01.28 EG2). 2. Nouvel indicateur pour ce groupe d'âge. Projet EMMIE a débuté le 30 novembre 2017 (au HPLG). Impact à venir à partir de mai 2019. Facteurs de contrainte : mêmes facteurs qu'indicateurs 1.01.28 EG2. 3. Pas de comparable. 4. Pas d'enjeu identifié dans la qualité de saisie de données.

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
<b>Santé publique – Infections nosocomiales</b>					
<b>Direction des soins infirmiers</b>					
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	<b>100</b>	<b>100,0</b>	100	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018 pour le HPLG 0,70 pour un seuil établi de 5,7. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018 pour le CHDL. Même si le seuil établi est de 7,6, le taux observé de 8,36 se situe à l'intérieur de l'intervalle de performance définie pour cet indicateur par l'INSQ (entre 6,78 et 10,31). Les mesures mises en place pour améliorer la performance de cet indicateur au CHDL sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre la pharmacovigilance pour la famille Quinolones (prise de probiotiques);</li> <li>- Réaménagement des utilités souillées;</li> <li>- Des audits plus fréquents seront effectués en collaboration entre le service de PCI et les chefs d'unité;</li> <li>- Une rétroaction immédiate ainsi qu'une communication des résultats à l'ensemble des gestionnaires du CISSS;</li> <li>- Travaux de rénovation des ailes de l'hospitalisation;</li> <li>- Revue des produits désinfectants – technique;</li> <li>- Acceptation par Optilab pour le CHDL de prélèvements de la Procalcitonine pour indiquer si le patient nécessite une thérapie antibiotique</li> <li>- Poursuivre le plan d'action concernant les transferts d'usagers.</li> </ul> <p>2. Engagements atteints.</p> <p>3. Augmentation du taux par rapport à l'année 2016-2017 (67 cas nosocomiaux), comparativement aux 88 cas enregistrés cette année pour le CHDL.</p> <p>4. Aucun problème lié à la qualité des données et de la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
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	<b>100</b>	<b>100,0</b>	100	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018 pour le HPLG 0 % pour un seuil établi de 0,51. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018 pour le CHDL 0,19 % pour un seuil établi de 0,51.</li> <li>2. Engagements atteints.</li> <li>3. CHDL : il y a eu une légère augmentation du taux par rapport à 2016-2017 qui était à 0,12 %. Pour le HPLG, maintien du taux de 0 %.</li> <li>4. Aucun problème lié à la qualité des données et de la méthodologie de l'indicateur.</li> </ol>
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	50,0	<b>100</b>	<b>100,0</b>	N/A	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'engagement convenu pour cet indicateur est atteint en 2017-2018 pour le HPLG et le CHDL.</li> <li>2. Aucun commentaire.</li> <li>3. Pour le HPLG, maintien du taux à 0 % et pour le CHDL, diminution du taux de 2,88 % à 0 %.</li> <li>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données et de la méthodologie de l'indicateur.</li> </ol>



Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
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	<b>100</b>	<b>100,0</b>	100	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018 pour le HPLG 0,13 avec un seuil établi de 0,64. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018 pour le CHDL 0,19 avec un seuil établi de 0,64.</p> <p>2. Engagements atteints.</p> <p>3. Pour les deux centres, le taux était de 0.23 en 2016-2017, donc il y a eu une diminution.</p> <p>4. Aucun problème lié à la qualité des données et de la méthodologie de l'indicateur.</p>
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	51,3	<b>70</b>	<b>56,6</b>	70	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'est pas atteint en 2017-2018. Des audits plus fréquents seront effectués en collaboration avec le service de PCI et les chefs d'unité. Une rétroaction immédiate sera faite ainsi qu'une communication des résultats à l'ensemble des gestionnaires du CISSS. Un plan d'action spécifique est rédigé.</p> <p>2. La vigie, l'intervention constante et la formation auprès des équipes.</p> <p>3. Nous avons un résultat de 51,3 % pour l'année 2016-2017. Les interventions sur le terrain nous permettent donc de nous améliorer, mais pas à la hauteur des attentes. D'autres actions seront déployées.</p> <p>4. Aucun problème lié à la qualité des données et de la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
<b>Services généraux</b>					
<b>Direction des programmes santé mentale et dépendance</b>					
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	84,3	90	81,6	90	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018.</li> <li>2. Le but de la fusion du 811, du guichet d'accès universel (GAU) et de l'AAOR est de faciliter l'accès aux services, d'optimiser l'utilisation des ressources des trois secteurs et de permettre l'atteinte des cibles. Cette cible sera atteinte dans les prochaines périodes. La diminution temporaire s'explique par la transformation actuelle des processus.</li> <li>3. Au global, le service a répondu cette année à 21 % de plus d'appels que l'an passé.</li> <li>4. Aucun enjeu de qualité ou de fiabilité des données.</li> </ol>
<b>Soutien à l'autonomie des personnes âgées</b>					
<b>Direction des soins infirmiers</b>					
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	100,0	100	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018.</li> <li>2. L'implantation est atteinte mais la pérennité demeure un enjeu.</li> <li>3. L'ensemble des secteurs se sont améliorés. Des audits quatre fois par années sont effectués par les chefs d'unité et des plans d'actions spécifiques sont déterminés et suivis afin d'obtenir des résultats en continu de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA). La pérennité est l'objectif poursuivi. Un audit ministériel annuel est aussi effectué par l'équipe-conseil.</li> <li>4. Aucun problème en lien avec la qualité des données et la méthodologie.</li> </ol>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
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	100	100,0	100	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018.</p> <p>2. L'implantation est atteinte mais la pérennité demeure un enjeu.</p> <p>3. L'ensemble des secteurs se sont améliorés. Des audits quatre fois par années sont effectués par les chefs d'unité et des plans d'actions spécifiques sont déterminés et suivis afin d'obtenir des résultats en continu de l'AAPA. La pérennité est l'objectif poursuivi. Un audit ministériel annuel est aussi effectué par l'équipe-conseil.</p> <p>4. Aucun problème en lien avec la qualité des données et la méthodologie.</p>
<b>Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées</b>					
1.03.10-PS Pourcentage des réseaux de service intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100,0	100	100,0	100	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur est atteint en 2017-2018. Les résultats détaillés par RLS sont : Sud 87,46 % et Nord 86,63 %.</p> <p>2. L'établissement a mis en place des pratiques exemplaires qui améliorent les liens avec les partenaires, notamment la mise en place d'un comité impliquant de nombreux organismes communautaires dont la mission touche les personnes âgées. Des démarches de mise à niveau sont en cours afin de se conformer aux nouvelles exigences ayant trait à la gestion de cas.</p> <p>3. Nos résultats ont connu une légère baisse pour le RLS Nord par rapport à 2016-2017, et ce, principalement en raison de la composante « gestion de cas ».</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus	81,0	85	82,2	85	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018.</p> <p>2. Le développement de places en ressources intermédiaires accueillant des clientèles avec profil 9 (lève-personne) nous permettra d'améliorer notre offre de service et notre performance (projet d'appel d'offres en cours d'évaluation au MSSS). L'intensification des services au SAD, incluant dans les ressources pour personnes âgées (RPA) et la recherche de milieux de vie avec les autres directions cliniques pour la clientèle ayant un profil de 9 et moins, favoriseront l'atteinte de cet objectif. Actuellement, l'admission de cas complexes (NSA), ayant un profil 9 et moins nécessitant un milieu de vie, fragilise notre performance. Finalement, tous les profils 9 et moins doivent avoir l'aval du directeur SAPA avant l'admission en CHSLD.</p> <p>3. Le résultat 2017-2018 présente une amélioration de 1,2 % par rapport au résultat 2016-2017 (81 %).</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
<b>Soutien à domicile de longue durée</b>					
<b>Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées</b>					
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	709 579	<b>715 960</b>	<b>727 336</b>	715 960	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur est atteint en 2017-2018 à 101,6 %.</p> <p>2. Plusieurs efforts ont été déployés pour l'amélioration de cet indicateur, dont la création d'ententes avec les RPA afin d'utiliser les ressources des RPA permettant ainsi de libérer les ressources du CISSS qui pourront être utilisées pour d'autres usagers. Nous avons également rehaussé l'offre de service aux profils 4 à 8 dans le but d'harmoniser les services dans nos deux RLS.</p> <p>Ajout de ressources via les investissements SAD.</p> <p>3. Le résultat 2017-2018 démontre une augmentation de 17 757 heures par rapport au résultat de 2016-2017, soit une augmentation de 2,5 %.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes services SAPA, DP et DI-TSA)	6 067	<b>6 655</b>	<b>7 026</b>	6 375	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018 à 105,6 %.</p> <p>2. L'investissement du MSSS en soutien à domicile a permis d'intensifier les interventions à domicile. Des mesures de suivi ont été mises en place et des ressources additionnelles ont été mises à contribution pour la réalisation et la mise à jour des évaluations des usagers. L'assignation des usagers en ressources intermédiaires a également contribué à l'amélioration de cet indicateur.</p> <p>En DI-TSA : ajout de ressources humaines et amélioration de la gestion prévisionnelle des listes d'attente.</p> <p>3. Le résultat provisoire 2017-2018 démontre une augmentation de 959 usagers par rapport au résultat de 2016-2017, soit une augmentation de 15,8 %.</p> <p>En DI-TSA, notons une augmentation du nombre d'épisodes et une augmentation du nombre d'épisodes dont le premier service a été offert dans les délais prescrits.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
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)	72,6	90	84,0	90	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018. L'utilisation des rapports du comptoir de données permettra d'améliorer la gestion prévisionnelle des évaluations ainsi qu'un meilleur suivi en cours d'année. En DI-TSA, mise en place d'une gestion prévisionnelle via des rapports mensuels en cours. Ajout de nouvelles ressources et blitz de mise à jour des outils d'évaluation multiclientèle (OEMC) réalisés en fin d'année. Une démarche est en cours dans le but d'améliorer le taux de conformité de la mise à jour des OEMC des usagers en RI.</p> <p>2. Des ressources additionnelles ont été mises à contribution à compter de novembre 2017 pour la réalisation et la mise à jour des OEMC. Augmentation du nombre d'usagers desservis, particulièrement en DI-TSA.</p> <p>3. Malgré que la cible n'ait pas été atteinte, cet indicateur a tout de même connu une amélioration appréciable, passant de 72,6 % en 2016-2017 à 84 % en 2017-2018.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.03.14 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux usagers de profils ISO-SMAF 4 à 14	659 628	<b>704 792</b>	<b>684 671</b>	709 810	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018.</p> <p>2. Malgré les mesures mises en place et mentionnées à l'indicateur précédent, cet indicateur n'a pas été atteint. Des mesures additionnelles de suivi seront mises en place pour une utilisation optimale des systèmes d'information et une analyse de performance et de validation par intervenant afin de mieux suivre les interventions et d'intervenir rapidement afin d'assurer une constance des heures tout au long de l'année.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajout de ressources via les investissements SAD.</li> <li>- Plan de recrutement massif en cours.</li> <li>- Création d'ententes avec les RPA afin d'utiliser les ressources des RPA, donc augmenter les services achetés et libérer les ressources du CISSS qui pourront être utilisées pour d'autres usagers.</li> <li>- Rehaussement de l'offre de service aux profils 4 à 8 à 50 % au RLS Nord à l'aide des investissements SAD et du budget non utilisé actuellement.</li> </ul> <p>3. Le résultat 2017-2018 démontre une augmentation de 25 043 heures par rapport au résultat de 2016-2017, ce qui correspond à 50 % de la cible attendue. En 2017-2018, l'augmentation attendue était de 50 182 heures. Cependant, la cible de 90 % autorisée par le MSSS représente une augmentation de 45 164 heures.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</p>



Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.03.15 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes services SAPA, DP et DI-TSA) de profils ISO-SMAF 4 à 14	3 723	<b>4 206</b>	<b>4 643</b>	4 260	1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018 à 110 %. 2. L'investissement du MSSS en soutien à domicile a permis d'intensifier les interventions à domicile. Des mesures de suivi ont été mises en place et des ressources additionnelles ont été mises à contribution pour la réalisation et la mise à jour des évaluations des usagers. L'assignation des usagers en ressources intermédiaires a également contribué à l'amélioration de cet indicateur. Ajout de ressources via les investissements SAD. 3. Le résultat 2017-2018 démontre une augmentation de 920 usagers par rapport au résultat de 2016-2017, soit une augmentation considérable de 24,7 %. 4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
<b>Déficiences</b>					
<b>Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique</b>					
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	155,16	95	102,33	95	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018. Notons toutefois une réduction de 53,83 jours du délai moyen cette année (155,16 jours en 2016-2017 et 102,33 jours en P-13 2017-2018). Prévoyons une poursuite de cette amélioration grâce aux différentes mesures amorcées en 2017-2018 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déploiement d'une trajectoire révisée des services qui s'actualise de plus en plus dans le continuum de services;</li> <li>- Rehaussement et consolidation des équipes dédiées à cette clientèle en grande partie liés aux investissements reçus (ref. : le plan d'action TSA);</li> <li>- Mise en place d'une fonction de coordination interprofessionnelle qui assure (entre autres) un mécanisme de gestion prévisionnelle des charges de cas et un suivi étroit des usagers en attente via un nouvel outil intégré de coordination des services (liste d'attente premier service et liste d'attente interne);</li> <li>- Révision des mécanismes d'inscription au Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD) des fermetures/ouvertures qui provoquaient une nouvelle demande de services;</li> <li>- Collaboration interdirection pour la mise en place d'un processus de recrutement intensif et d'un rehaussement de l'implication des directions cliniques dans le processus de recrutement et dotation.</li> </ul> <p>2. L'atteinte de l'engagement fut principalement influencée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des enjeux liés à l'attraction, la rétention et le recrutement du personnel;</li> </ul>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
					<p>- L'augmentation du volume de clientèle (voir données au point 3).</p> <p>3. La liste d'attente diminue (41 usagers au 1<sup>er</sup> avril 2017 à 17 usagers au 31 mars 2018) et de plus en plus d'enfants (165 usagers en 2016-2017 versus 276 usagers en 2017-2018) reçoivent des services annuellement. Une grande proportion des usagers desservis étaient des nouveaux usagers desservis (98 nouveaux desservis en 2016-2017 à 198 usagers en 2017-2018). Notons toutefois une augmentation constante du nombre de nouvelles demandes de services qui sont passées de 123 nouvelles demandes en 2016-2017 à 192 en 2017-2018. Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2017, seulement 2 enfants ont reçu un premier service en dehors du délai.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de service 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	96,2	<b>95,9</b>	<b>93,8</b>	96,2	1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'est pas atteint en 2017-2018. Concernant ce taux, deux directions y contribuent, soit la direction DI-TSA-DP et SAPA. Les délais n'ont pas été respectés pour 14 usagers. 2. Disponibilité de ressources humaines et des erreurs au niveau de la saisie du profil d'intervention. 3. Aucun commentaire. 4. Des erreurs de saisie au niveau du profil d'intervention pour les usagers nécessitant des services en soutien à domicile ont été soulevées. Des assignations sont demeurées en attente malgré que le service fût offert. Un mécanisme de validation interdirections est mis en place et le gestionnaire d'accès a rencontré tous les gestionnaires des deux directions pour réviser les balises du plan d'accès et échanger sur les processus.

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de service traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	98,6	<b>98,6</b>	<b>98,4</b>	98,6	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018 (0,2 % d'écart par rapport à la cible). Une réorganisation des charges de travail, un ajout de personnel et un processus intensif de recrutement ont été mis en place afin d'améliorer la situation.</p> <p>2. Les délais n'ont pas été respectés pour 34 usagers, dont 27 en déficience du langage. L'absence de plusieurs professionnels et des enjeux de recrutement sont les principaux facteurs ayant influencé cette situation.</p> <p>3. Notons une augmentation du nombre de demandes reçues en DP (total de 2 452 par rapport à 2 020 l'an passé). L'augmentation est notée principalement en déficience du langage (642 par rapport à 410 l'an passé) et en déficience motrice (999 par rapport à 940 l'an passé).</p> <p>4. Historiquement, les requêtes utilisées pour extraire les données tenaient compte des références externes, ce qui ne respectait pas les règles d'affaires de la fiche indicateur. Le continuum mis en place en 2017-2018 a amené une augmentation du nombre de références internes.</p>
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de service 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	96,9	<b>96,9</b>	<b>94,8</b>	96,9	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018.</p> <p>2. Disponibilité de ressources humaines et des erreurs au niveau de la saisie du profil d'intervention.</p> <p>3. Aucun commentaire.</p> <p>4. Lors de l'analyse de la situation, des erreurs de saisie dans le système d'information I-CLSC ont été notées. Des assignations sont demeurées en attente malgré que le service fût offert. Un mécanisme de validation interdirections est mis en place et le gestionnaire d'accès a rencontré tous les gestionnaires des deux directions pour réviser les balises du plan d'accès et échanger sur les processus.</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de service traitées en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	99,3	99,3	91,3	99,3	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018.</p> <p>Des ajouts de ressources provenant du plan d'action TSA et du CISSS se mettent progressivement en place.</p> <p>2. Les délais n'ont pas été respectés pour 52 usagers dont 38 en TSA et 14 en DI. L'absence d'intervenants et des enjeux de recrutement sont les principaux facteurs ayant influencé cette situation.</p> <p>3. Notons une augmentation des demandes reçues cette année (total de 620 par rapport à 419 l'an passé), dont 431 en TSA (307 l'an passé) et 189 en DI (112 l'an passé).</p> <p>4. Historiquement, les requêtes utilisées pour extraire les données tenaient compte des références externes, ce qui ne respectait pas les règles d'affaires de la fiche indicateur. Le continuum mis en place en 2017-2018 a amené une augmentation du nombre de références internes.</p>
1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans et plus ayant une déficience ou un TSA, venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail		67	74,5	74,5	<p>L'engagement convenu pour cet indicateur est atteint en 2017-2018. Mise en place d'un mécanisme de suivi des usagers et d'arrimage avec les commissions scolaires de la région.</p> <p>2. Désignation d'un répondant régional responsable d'apprécier et de suivre l'état de la situation de manière prévisionnelle.</p> <p>3. Augmentation du pourcentage de jeunes recevant des services socioprofessionnels et diminution des jeunes n'ayant aucun service socioprofessionnel à la fin de leur scolarité.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
<b>Jeunes en difficulté</b>					
<b>Direction du programme jeunesse</b>					
1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence (par 1 000 jeunes)	9,18	<b>9,2</b>	<b>9,65</b>	9,18	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018.</p> <p>2. Deux pistes de réponses additionnelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transferts de la responsabilité légale de dossiers provenant des autres régions (reçus et finalisés sous des motifs de négligence) : 2017-2018 : 68 usagers 2016-2017: 83 usagers 2015-2016 : 49 usagers</li> <li>- Considérant la durée moyenne d'une prise en charge, les dossiers reçus en 2016-2017 et 2017-2018 devraient avoir été en cours pendant la dernière année. Ces deux années ont connu une hausse d'usagers comparativement à 2015-2016.</li> </ul> <p>3. Nous sommes en mesure de dire que nous avons eu 930 prises en charge en 2016-2017 à la P13, comparativement à 996 prises en charge à la P13 de 2017-2018, ce qui représente une hausse de 66 situations d'enfants de plus que l'année précédente. Tout ceci fait en sorte que nous sommes passés de 9,18 % de dossiers suivis à l'application des mesures sous le motif de négligence en 2016-2017 à 9,65 % en 2017-2018. Il est important de noter que nous n'avons aucun contrôle sur le volume d'entrées ainsi que sur les motifs de signalements. Nous avons aussi une hausse de signalements reçus en lien avec la négligence et le risque de négligence au cours des trois dernières années. Au cours de la dernière année, nous avons connu une hausse de 0,8 % du taux de signalements. Nous avons augmenté nos références lors de la fermeture à l'étape de l'évaluation, passant de 8.9 % en 2016-2017 à 9.3 % en 2017-2018. Par contre, la durée de</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
					<p>l'application des mesures dans les dossiers de négligence est demeurée la même, soit entre 31 et 32 mois, et ce, dans les trois dernières années.</p> <p>4. Nous n'avons pas d'enjeux en lien avec la saisie des données.</p>



Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
<b>Dépendance</b>					
<b>Direction des programmes santé mentale et dépendance</b>					
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	90,1	<b>90,1</b>	<b>90,1</b>	90,4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'engagement convenu pour cet indicateur est atteint en 2017-2018.</li> <li>2. Afin de nous améliorer, nous avons mis en place les moyens suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prioriser l'évaluation (indice de gravité de toxicomanie - IGT);</li> <li>- Modifier les tâches des intervenants en réadaptation;</li> <li>- Mise en place de 2 ETC en surcroît;</li> <li>- Modifier l'offre de service en réadaptation (démarrage d'une offre de groupe et modification des tâches des intervenants);</li> <li>- Diminuer l'offre de service avec différents partenaires (commissions scolaires, organismes communautaires);</li> <li>- Le transfert d'intervenants en réadaptation en dépendance vers le programme d'évaluation et de réduction du risque de conduite avec les facultés affaiblies (PERRCA) a rendu l'atteinte des objectifs très difficile. (recrutement et rétention du personnel difficile).</li> </ul> </li> <li>3. Aucun commentaire.</li> <li>4. Aucune problématique.</li> </ol>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	85,7	86	92,3	86	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018.</p> <p>2. Il s'agit d'une moyenne régionale et cet indicateur concerne plusieurs directions. Des moyens ont été mis en place afin de tenter d'atteindre cette cible :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Optimisation de l'offre de service par l'assignation d'intervenants au programme de réadaptation;</li> <li>- Modification de l'offre de service actuelle afin de favoriser l'accessibilité et la prise en charge pour le secteur nord;</li> <li>- Nous avons fait un rappel aux chefs de la Direction des programmes santé mentale et dépendance (DSM-D) et avons consulté les autres directions.</li> </ul> <p>3. Aucun commentaire.</p> <p>4. Aucun problème.</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
<b>Santé mentale</b>					
<b>Direction des programmes santé mentale et dépendance</b>					
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	468,0	<b>504</b>	<b>765,0</b>	504	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018.</li> <li>2. La cible de 504 pour 2017-2018 tient compte du développement des équipes institutionnelles et communautaires ainsi que de la recommandation du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) soit, la prise en charge graduelle de la clientèle. Nous sommes également en bonne position pour les cibles de 2020.</li> <li>3. Le financement a été attribué en cours d'année 2017-2018. Cette période a permis de compléter le processus de création et de dotation des postes ainsi que le démarrage de deux nouvelles équipes sur le territoire de Lanaudière. L'intégration des clients se fera graduellement en 2018-2019, selon les recommandations du CNESM. Ainsi, combler l'ensemble des places disponibles et atteindre les objectifs de 2019-2020. Il est donc impossible de comparer les cibles de 2017-2018 avec les cibles des années ultérieures.</li> <li>4. Aucune problématique.</li> </ol>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnu par le Ministère	200,7	<b>218</b>	<b>290,7</b>	218	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018.</p> <p>2. La cible pour 2018-2019 est de 218, ce qui tient compte également du développement des équipes et de la recommandation du CNESM de prendre en charge de façon graduelle la clientèle dans la deuxième année du développement. Nous sommes là aussi en bonne position pour les cibles de 2020.</p> <p>3. Le financement a été attribué en cours d'année 2017-2018. Cette période a permis de compléter le processus de création et de dotation des postes ainsi que le démarrage de deux nouvelles équipes sur le territoire de Lanaudière. L'intégration des clients se fera graduellement en 2018-2019, selon les recommandations du CNESM. Ainsi, combler l'ensemble des places disponibles et atteindre les objectifs de 2019-2020. Il est donc impossible de comparer les cibles de 2017-2018 avec les cibles des années ultérieures.</p> <p>4. Aucune problématique.</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
<b>Santé physique - Urgence</b>					
<b>Direction des services professionnels</b>					
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	18,78	12	15,19	12	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajout d'heures travaillées à la gestion des lits;</li> <li>- Suivi des 14 jours d'hospitalisation et plus;</li> <li>- Ajout de fauteuils de congé aux unités d'hospitalisation;</li> <li>- Mise en place d'une équipe de repérage précoce (ergo-physio);</li> <li>- Ouverture les fins de semaine du mécanisme d'accès à l'hébergement;</li> <li>- Augmentation du nombre de télémétries au HPLG depuis novembre 2017;</li> <li>- Accès à la médecine de jour pour une surveillance pré-hospitalisation en provenance des cliniques externes (CHDL);</li> <li>- Modification des horaires des coordonnateurs médicaux du HPLG depuis le 16 novembre 2017</li> <li>- Achat de places en hébergement ayant permis de diminuer l'occupation des lits par des usagers en niveau de soins alternatifs (NSA).</li> </ul> <p>2. Augmentation constante de visites en 2017-2018 dans les deux salles d'urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation de longs séjours durant 4 périodes (période d'activité grippale);</li> <li>- Augmentation de certains délais d'attente en services post-hospitaliers durant plusieurs périodes;</li> <li>- Plusieurs périodes d'éclosions soutenues en période d'activité grippale, augmentant les délais d'accès aux lits hospitaliers.</li> </ul> <p>3. En 2017-2018, la durée moyenne de séjour sur civière a continué de diminuer grâce à la poursuite des efforts soutenus</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
					<p>en gestion quotidienne et en repérage des usagers à besoins complexes et retour à domicile compromis. La mise en place de planification de congés précoces et d'activités soutenues de gestion de lits a permis de poursuivre les gains.</p> <p>4. Aucun problème de qualité de donnée.</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	53,9	75	54,9	75	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déploiement des ententes de prise en charge des P4-P5;</li> <li>- Déploiement de la prise en charge des patients classés P4-P5 pédiatriques avec la Clinique de pédiatrie du CHDL;</li> <li>- Implantation de MedUrge au Sud, permettant d'accroître l'accès à l'information pour les médecins;</li> <li>- Modification des horaires de travail des médecins et du personnel infirmier de l'urgence pour suivre les courbes d'affluence;</li> <li>- Modification de l'organisation du travail de l'aire ambulatoire et de la clinique de relance;</li> <li>- Augmentation des plages de réorientation P4-P5 au GMF-R et aux GMF.</li> </ul> <p>2. Implantation du système MedUrge (changement de système) avec diminution de rendement médical durant quelques semaines. Augmentation constante des visites en 2017-2018 dans les deux hôpitaux.</p> <p>3. Malgré plusieurs travaux, le délai de prise en charge a peu diminué en 2017-2018. L'achalandage en pics a contribué à augmenter les délais dans certaines périodes critiques (période hivernale).</p> <p>4. Aucun problème de méthodologie ou de fiabilité des données.</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	49,6	65	47,3	65	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018. En plus des éléments mentionnés ci-haut : Révision des plages dédiées aux urgences pour l'imagerie médicale.</li> <li>2. Aucun commentaire.</li> <li>3. Le pourcentage de séjours en moins de 4 heures a légèrement diminué en 2017-2018, principalement en raison de pics d'achalandage et de l'encombrement des aires et services ambulatoires de l'urgence. Les ajustements d'horaires médicaux et infirmiers devraient aider à suivre les tendances d'achalandage.</li> <li>4. Aucun problème de méthodologie ou de fiabilité des données.</li> </ol>
<b>Santé physique – Soins palliatifs et de fin de vie</b>					
<b>Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées</b>					
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 138	1 205	1 163	1 256	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018.</li> <li>2. Une démarche est en cours auprès des équipes hospitalières et des intervenants qui suivent les usagers en fin de vie dans le but d'assurer une diffusion adéquate de la possibilité de vivre ses derniers jours à domicile.</li> <li>3. Le résultat 2017-2018 démontre une augmentation de 25 usagers par rapport au résultat 2016-2017, soit une augmentation de 2,2 %.</li> <li>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</li> </ol>



Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	15,2	18,4	14,9	18,4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018. Une démarche est en cours auprès des équipes hospitalières et des intervenants qui suivent les usagers en fin de vie dans le but d'assurer une diffusion adéquate de la possibilité de vivre ses derniers jours à domicile. Aucun usager n'est refusé et ceux-ci sont priorités.</li> <li>2. Aucun usager n'est refusé et ceux-ci sont priorités.</li> <li>3. Aucun commentaire.</li> <li>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</li> </ol>
<b>Direction des soins infirmiers</b>					
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	45	45	45	45	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018.</li> <li>2. Engagement atteint.</li> <li>3. Aucune variation avec l'année dernière.</li> <li>4. Aucun problème connu pour la qualité des données.</li> </ol>
<b>Santé physique – Services de première ligne</b>					
<b>Direction des services professionnels</b>					
1.09.25-PS Nombre total de GMF accrédité	17	17	19	19	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018.</li> <li>2. Aucun commentaire.</li> <li>3. En 2017-2018, deux nouveaux GMF ont été reconnus sur le territoire de Lanaudière.</li> <li>4. Aucun problème de méthodologie ou de fiabilité des données.</li> </ol>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	76,86	85	80,95	85	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018. Une tournée des cliniques médicales est effectuée et l'inscription des usagers orphelins est un sujet statutaire aux tables de chefs de GMF ainsi qu'aux rencontres de la DRMG. L'application de la lettre d'entente 321 se poursuit.</p> <p>2. En 2017-2018, nous avons dû faire face à plusieurs retraites de médecins seniors avec de nombreuses prises en charge (parfois plus de 2 000 usagers/médecin).</p> <p>3. Malgré l'augmentation des demandes au GAMF et les retraites de médecins, nous avons réussi à augmenter le taux d'inscriptions de 4 %.</p> <p>4. Aucun problème de méthodologie ou de fiabilité des données.</p>
1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine de famille réseau		2	1	1	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018. Le CISSS continue les démarches avec les GMF qui pourraient éventuellement se qualifier selon le programme GMF-R.</p> <p>2. Le GMF Polyclinique Pierre-Le Gardeur a été reconnu comme GMF-R. Les activités ont débuté en avril 2018. Aucun autre GMF n'a été qualifié selon les termes du programme de GMF-R.</p> <p>3. Première année du programme GMF-R. Aucune accréditation dans les années antérieures.</p> <p>4. Aucun problème de méthodologie ou de fiabilité des données.</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
<b>Santé physique - Chirurgie</b>					
<b>Direction des services professionnels</b>					
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	83	0	6	0	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajout de 2 salles d'opération (une dans chaque hôpital);</li> <li>- Tous les cas de &gt; 1 an sont programmés;</li> <li>- Interventions individuelles par le chef de département de chirurgie avec chirurgiens concernés afin de programmer ces patients. Respect de la circulaire du MSSS sur la non-disponibilité des patients;</li> <li>- Programmation opératoire et surveillance hebdomadaire des disponibilités des usagers. Programmation dès la période d'indisponibilité terminée.</li> </ul> <p>2. Actuellement, tous les usagers de 1 an et plus sont des usagers qui redeviennent disponibles après une période d'indisponibilité (traitement actif, absence). Dans plusieurs cas, nous sommes à la fin de l'application de la circulaire du MSSS (lettres et retraits de la liste). Certains cas sont des cas complexes à plusieurs chirurgiens et sont programmés dès leur retour en disponibilité.</p> <p>3. Le nombre d'usagers en attente depuis plus de 1 an est une cible atteinte. Les quelques usagers qui redeviennent disponibles sont programmés dès leur mise en disponibilité ou retirés des listes selon le circulaire du MSSS.</p> <p>4. Aucun problème de méthodologie ou de fiabilité des données.</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	73,4	<b>90</b>	<b>77,0</b>	90	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018.</p> <p>Validation hebdomadaire des listes d'attente en chirurgie oncologique et ajout de priorités opératoires pour l'urologie. Programmation opératoire effectuée dès la fin des traitements adjuvants (chimiothérapie). Ajout de priorités opératoires dans les spécialités à haut débit oncologique. Ouverture de deux salles d'opération supplémentaires en 2017-2018.</p> <p>2. Absence long terme d'un urologue durant l'année 2017-2018. Reprise des cas oncologiques avec délais de la part des autres urologues en postes.</p> <p>3. Malgré les difficultés rencontrées en chirurgie oncologique, amélioration des données globales, principalement en raison de l'augmentation des priorités opératoires (salles supplémentaires).</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</p>
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	96,1	<b>100</b>	<b>96,0</b>	100	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018.</p> <p>Validation hebdomadaire des listes d'attente en chirurgie oncologique et ajout de priorités opératoires pour l'urologie. Programmation opératoire effectuée dès la fin des traitements adjuvants (chimiothérapie). Ajout de priorités opératoires dans les spécialités à haut débit oncologique. Ouverture de deux salles d'opération supplémentaires en 2017-2018.</p> <p>2. Absence long terme d'un urologue durant l'année 2017-2018, reprise des cas oncologiques avec délais de la part des autres urologues en postes.</p> <p>3. Malgré les difficultés rencontrées en chirurgie oncologique, maintien des données globales.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
<b>Santé physique – Imagerie médicale</b>					
<b>Direction des services multidisciplinaires</b>					
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	41,2	<b>90</b>	<b>53,5</b>	90	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018.</li> <li>2. Le manque de radiologues aptes à faire certains examens et l'augmentation de la demande avec le rapatriement de la clientèle de Laval. Plusieurs demandes d'infiltrations étaient, anciennement, dirigées vers les cliniques privées. Avec l'abolition des frais accessoires, les cliniques privées ont soit : cessé d'effectuer les infiltrations ou ne prennent aucun nouveau client. Donc, cela augmente le nombre de références dans les hôpitaux.</li> <li>3. Les résultats ont légèrement augmenté comparativement à la dernière année.</li> <li>4. Aucun problème avec la qualité des données.</li> </ol>
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de service en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	81,3	<b>90</b>	<b>93,4</b>	95	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018.</li> <li>2. Rien à signaler.</li> <li>3. Les données se sont bien améliorées.</li> <li>4. Aucun problème à signaler.</li> </ol>
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de service en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en	98,8	<b>100</b>	<b>100,0</b>	100	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018.</li> <li>2. Rien à signaler.</li> <li>3. Idem à l'année dernière.</li> <li>4. Rien à signaler.</li> </ol>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
imagerie médicale pour les échographies obstétricales					
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes de service en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	86,4	<b>100</b>	<b>89,1</b>	100	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018.</li> <li>2. À HPLG, nous manquons de radiologues pour effectuer ce type d'examen. Par contre, les PREM ont été comblés et de nouveaux radiologues arriveront d'ici la fin 2018. Aucun autre commentaire.</li> <li>3. Légère amélioration.</li> <li>4. Aucun problème à signaler.</li> </ol>
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de service en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	47,1	<b>90</b>	<b>76,3</b>	90	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018. Nous avons procédé à l'ouverture de certains blocs de 3 heures le soir et les fins de semaine. Nous procédons présentement à l'achat d'un autre échographe au CHDL, ce qui permettra à un technologue autonome de faire environ 2 600 examens supplémentaires.</li> <li>2. Manque de disponibilité des radiologues au CHDL.</li> <li>3. Nous remarquons une nette amélioration des délais d'attente comparativement à l'année dernière.</li> <li>4. Rien à signaler</li> </ol>
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de service en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	85,9	<b>90</b>	<b>99,3</b>	100	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018.</li> <li>2. Rien à signaler.</li> <li>3. L'ouverture 16 heures nous a permis d'atteindre la cible.</li> <li>4. Rien à signaler.</li> </ol>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes de service en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	56,9	90	79,5	90	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018. La cible est non atteinte uniquement au CHDL, ouverture de fin de semaine faite depuis la P11.</p> <p>2. Au CHDL, le manque de personnel technique formé relié à quelques congés de maternité ralentit l'atteinte de la cible.</p> <p>3. Nous constatons que les efforts ont eu une portée importante comparativement à l'année dernière (ouverture 16 h – nuit)</p> <p>4. Rien à signaler.</p>
<b>Direction des services professionnels</b>					
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	35,6	90	47,3	90	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018. Blitz d'échographies cardiaques au CHDL et au HPLG de janvier à mars 2018. Arrivée d'un nouveau cardiologue au HPLG en janvier 2018. Analyse des demandes d'échographies cardiaques et de l'offre de service en cours. Augmentation des heures de services en échographie cardiaque. Formation de techniciennes autonomes pour augmenter le nombre d'échographies quotidiennes au HPLG.</p> <p>2. L'année 2017-2018 a été une année de forte croissance de la demande en échographie cardiaque. Nous sommes présentement à stabiliser l'équilibre entre l'offre et la demande. L'augmentation des visites à la salle d'urgence a eu une incidence directe sur la demande en échographie cardiaque.</p> <p>3. Malgré l'augmentation de la demande, l'ajout de plages horaires a permis de réduire les délais d'attente. Nous diminuons actuellement les listes pour établir un équilibre entre l'offre et la demande.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
<b>Ressources matérielles</b>					
<b>Direction des services techniques</b>					
2.02.02-EG2 Niveau moyen de réalisation des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100,0	<b>100</b>	<b>100,0</b>	100	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018.</p> <p>2. L'indicateur nécessite la mise en place d'un registre de suivi avec les quatre étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Responsable désigné;</li> <li>b. Relevé effectué;</li> <li>c. Désignation de service;</li> <li>d. Registre implanté.</li> </ul> <p>Le CISSS a procédé à la réalisation de ces quatre étapes. Les acteurs concernés, soit les services hygiène/salubrité, le service de prévention/contrôle des infections et la Direction des soins infirmiers, se sont assurés de l'implantation de chacune de ces phases. Les rencontres entre les acteurs concernés ont permis d'assurer l'implantation des outils de suivi des zones grises.</p> <p>3. Pour les deux années, les cibles ont été atteintes à 100 % en conformité avec les obligations de l'entente de gestion 2017-2018.</p> <p>4. Aucun problème connu lié à la qualité des données et de la méthodologie de l'indicateur.</p>



Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
<b>Ressources humaines</b>					
<b>Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques</b>					
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	8,25	7,21	8,49	7,21	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018.</p> <p>Plusieurs actions sont en cours et d'autres sont à venir, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place du plan d'action organisationnel intégrant les différentes sphères favorisant le maintien au travail des employés;</li> <li>- Sessions de formation offertes à l'ensemble des gestionnaires;</li> <li>- Harmonisation des processus de gestion médico-administrative;</li> <li>- Développement de tableaux de bord de gestion et d'outils de suivi;</li> <li>- Maximiser la communication bidirectionnelle entre le Service de santé et sécurité au travail (SST) et les gestionnaires de manière à échanger sur les stratégies d'intervention en matière de gestion de la présence au travail (GPAT);</li> <li>- Création d'une équipe multidisciplinaire dont le mandat est d'assurer une vigie des secteurs problématiques (absentéisme court terme et long terme) et de mettre en place des plans d'action spécifiques visant à corriger la situation;</li> <li>- Poursuivre le développement des programmes de reconnaissance et de valorisation de la présence au travail.</li> </ul> <p>2. Le contexte de transformation n'est sans doute pas étranger à cet accroissement du nombre d'heures en assurance salaire. Une culture est à changer et nous nous efforçons de valoriser et de reconnaître les personnes présentes au travail et encadrer les absences fréquentes.</p> <p>3. Le ratio d'heures en assurance salaire s'est détérioré de 0,24 % par rapport à l'année précédente (8,49 % vs 8,25 %).</p>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
					<p>Essentiellement, cela s'explique par une augmentation de 58 570 heures en assurance salaire en 2017-2018.</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>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	4,10	3,80	4,72	3,80	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018.</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, notons :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place de diverses campagnes de recrutement qui ont permis d'embaucher 1 787 ressources en 2017-2018, comparativement à 932 en 2016-2017 (+855 ressources en 2017-2018); <ul style="list-style-type: none"> <li>Recrutement de 478 infirmières, alors que la cible du plan prévisionnel d'effectifs (PPE) était de 290;</li> <li>Recrutement de 532 PAB, alors que la cible du PPE était de 355;</li> <li>Recrutement de 226 professionnels en réadaptation et en psychosocial, alors que la cible du PPE était à 144.</li> </ul> </li> <li>- La contribution de l'ensemble des cadres a été sollicitée dans le cadre de nos démarches intensives de recrutement. Cette action s'inscrit dans une logique de décentralisation du recrutement où chaque gestionnaire doit contribuer à l'attraction et à la rétention de sa main-d'œuvre;</li> <li>- En parallèle, nous avons procédé à la création de 86 postes de PAB à l'équipe volante en sus des postes ajoutés dans les différents CHSLD. Également, nous avons conclu une entente avec le syndicat FIQ visant le rehaussement de postes des salariés à temps partiel leur permettant d'atteindre un poste à temps complet (l'équivalent de 103 ETC). Cette entente est assortie de conditions permettant de déplacer les ressources pour combler les besoins dans les secteurs plus critiques;</li> <li>- Notons également la signature d'une entente visant la dotation de postes en accéléré (encan de postes) permettant ainsi de rapidement stabiliser les équipes, tout en libérant des postes pouvant être offerts au recrutement externe;</li> <li>- Le CISSS a poursuivi, au cours des derniers mois, ses efforts dans le déploiement d'une stratégie de visibilité et d'approche</li> </ul>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
					<p>marketing visant le recrutement de nouvelles ressources (diffusion d'informations dans les médias traditionnels et les médias sociaux);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au cours de la dernière année, le CISSS a participé à plus d'une trentaine d'événements de recrutement à l'extérieur de l'établissement (maisons d'enseignement, congrès et divers salons d'emploi);</li> <li>- Développement d'un partenariat avec la Commission scolaire des Samares visant la création de cohortes d'étudiants au programme d'assistance à la personne en établissement de santé, en mode conciliation travail-études.</li> </ul> <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 supplémentaires visant à rehausser l'offre de service. Également, l'accroissement du ratio d'assurance salaire génère une plus grande pression sur les besoins de remplacement.</p> <p>3. La comparaison des données entre 2016-2017 et 2017-2018 fait état d'une augmentation de 89 938 heures en temps supplémentaire au cours de la dernière année. Cet accroissement explique l'augmentation de 0,61 %. Enfin, les données analysées de P10 à P12 en 2017-2018 montrent un taux élevé de temps supplémentaire (5,56 %) par rapport au reste de l'année. Cette augmentation est notamment liée à l'achalandage accru dans les salles d'urgence qui a nécessité un ajout de personnel par rapport à la même période en 2016-2017.</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>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante	2,39	<b>2,18</b>	<b>2,34</b>	2,18	<p>1. L'engagement convenu pour cet indicateur n'a pas été atteint en 2017-2018.</p> <p>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. Incidemment, ces pratiques visent à réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) via l'embauche de nouvelles ressources.</p> <p>2. À titre d'élément contributif à l'accroissement du recours à la main-d'œuvre indépendante, notons la demande accrue en main-d'œuvre liée aux investissements supplémentaires visant à rehausser l'offre de service. Également, l'accroissement du ratio d'assurance salaire génère une plus grande pression sur les besoins de remplacement.</p> <p>3. La comparaison des données entre 2016-2017 et 2017-2018 fait état d'une augmentation de 1 572 heures en main-d'œuvre indépendante au cours de la dernière année. Néanmoins, il est important de noter que le ratio de recours à la MOI est moins élevé en 2017-2018 (2,34 %) par rapport à celui existant en 2016-2017 (2,39 %). L'établissement s'est donc amélioré à cet égard.</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>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
<b>Ressources technologiques</b>					
<b>Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques</b>					
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	96,2	<b>96</b>	<b>99,7</b>	N/A	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018.</li> <li>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.</li> <li>3. L'établissement s'est amélioré de 3,5 % par rapport à l'année précédente.</li> <li>4. Aucun élément mettant en cause la méthodologie ou la fiabilité de la donnée n'est connu.</li> </ol>
<b>Multiprogrammes</b>					
<b>Direction du programme jeunesse</b>					
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	67,4	<b>70</b>	<b>71,1</b>	78,1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018.</li> <li>2. Il s'agit d'une moyenne régionale et cet indicateur concerne plusieurs directions. Ajout de ressources humaines et amélioration de la gestion prévisionnelle des listes d'attente.</li> <li>3. Comparativement au résultat de l'année précédente, le pourcentage a augmenté d'un peu plus de 3,8 % passant de 67,4 % à 71,1 %. L'objectif de l'année prochaine est fixé à 78,1 % correspondant à une augmentation de près de 7 % et qui sera un défi considérant le nombre de directions concernées. Augmentation du nombre d'épisodes et augmentation du nombre d'épisodes dont le premier service fut offert durant l'année.</li> <li>4. Aucun problème de méthodologie ou de fiabilité des données.</li> </ol>

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
------------	-----------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------	--

### Légende

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

Source des données: TBIG, Bilan historique des indicateurs de gestion, 2018-06-08

## **5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité**

### **L'Agrément**

À la suite d'un appel d'offres ministériel, le Conseil québécois d'agrément (CQA) a obtenu le contrat d'assurer l'implantation du programme d'agrément des établissements du réseau. Cependant, le 8 décembre 2017, le MSSS mettait fin au contrat le liant au CQA pour l'agrément des établissements publics.

En janvier 2018, le MSSS a donc entamé des discussions avec Agrément Canada, lequel a obtenu le contrat. L'entente avec ce dernier sera d'une période de 10 ans comprenant deux cycles. Le premier cycle, de 2018 à 2023, sera ponctué par 4 visites dont les dates sont à déterminer. Les ententes avec les établissements devraient être conclues en avril 2018.

Le CISSS n'a pas eu de visite d'agrément depuis sa création. Cependant, les anciennes constituantes sont agréées.

### **Suivis apportés aux recommandations dans son dernier rapport**

Un suivi des critères non conformes a été réalisé le 30 mars 2017 par le dépôt des dernières preuves requises pour la conformité à Agrément Canada.

Dans sa réponse du 30 juin 2017, Agrément Canada a confirmé que le Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière a respecté les exigences en matière de suivi.

Pour les autres établissements impliqués dans une démarche d'agrément, les suivis étaient terminés au 31 mars 2017.

### **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 au cours de la dernière année afin de promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents :

- Présentation des attentes en lien avec la gestion des risques à l'accueil des nouveaux employés pour les installations du nord de la région : 210 nouveaux employés ont été rencontrés;
- Présentation de la gestion des risques à la journée tronc commun de la Direction des soins infirmiers pour les installations du sud de la région : 73 personnes ont été rencontrées entre le mois de juillet 2017 et la fin du mois de mars 2018;
- 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 dans les campus des Centres Jeunesse : un groupe de 72 personnes a été rencontré dans cette démarche;
- Rappels faits auprès des gestionnaires sur la divulgation lors de l'analyse de certains événements sentinelles;



- Rencontre des responsables des ressources intermédiaires et de type familial pour les informer de la coresponsabilité du suivi des déclarations et de l'identification des mesures correctives;
- Rappels faits auprès des membres du personnel des ressources intermédiaires sur l'importance de la déclaration lors des visites effectuées dans ces milieux;
- Activités de sensibilisation lors de la Semaine nationale de la sécurité tenue du 30 octobre au 3 novembre 2017;
- Rencontre des nouveaux chefs de service ou de programme pour discuter des rôles et des responsabilités en lien avec la déclaration, l'analyse sommaire, l'analyse détaillée et la divulgation au CISSS de Lanaudière.

### **La nature des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance**

1. Autres : 368 déclarations représentant 2 % du total des déclarations;
2. Médication : 440 déclarations représentant 2,4 % du total des déclarations;
3. Tests diagnostiques de laboratoire : 1 907 déclarations représentant 10,6 % du total des déclarations.

### **La nature des trois principaux types d'accidents (indices de gravité C à I) mis en évidence au moyen du système local de surveillance**

1. Autres : 1 550 déclarations représentant 8,6 % du total des déclarations;
2. Médication : 3 993 déclarations représentant 22,1 % du total des déclarations;
3. Chute : 7 435 déclarations représentant 41,2 % du total des déclarations.

Au chapitre des incidents/accidents, le total des événements déclarés pour 2017-2018 est de 18 041.

### **Les actions entreprises par le comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement**

#### **Principaux risques d'incidents/accidents identifiés**

Le comité de gestion des risques a procédé au suivi d'indicateurs pour les déclarations des chutes, des erreurs de médicament ainsi que des événements sentinelles.

De même, à chacune des rencontres, le comité effectue un suivi de l'évolution des actions identifiées aux plans d'action pour les chutes et les erreurs de médicaments issues des recommandations émises par le groupe vigilance du MSSS.

Enfin, le comité de gestion des risques assure une vigie quant à la réalisation des recommandations émises à la suite de l'analyse des événements sentinelles.

#### **Surveillance, prévention et contrôle des infections**

Le comité de gestion des risques assure le suivi des indicateurs liés au respect de l'hygiène des mains ainsi que de la consommation des Quinolones (antibiotiques à larges spectres) dans la prévention des infections nosocomiales.

De plus, la chef de service prévention et contrôle des infections présente un rapport faisant état de la situation quatre fois par année au comité de gestion des risques.

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

Les travaux d'harmonisation de l'utilisation des mesures de contrôle ont été réalisés suivant la demande du MSSS. Une politique et un protocole organisationnel d'utilisation

des mesures de contrôle ont été élaborés et présentés. Des outils de consignation harmonisés ont également été élaborés. Un plan de déploiement est en cours et s'actualise en fonction des priorités établies par les différentes directions cliniques.

En lien avec la consignation des informations relatives à l'utilisation des mesures de contrôle, les travaux ont été réalisés avec la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) afin de mettre en œuvre un seul système de consignation de données. Ce dernier est nécessaire au suivi de l'utilisation et à la production de rapports complets et pertinents.

Les données consignées sont : le numéro de dossier, le nombre total de recours à des mesures de contrôle, l'isolement, la contention physique ou chimique, la durée d'application et le contexte d'intervention (planifié ou non planifié). Ces données permettent d'assurer une surveillance de l'utilisation des mesures de contrôle par secteur.

La DQEPE procède à la production du rapport annuel à partir des données qui sont inscrites dans les systèmes d'information clientèle. Il est envisagé que l'extraction des données puisse être générée trimestriellement de façon simultanée avec le rapport de statistiques détaillées, par direction, émis par la gestion des risques.

Les mécanismes d'évaluation de la mesure de la qualité ont été mis en place à l'hiver 2018. Ces derniers sont un levier pertinent pour les gestionnaires des secteurs visés et permettent une rétroaction aux équipes dans une perspective d'amélioration continue de la qualité.

En ce qui concerne l'implantation et la consolidation des meilleures pratiques en matière de mesures de contrôle, un calendrier de déploiement de formations a été établi. Une demande a également été déposée au comité de formation continue partagée pour développer le contenu générique des mesures de contrôle et le rendre accessible sur une plateforme électronique (*Moodle*), dans le but d'en assurer la pérennité.

## **Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité à la suite des recommandations formulées par diverses instances**

### **Commissaire aux plaintes et à qualité des services**

Au cours de l'année 2017-2018, l'analyse des plaintes des usagers et les interventions menées par le bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ont généré 568 recommandations qui ont toutes été acceptées et mises en action par les directions concernées. Le comité de vigilance et de la qualité en a assuré le suivi.

<b>Motifs des plaintes pour lesquelles des recommandations ont été émises</b>	
<b>Motifs</b>	<b>Nombre</b>
Accessibilité	71
Aspects financiers	33
Droits particuliers	72
Organisation du milieu et ressources matérielles	104
Relations interpersonnelles	123
Soins et services dispensés	165
<b>Total</b>	<b>568</b>

À titre d'exemples, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services a émis plusieurs recommandations concernant le personnel oeuvrant dans les urgences des deux centres hospitaliers de l'établissement afin de s'assurer que :

- Les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées. Ainsi, le Service de prévention des infections a rencontré le personnel des urgences pour faire un rappel des mesures à suivre. De même, le personnel est supervisé quotidiennement afin de respecter les mesures;
- Les normes de triage (ETG) sont appliquées. À cet égard, la chef de service et son assistante procèdent régulièrement à des vérifications afin de s'assurer que les normes sont bien appliquées;
- L'attitude du personnel envers la clientèle soit respectueuse. Un rappel a été fait à tout le personnel des urgences à ce sujet et une supervision quotidienne est assurée. Les suivis de cette mesure ont mené à des sanctions disciplinaires dans certains cas.

Le Commissaire a de plus formulé plusieurs recommandations concernant les ressources pour personnes âgées (RPA) du territoire afin de s'assurer :

- Du respect des usagers de ces ressources. Ainsi, des rappels sont faits aux membres du personnel pour s'assurer du respect de la clientèle;
- D'une intervention adéquate avec les CLSC du territoire lorsque la clientèle devient plus vulnérable. À cet égard, les contrats de service avec les RPA sont révisés en incluant des mesures facilitant l'identification des besoins de la clientèle et en précisant les actions à poser afin de les diriger vers les services adéquats;
- D'une bonne communication avec les résidents et leur famille quant à l'évolution de leurs besoins. Les ressources impliquées se sont engagées à améliorer la communication avec les résidents et leur famille;
- Du respect du guide alimentaire canadien dans la préparation des repas. Les ressources impliquées ont modifié leur menu à la satisfaction des résidents.

Toujours en lien avec la clientèle âgée, soulignons que le Commissaire est intervenu à deux reprises auprès de la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées et de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques afin qu'elles prennent les moyens nécessaires pour soutenir l'offre de service à cette clientèle. Ces interventions se sont traduites par des activités d'embauches massives afin de mieux doter ce secteur d'activités.

### **Le Protecteur du citoyen**

L'étude des 19 plaintes en 2<sup>e</sup> instance auprès du Protecteur du citoyen a conduit à une seule recommandation visant l'actualisation des démarches auprès du MSSS pour l'agrandissement de l'HPLG.

Les quatre interventions du Protecteur du citoyen menées auprès de l'établissement ont conduit à six recommandations pour les situations suivantes :

- Trois recommandations en lien avec les délais de séjour et les règles de vie à l'Unité d'intervention brève du CHDL;
- Trois recommandations en lien avec les délais de traitement des plaintes médicales.

Toutes ces recommandations ont été acceptées et mises en action par les directions concernées et le comité de vigilance et de la qualité en a assuré le suivi.

### **Le Coroner**

Pour l'année 2017-2018, un rapport d'investigation du coroner a été adressé au CISSS. Ce rapport comprenait deux recommandations. La première portait sur les ordonnances médicales demandées durant l'hospitalisation en lien avec les constatations du pathologiste au moment de l'autopsie. La seconde concernait la mise en place d'une

procédure de demande d'analyses toxicologiques poussées auprès d'un laboratoire extérieur lorsque le diagnostic différentiel inclut une intoxication possible.

L'analyse de ces demandes a été réalisée par le CMDP et des mesures d'amélioration ont été identifiées :

- Le rapport complémentaire du comité central d'évaluation de l'acte dans ce dossier fait mention d'une recommandation modifiée concernant le recours aux scanners en présence de tableaux de détérioration clinique sans étiologie certaine;
- Concernant la demande d'analyses toxicologiques, le personnel infirmier a été sensibilisé à la nécessité d'assurer le suivi des résultats plus rapidement afin de cibler les reprises de prélèvements dans les délais requis.

## Autres instances

### Ordres professionnels

L'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec a procédé à une inspection professionnelle au Centre d'hébergement Saint-Antoine de Padoue du 5 au 9 février 2018. Le rapport découlant de cette visite a été acheminé au CISSS de Lanaudière le 10 avril 2018. Le détail des recommandations et le résumé du plan d'amélioration élaboré en réponse à ces dernières seront présentés dans le rapport annuel 2018-2019.

L'OIIQ est le seul ordre professionnel ayant effectué une visite des installations du CISSS de Lanaudière entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 31 mars 2018.

### Visite ministérielle

Au cours de la dernière année financière, le MSSS a fait une visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie au Centre d'hébergement Sainte-Élisabeth le 14 février 2018.

Suivant cette visite, un rapport a été acheminé à l'établissement le 6 mars 2018. Voici les principales observations faites et les recommandations émises à la suite de cette visite ainsi qu'un résumé du plan d'amélioration déposé par l'établissement en lien avec ces recommandations :

**Objectif 1 :** Le CHSLD dispose de pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles structurantes contribuant à favoriser un milieu de vie de qualité.

Observations faites lors de la visite en lien avec l'objectif 1 :

- L'établissement n'a pas mis en place un comité qualité milieu de vie des résidents ou un autre comité similaire;
- Le mécanisme permettant d'informer systématiquement le comité de résidents lors d'une nouvelle admission n'est pas appliqué;
- L'établissement n'a pas mis en place un plan de maintien des installations matérielles.

Ce faisant, le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé dans les orientations ministérielles.

Éléments du plan d'amélioration proposés par l'établissement en lien avec la recommandation :

- Recruter les membres du comité qualité milieu de vie;
- Définir le mandat du comité et faire un plan d'action 2018-2019;
- Faire le calendrier des rencontres 2018-2019;
- Intégrer dans les tâches de l'agente administrative de laisser un message sur la boîte vocale du comité de résidents pour donner le nom, la chambre et la date d'arrivée;
- Rédiger le plan d'entretien de l'installation.

**Objectif 2 :** Dans le respect de leurs droits, le résident et ses proches peuvent exprimer leur point de vue sur la qualité des services reçus et sur le milieu de vie.

Observation faite lors de la visite en lien avec l'objectif 2 :

- Au cours de la dernière année, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services n'a pas réalisé d'activité de promotion dans le CHSLD afin de faire connaître son rôle, ses activités et les droits des résidents.

Ce faisant, le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la promotion des droits des résidents.

Éléments du plan d'amélioration proposés par l'établissement en lien avec la recommandation :

- Arrêter la date de l'assemblée générale annuelle (AGA) d'octobre 2018;
- Inviter le commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou son représentant à l'AGA d'octobre.

**Objectif 3 :** La démarche d'accueil est personnalisée et sollicite la participation des proches.

Observations faites lors de la visite en lien avec l'objectif 3 :

- Lors de l'accueil, le résident ou ses proches reçoivent des documents d'information. Toutefois, certains documents sont manquants, dont les coordonnées, le rôle et les fonctions du commissaire aux plaintes et à la qualité des services et du comité de résident ainsi que la procédure d'examen des plaintes;
- Aucune activité n'est planifiée pour valider la compréhension des renseignements transmis au résident et à ses proches lors de l'accueil.

Ce faisant, le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer l'information transmise et valide la compréhension des renseignements transmis au résident et à ses proches lors de l'accueil.

Éléments du plan d'amélioration proposés par l'établissement en lien avec la recommandation :

- Personnaliser le dépliant du comité de résidents en indiquant le numéro de téléphone et le local pour l'intégrer dans le guide d'accueil;
- Demander au commissaire aux plaintes et à la qualité des services ses dépliant où sont indiquées ses coordonnées ainsi que la procédure pour porter plainte afin de l'intégrer dans le guide d'accueil;
- Déléguer la tâche à l'agente administrative de mettre à l'agenda de la responsable, deux semaines suivant l'admission, de contacter le résident et/ou ses proches;
- Faire un tableau de suivi des admissions incluant la post-admission;
- Faire un outil pour compiler les informations pertinentes sur la post-admission et le verser au dossier du résident.

**Objectif 4 :** Les pratiques, l'accompagnement et l'assistance respectent l'individualité du résident.

Observations faites lors de la visite en lien avec l'objectif 4 :

- Les plans d'intervention en interdisciplinarité respectent généralement la procédure de l'établissement. Toutefois, les interventions de soins et de services en fin de vie ne sont pas réalisées en interdisciplinarité, en incluant les proches et les familles;
- Les plans de travail des préposés aux bénéficiaires sont élaborés selon les besoins spécifiques des résidents. Cependant, ceux-ci n'incluent pas de renseignements sur l'approche relationnelle et d'intervention particulière pour les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).

Ce faisant, le MSSS recommande que l'établissement s'assure que les pratiques concernant les soins et l'assistance répondent mieux aux besoins des résidents.

Éléments du plan d'amélioration proposés par l'établissement en lien avec la recommandation :

- Contacter systématiquement la famille lorsque le médecin identifie le début de l'étape de fin de vie;
- Demander à l'agente administrative de faire un groupe d'envois de toutes les assistantes du supérieur immédiat (ASI) et de tous les professionnels;
- Informer systématiquement le groupe d'envois lors du début d'une nouvelle étape de fin de vie en demandant de faire les interventions jugées nécessaires et en demandant des requêtes spécifiques;
- Réaliser et rendre disponibles les chariots de fin de vie;
- Afficher le pictogramme identifiant l'étape de fin de vie à l'entrée de la chambre;
- Faire suivre la formation sur les SCPD à l'ASI de jour;
- Demander à cette ASI de bonifier les plans de travail des préposés aux bénéficiaires en intégrant des indications sur l'approche relationnelle de soins (ARS) et les SCPD;
- Faire des rappels lors des rencontres hebdomadaires des équipes de soins sur les situations les plus importantes concernant l'ARS et les SCPD.

**Objectif 7** : Le milieu de vie est animé et adapté aux capacités et aux besoins des résidents

Observation faite lors de la visite en lien avec l'objectif 7 :

- Le guide du bénévole n'est pas disponible.

Ce faisant, le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à soutenir les bénévoles qui oeuvrent auprès des résidents.

Éléments du plan d'amélioration proposés par l'établissement en lien avec la recommandation :

- Présenter le guide d'accueil lors de la prochaine rencontre des bénévoles;
- Demander à la technicienne en loisirs de présenter ce guide lors de l'accueil de tout nouveau bénévole.

Soulignons que les objectifs 5 et 6 n'ont fait l'objet d'aucune recommandation.

## 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 <sup>er</sup> avril 2017 au 31 mars 2018 - CISSS de Lanaudière		
	CHDL*	HPLG**
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	374	523
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	310	440
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	9	7
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	9	()
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	8	6
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	132	152
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)	116	127
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisé par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	110	118
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1 <sup>er</sup> avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de gardes auxquels il a été soumis)	428	564

() : Nombre trop petit pour en permettre la publication.

\* CHDL : Centre hospitalier 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](http://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.

Au printemps 2017, l'établissement procédait au lancement de son site Web. Ce dernier rassemble les informations sur les principaux services de santé et services sociaux du réseau public de la région ainsi que sur leurs modalités d'accès.

Chaque séance du conseil d'administration prévoit à l'ordre du jour le point « Questions du public », permettant à la population de s'adresser aux membres du conseil d'administration pour obtenir des réponses à leurs questionnements sur l'organisation. Au cours de l'année 2017-2018, 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 conseil d'administration ainsi que les procès-verbaux de chaque rencontre.

Le CISSS de Lanaudière a tenu une séance publique d'information lors de la séance du conseil d'administration du 6 novembre 2017. Lors de cette séance, le rapport annuel de gestion 2016-2017 de l'établissement a été présenté.

Le CISSS de Lanaudière entretient des relations avec les médias régionaux et nationaux 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 et les services sociaux. À titre d'exemple, le CISSS de Lanaudière a participé au Cahier santé d'un hebdo régional, profitant de l'occasion pour présenter le rôle des organisateurs communautaires, rappeler les bienfaits de la vaccination et de l'importance du lavage des mains en tout temps, faire une invitation à devenir famille ou résidence d'accueil et faire la promotion de son site Web.

Au total, l'établissement a répondu à 151 demandes média et a fait l'objet de 302 articles et reportages entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 31 mars 2018.

Régulièrement, la Direction de santé publique organise des matinées-causeries auxquelles participent des intervenants du CISSS de même que des intervenants du milieu communautaire et des partenaires de l'intersectoriel, du monde politique et de l'éducation. Ces rencontres permettent d'aborder des enjeux de santé publique sur différents sujets et d'en discuter, par exemple :

- Les enjeux de santé publique au regard de la législation du cannabis;
- La persévérance scolaire dans Lanaudière;
- Une stratégie d'influence pour les organisations régionales : la participation citoyenne;
- Travailler en soutien à domicile auprès des personnes âgées : quand faire, c'est être;
- Les aliments de qualité : une question d'accessibilité;



Enfin, le CISSS a tenu ses deux premiers forums populationnels, le 21 novembre à Saint-Côme, dans la MRC de Matawinie, et le 28 novembre à Repentigny, dans la MRC de L'Assomption. Des citoyens, des élus et des représentants du milieu communautaire y ont participé avec intérêt. Ces rencontres ont donné lieu à des échanges constructifs, mettant en lumière les avancées réalisées dans Lanaudière depuis la création du CISSS ainsi que les défis à relever afin de mieux répondre aux besoins exprimés. D'autres forums se tiendront au cours de la prochaine année dans les autres MRC de la région.

## 6. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie

Exercice 2017-2018 : du 10 décembre 2016 au 10 décembre 2017*		
Activité	Information demandée	Nombre
<b>Soins palliatifs et de fin de vie** (SPFV)</b>	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée	<b>1233</b>
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée ( <b>CHSLD</b> ) pour la période	<b>179</b>
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie <b>à domicile</b>	<b>1327</b>
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie <b>en maison de soins palliatifs</b>	<b>174</b>
<b>Sédation palliative continue (SPC)</b>	Nombre de sédations palliatives continues administrées	<b>17</b>
<b>Aide médicale à mourir (AMM)</b>	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	<b>98</b>
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	<b>44</b>
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 usagers n'étaient pas en fin de vie</li> <li>• 6 usagers sont décédés avant la fin du processus</li> <li>• 14 usagers ont changé d'idée avant ou en cours d'évaluation</li> <li>• 4 usagers ne répondent pas aux critères lors du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>e</sup> avis</li> <li>• 1 usager a changé d'avis avant qu'une 1<sup>re</sup> évaluation soit faite</li> <li>• 5 usagers ont changé d'avis après la 1<sup>re</sup> ou la 2<sup>e</sup> évaluation</li> <li>• 5 usagers sont décédés avant qu'une 1<sup>re</sup> évaluation soit faite</li> <li>• 5 usagers sont décédés après qu'une 1<sup>re</sup> ou une 2<sup>e</sup> évaluation soit faite</li> <li>• 7 usagers sont devenus inaptes en cours de processus</li> <li>• 2 usagers sont devenus inaptes avant une 1<sup>re</sup> évaluation</li> <li>• 1 usager est devenu inapte après le début des évaluations</li> </ul>	<b>54</b>
<b>NOTES</b> * 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 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.		

## 7. Les ressources humaines

### Ressources humaines de l'établissement au 31 mars 2018

#### Personnel détenteurs de postes

	Exercice courant	Exercice précédent
<b>Personnel cadre</b> (en date du 31 mars) :		
Temps complet, nombre de personnes (Note 1)	284	265
Temps partiel (Note 1) :		
• Nombre de personnes	7	8
• Équivalent temps complet	4,7	4,8
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	1	20

	Exercice courant	Exercice précédent
<b>Personnel régulier</b> (en date du 31 mars) :		
Temps complet, nombre de personnes (Note 2)	4 346*	4 772
Temps partiel (Note 2)		
• Nombre de personnes	3 058*	3 124
• Équivalent temps complet	1 907,93	1 878,27
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	3	3

#### PERSONNEL NON-DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)

	Exercice courant	Exercice précédent
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	3 795 084	3 269 201
Équivalents temps complet (Note 3)	2 077**	1 789

	Exercice courant	Exercice précédent
Nombre de personnes détentrices de poste (Note 4)	7 699*	8 192
Équivalents temps complet occasionnels (Note 3)	2 077	1 789

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 (ETC) peuvent être une approximation si l'établissement utilise la méthode de calcul simplifiée consistant à diviser le nombre d'heures rémunérées par 1 827 ou 1 834 (année bissextile).

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

\* Malgré une augmentation significative des embauches pour l'exercice courant par rapport à l'exercice précédent qui se traduit par un écart positif de 855 salariés, une différence est observée entre les données des deux exercices visant le personnel régulier. Cet écart s'explique notamment par le transfert des effectifs lié au projet Optilab vers le CISSS de Laval ainsi qu'à l'utilisation nouvelle, pour l'exercice courant, d'une source de données émanant du MSSS (SIRH).

\*\* Le nombre d'heures rémunérées des non-détenteurs de postes pour l'exercice courant se traduit par une augmentation nette de 288 ETC par rapport à l'exercice précédent. Le CISSS a donc pu bénéficier d'une force de travail additionnelle principalement due à une intensification des moyens de recrutement.

## La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement

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			2017-04-02 au 2018-03-31	
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
	2017-18	522 360	3 781	526 141	288	349
	Variation	(31,1 %)	51,0 %	(30,8 %)	(31,1 %)	(25,4 %)
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
	2017-18	2 184 394	12 310	2 196 704	1 216	1 597
	Variation	(6,4 %)	29,8 %	(6,3 %)	(6,5 %)	(5,3 %)
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
	2017-18	4 438 335	235 499	4 673 834	2 382	3 306
	Variation	9,4 %	7,9 %	9,3 %	9,0 %	13,5 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	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
	2017-18	6 781 762	211 473	6 993 235	3 739	5 449
	Variation	(2,6 %)	22,7 %	(2,0 %)	(2,5 %)	5,5 %
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
	2017-18	1 345 743	27 302	1 373 045	687	970
	Variation	(1,0 %)	17,5 %	(0,7 %)	(0,9 %)	(6,4 %)
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
	2017-18	30 626	217	30 842	17	93
	Variation	(18,7 %)	638,7 %	(18,2 %)	(19,3 %)	(5,1 %)
<b>Total du personnel</b>	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
	2017-18	15 303 220	490 581	15 793 801	8 329	11 447
	Variation	(1,3 %)	15,2 %	(0,9 %)	(1,5 %)	3,8 %

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 2017 à mars 2018, 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.

Pour le CISSS de Lanaudière :

- Cible 2017-2018 en heures rémunérées : 15 773 498
- Heures rémunérées 2017-2018 : 15 793 801
- Écart par rapport à la cible en heures rémunérées : 20 303 soit 0,9 % de réduction par rapport à la cible de 1 %.

Certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs allouées par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Ces nouveaux investissements expliquent la situation du CISSS de Lanaudière où l'on observe une réduction de 0,9 % du nombre d'heures totales rémunérées en 2017-2018, par rapport à la période de référence, soit celle de 2014-2015.

La mise en œuvre de ces nouveaux investissements explique également l'augmentation du nombre d'heures supplémentaires et l'augmentation du nombre d'employés.

## 8. Les ressources financières

### Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Répartition des charges brutes par programme*				
Programmes	Exercice courant		Exercice précédent	
	Dépenses	%	Dépenses	%
<b>Programmes-services</b>				
Santé publique	17 099 831	1,87	16 194 253	1,80
Services généraux - activités cliniques et aides	45 254 438	4,95	43 802 590	4,87
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	175 500 058	19,21	165 275 694	18,37
Déficience physique	29 635 604	3,24	28 634 164	3,18
Déficience intellectuelle et TSA	46 595 378	5,10	45 347 638	5,04
Jeunes en difficulté	71 783 483	7,86	70 065 941	7,79
Dépendances	5 261 112	0,58	5 154 877	0,57
Santé mentale	54 002 317	5,91	54 657 855	6,08
Santé physique	285 108 727	31,21	296 262 344	32,93
<b>Programmes soutien</b>				
Administration	53 966 938	5,91	50 300 896	5,59
Soutien aux services	61 440 618	6,73	58 155 494	6,46
Gestion des bâtiments et des équipements	67 856 278	7,43	65 697 236	7,30
<b>Total</b>	<b>913 504 782</b>	<b>100</b>	<b>899 548 982</b>	<b>100</b>

\*Pour plus d'informations sur les ressources financières, le lecteur pourra consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471, publié sur le site Internet de l'établissement, dès qu'il sera disponible.

## **Résultats des opérations et maintien de l'équilibre budgétaire**

Le résultat combiné des activités d'exploitation et d'immobilisations se solde par un excédent des revenus sur les charges au montant de 470 476 \$ et est imputé aux déficits cumulés.

Le résultat combiné des opérations des activités principales et accessoires se solde par un excédent des revenus sur les charges au montant de 1 127 284 \$ et est imputé aux déficits cumulés. De ce montant, un montant de 1 100 000 \$ est affecté à l'état des surplus (déficits) cumulés, à titre d'affectation d'origine interne.

Le résultat des activités du fonds d'immobilisations se solde par un déficit des revenus sur les charges au montant de 656 808 \$ et est imputé aux surplus cumulés.

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 encourir aucun déficit en fin d'exercice. Le déficit engendré au fonds d'immobilisations est compensé par le surplus cumulé et ne nécessite pas de plan d'équilibre budgétaire.

Selon les résultats cumulés présentés au rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2018, l'établissement a respecté cette obligation légale.

## Les contrats de service

Contrats de service de plus de 25 000 \$ Pour la période du 1 <sup>er</sup> avril 2017 au 31 mars 2018		
Contrats	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique <sup>1</sup>	3	124 475 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique <sup>2</sup>	91	28 728 417 \$
<b>Total des contrats de service</b>	<b>94</b>	<b>28 852 892 \$</b>

<sup>1</sup> Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

<sup>2</sup> 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 2018

### Signification des codes :

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

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

**NR** : Non réglé

État du suivi des réserves, commentaires et observations formulées 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						
<b>Contrat de location</b> Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures (SQI) 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.	2009-10 à 2017-18	<b>R</b>	En attente d'une directive du MSSS. Par ailleurs, le Ministère 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.			<b>X</b>

<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure</b>						
<p><b>6830 – Imagerie médicale</b> Selon l'annexe G de la circulaire codifiée 03.04.01.01, les procédures effectuées par un médecin sans assistance du technologue ne peuvent faire l'objet d'un décompte d'unités. Nous avons constaté que des unités de mesure étaient compilées en l'absence d'un technologue. L'établissement n'a pas été en mesure de déterminer le nombre de procédures ainsi décomptées.</p>	2013-2014	R				X
<p><b>5203 – Mécanismes d'accès</b> 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, tel qu'exigé par le Manuel de gestion financière.</p>	2011-2012	R	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.			X
<p><b>7801 – Entretien du parc immobilier et du parc d'équipement non médical et mobilier (propriété CHQ ou établissement public)</b> <b>7703 – Fonctionnement des installations - Autres</b> L'établissement n'a pas été en mesure de fournir les pièces justificatives supportant le calcul des mètres carrés pour le centre d'activités 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 ont été réalisés en 2017-2018, permettant de fournir les pièces justificatives supportant le calcul des mètres carrés.	X		

<b>7644 – Hygiène et salubrité – Tâches opérationnelles</b> L'établissement n'a pas été en mesure de fournir les pièces justificatives supportant le calcul des mètres carrés pour le centre d'activités 7644	2016-2017	<b>R</b>	La Direction des services techniques a été sensibilisée et des travaux seront réalisés en 2018-2019.			<b>X</b>
<b>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</b>						
<b>CNESST</b> La provision de CNESST à payer et la dépense de CNESST sont surévaluées de 885 510 \$	2016-2017	<b>C</b>	En 2017-2018, la provision a été enregistrée selon le rapport du consultant externe	<b>X</b>		
<b>Le Transfert inc.</b> L'établissement n'a pas consolidé l'organisme Le Transfert inc. Les documents comptables de l'organisme, au 31 mars 2018, indiquent que si les états financiers de celui-ci avaient été intégrés au rapport financier annuel de l'établissement, l'actif aurait été supérieur de 2 245 464 \$, le passif aurait été supérieur de 24 201 \$, les revenus auraient été supérieurs de 320 142 \$, les dépenses auraient été supérieures de 258 482 \$ et le surplus aurait été supérieur de 2 159 603 \$.	2017-2018	<b>C</b>	Le CISSS de Lanaudière étant en attente d'une décision administrative soumise au MSSS, nous avons convenu d'attendre pour la consolidation des états financiers de l'organisme Le Transfert inc. à nos états financiers.			<b>X</b>
<b>Rapport à la gouvernance</b>						
<b>Achats et déboursés</b> 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.	2011-2012	<b>O</b>	<b>Commentaire de la direction :</b> La révision des processus ainsi que la fusion des systèmes des ressources matérielles réalisées en 2017-2018 ont permis de préciser les achats devant être faits par bon de commande.	<b>X</b>		

## 10. Les organismes communautaires

En 2017-2018, le CISSS de Lanaudière a financé 184 organismes communautaires (OC) en santé et services sociaux dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), dont le budget a représenté près de 25,6 M\$.

En cours d'année, le MSSS a injecté en mission globale un développement budgétaire de 10 M\$ pour l'ensemble des régions du Québec. Ainsi, une somme de 507 600 \$ pour Lanaudière a permis de financer 8 OC reconnus en attente d'un premier financement à la mission globale et d'en rehausser 63 autres.

Par ailleurs, les travaux du comité bipartite Table régionale des organismes communautaires de Lanaudière (TROCL) - CISSS ont principalement porté cette année sur l'exercice de répartition du rehaussement cité ci-dessus.

En ce qui a trait à la reddition de comptes auprès des OC, les procédures du PSOC prévoient qu'un message courriel annuel est transmis à tous les OC reconnus afin de leur rappeler qu'ils doivent transmettre leurs documents de reddition de comptes dans les trois mois (ou 90 jours) suivant la date de fin de leur exercice financier. Le document ministériel de référence concernant la reddition de comptes requise y est joint.

Aussi, dans les quatre mois suivant la réception de leurs documents de reddition de comptes, chaque OC reçoit une lettre de rétroaction. Celle-ci est adressée au président de l'organisme l'informant, s'il y a lieu, des éléments non conformes ou manquants quant à leur réception, au rapport d'activités et aux états financiers. Pour l'année suivante, l'OC 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.

Organisme	2017-2018	2016-2017
Action famille Lanoraie	3 393 \$	3 369 \$
Action famille Lavaltrie	3 394 \$	3 370 \$
Ailes de l'espoir de St-Calixte (Les)*	30 025 \$	28 693 \$
Albatros (14) Lanaudière*	28 952 \$	24 118 \$
Amandiers (Les) <sup>1</sup>	269 573 \$	61 189 \$
Amis de la déficience intellectuelle Rive-Nord (Les) <sup>1</sup>	231 184 \$	151 979 \$
Amis de Lamater (Les)	90 810 \$	90 179 \$
Amis des aînés de Lanaudière (Les)*	27 546 \$	23 577 \$
Association Carrefour Famille Montcalm	183 518 \$	182 243 \$
Association de parents d'enfant trisomique-21 Lanaudière <sup>1</sup>	97 535 \$	70 783 \$
Association de parents PANDA Matawinie	35 388 \$	46 748 \$
Association de parents PANDA MRC Des Moulins*	47 989 \$	46 747 \$
Association des devenus sourds et des malentendants du Québec - Secteur des MRC de L'Assomption et Des Moulins (ADSMQ)*	32 392 \$	30 602 \$

Organisme	2017-2018	2016-2017
Association des personnes handicapées de Brandon <sup>1</sup>	92 143 \$	65 429 \$
Association des personnes handicapées de Saint-Michel-des-Saints et St-Zénon*	32 077 \$	30 677 \$
Association des personnes handicapées Matawinie (APHM) <sup>1</sup>	354 200 \$	175 058 \$
Association des personnes handicapées physiques et sensorielles secteur Joliette (APHPS)	122 066 \$	121 217 \$
Association des personnes handicapées physiques Rive-Nord <sup>1</sup>	172 795 \$	138 636 \$
Association des personnes handicapées secteur Berthier <sup>1</sup>	198 036 \$	170 586 \$
Association des sourds de Lanaudière*	55 618 \$	54 644 \$
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (Montréal) (AQEPA)	4 578 \$	4 546 \$
Association Handami pour personnes handicapées et leur famille	81 966 \$	81 396 \$
Association pour les jeunes de la rue de Joliette	138 707 \$	137 743 \$
Association régionale de la fibromyalgie de Lanaudière	7 000 \$	24 117 \$
Association sclérose en plaques de Lanaudière <sup>1</sup>	70 103 \$	53 971 \$
Association Un cœur pour tous Lanaudière (L')	26 286 \$	24 117 \$
Ateliers éducatifs Les Petits Mousses	95 375 \$	94 711 \$
Avec des Elles	195 101 \$	193 745 \$
Bonne étoile Joliette (La)	137 272 \$	136 318 \$
Café de rue Terrebonne*	27 620 \$	2 377 \$
CALACS Coup de cœur	265 149 \$	263 306 \$
CALACS La Chrysalide	240 951 \$	239 276 \$
Cancer-Aide Lanaudière	23 742 \$	23 577 \$
Carrefour Émilie de Lanoraie*	27 343 \$	26 649 \$
Carrefour familial des Moulins	3 395 \$	3 371 \$
Centre Arc-en-ci-Elle	195 097 \$	193 741 \$
Centre Au Cœur des Femmes	195 387 \$	194 029 \$
Centre communautaire bénévole Matawinie <sup>1</sup>	489 678 \$	471 951 \$
Centre d'action bénévole Brandon <sup>1</sup>	103 975 \$	98 028 \$
Centre d'action bénévole D'Autray <sup>1</sup>	393 689 \$	396 865 \$
Centre d'action bénévole de Montcalm <sup>1</sup>	402 719 \$	377 747 \$
Centre d'action bénévole Des Moulins <sup>1</sup>	341 051 \$	329 246 \$
Centre d'action bénévole Émilie-Gamelin <sup>1</sup>	463 321 \$	444 619 \$
Centre d'aide pour hommes de Lanaudière (CAHo)	284 637 \$	291 113 \$
Centre de F.A.M. des Moulins	195 097 \$	193 741 \$
Centre de femmes Marie-Dupuis	195 096 \$	193 740 \$
Centre de femmes Montcalm	195 099 \$	193 743 \$
Centre de prévention du suicide de Lanaudière (Le)	609 677 \$	605 441 \$
Centre de ressources pour hommes du sud de Lanaudière*	28 952 \$	20 000 \$

Organisme	2017-2018	2016-2017
Centre d'entraide en santé mentale du secteur Brandon "Le Croissant de Lune"	84 153 \$	83 568 \$
Centre d'entraide et de dépannage de St-Zénon	14 268 \$	3 542 \$
Centre Le Diapason	368 178 \$	365 619 \$
Chaumière jeunesse de Rawdon (La)	361 868 \$	359 353 \$
Cible famille Brandon	14 069 \$	16 370 \$
Clef familiale St-Barthélemy (La)*	28 952 \$	25 819 \$
Club jeunesse de Lanoraie*	51 512 \$	48 441 \$
Cœur aux ventres Matawinie (Du)*	28 952 \$	2 532 \$
Collatines de L'Épiphanie (Les)*	12 850 \$	8 427 \$
Comptoir alimentaire de la Haute Matawinie (Le)	28 377 \$	47 683 \$
Comptoir alimentaire L'Essentiel de Lavaltrie*	28 952 \$	2 532 \$
Corporation les enfants de ma rue*	59 475 \$	58 636 \$
Corporation Répit-Dépannage de Lanaudière	236 245 \$	234 603 \$
Couleurs de la vie Lanaudière (Aux)*	28 952 \$	0 \$
Cuisines collectives de Matha (Les)*	56 047 \$	54 227 \$
Cuisines collectives La Joyeuse Marmite (Les)*	67 099 \$	67 225 \$
Cyber-Cible <sup>1</sup>	115 531 \$	
Défi-Famille Matawinie	3 393 \$	3 369 \$
Défi-Intégration-Développement-Accompagnement (DIDA) <sup>1</sup>	84 022 \$	
Défis-logis Lanaudière <sup>1</sup>	78 771 \$	
Diabétiques de Lanaudière*	28 808 \$	0 \$
Dysphasie Lanaudière <sup>1</sup>	209 306 \$	77 479 \$
Enfance Libre Lanaudière	133 032 \$	132 107 \$
Entraide pour la déficience intellectuelle du Joliette Métropolitain <sup>1</sup>	308 198 \$	163 690 \$
Fin à la faim...*	28 952 \$	26 648 \$
Grands frères grandes sœurs de Lanaudière (Les) (fermé au 31 décembre 2016)	0 \$	18 254 \$
Groupe d'entraide en santé mentale de la région Berthier/Lavaltrie "L'Envol"	84 338 \$	83 752 \$
Groupe d'entraide En toute amitié*	43 867 \$	42 480 \$
Groupe d'entraide et d'amitié de Sainte-Julienne*	44 044 \$	42 663 \$
Groupe des montagnards de Chertsey*	32 817 \$	31 041 \$
Groupe populaire d'entraide de Lavaltrie*	45 770 \$	45 428 \$
Groupe populaire d'Entrelacs*	44 814 \$	31 038 \$
GymnO Lanaudière*	27 230 \$	24 117 \$
Habitat jeunesse Mascouche	265 581 \$	263 735 \$
Habitations Ciné des Cœurs*	27 945 \$	0 \$
Hébergement d'urgence Lanaudière	239 076 \$	227 484 \$
Hébergement d'urgence Terrebonne*	35 557 \$	0 \$
Inter-Femmes	195 099 \$	193 743 \$

Organisme	2017-2018	2016-2017
Jardins du Méandre* <sup>1</sup>	65 170 \$	
Joujouthèque Farfouille (La)	3 393 \$	3 369 \$
Lachenaie action jeunesse	77 422 \$	76 884 \$
L'Arche Joliette <sup>1</sup>	135 743 \$	90 994 \$
L'Avenue justice alternative	340 770 \$	338 401 \$
Lueur du phare de Lanaudière (La)	348 077 \$	345 657 \$
Maison d'accueil La Traverse	776 263 \$	770 868 \$
Maison de la Famille Aux quatre vents	3 393 \$	3 369 \$
Maison de la Famille La Parenthèse (La)	3 394 \$	3 370 \$
Maison de Parents de la Matawinie Ouest (La)	3 393 \$	3 369 \$
Maison des aînés de Chertsey (La)*	27 953 \$	24 117 \$
Maison des jeunes Café-rencontre 12-17 du Grand Joliette	103 002 \$	102 286 \$
Maison des jeunes D.O. Ados*	58 487 \$	55 660 \$
Maison des jeunes de Crabtree	55 825 \$	55 437 \$
Maison des jeunes de L'Assomption	97 894 \$	97 214 \$
Maison des jeunes de L'Épiphanie*	49 696 \$	47 231 \$
Maison des jeunes de Mascouche	79 138 \$	78 588 \$
Maison des jeunes de Rawdon*	51 180 \$	48 096 \$
Maison des jeunes de Repentigny	157 011 \$	155 920 \$
Maison des jeunes de Saint-Donat*	50 000 \$	48 195 \$
Maison des jeunes de Sainte-Marcelline*	50 344 \$	47 231 \$
Maison des jeunes de Saint-Esprit-de-Montcalm*	58 487 \$	55 660 \$
Maison des jeunes de Saint-Félix-de-Valois*	50 574 \$	47 470 \$
Maison des jeunes de Saint-Sulpice*	50 344 \$	47 231 \$
Maison des jeunes du Nord	48 887 \$	48 547 \$
Maison des jeunes La Piaule de Joliette*	58 272 \$	55 438 \$
Maison des jeunes La Relève de Saint-Calixte*	70 089 \$	55 660 \$
Maison des jeunes Laurentides-Saint-Lin*	58 487 \$	55 660 \$
Maison des jeunes Le Gros orteil*	69 073 \$	66 619 \$
Maison des jeunes Les Mayais*	50 344 \$	47 231 \$
Maison des jeunes Place jeunesse Berthier	101 391 \$	100 686 \$
Maison des jeunes Sens unique secteur Brandon	89 125 \$	88 505 \$
Maison d'hébergement Accueil Jeunesse Lanaudière	368 184 \$	365 625 \$
Maison d'hébergement jeunesse Roland-Gauvreau	400 306 \$	391 945 \$
Maison L'intersection (La)*	35 557 \$	24 117 \$
Maison Mémoire du cœur*	34 857 \$	34 604 \$
Maison Oxygène Joliette-Lanaudière*	35 557 \$	10 000 \$
Maison Parent-Aise	16 594 \$	16 370 \$
Maison Pauline Bonin*	51 317 \$	48 238 \$
Maison populaire de Joliette*	30 839 \$	24 118 \$

Organisme	2017-2018	2016-2017
Maisons d'à côté Lanaudière (Les) <sup>1</sup>	794 988 \$	617 751 \$
Manne quotidienne (La)*	45 442 \$	42 322 \$
Marraines coup de pouce*	27 230 \$	24 117 \$
Mi-Zé vie	87 829 \$	87 218 \$
Moisson Lanaudière*	54 075 \$	53 047 \$
Mouvement organisé des mères solidaires (MOMS)	3 393 \$	3 369 \$
Naître et grandir avec les amies de l'allaitement	5 936 \$	5 895 \$
Néo (Le)	241 473 \$	239 794 \$
Nourri-Source Lanaudière*	36 202 \$	24 118 \$
Original tatoué, café de rue*	30 839 \$	2 377 \$
PANDA de la MRC L'Assomption*	47 989 \$	46 747 \$
Parenfants de Mascouche	3 394 \$	3 370 \$
Parents-Unis Repentigny (Lanaudière)	257 662 \$	255 871 \$
Parrainage civique Lanaudière <sup>1</sup>	134 193 \$	81 111 \$
Pas de deux (Le) <sup>1</sup>	78 771 \$	
Pleins droits de Lanaudière	210 114 \$	208 653 \$
Popote Roulante Les Moulins*	36 200 \$	35 934 \$
Popote roulante Rive-Nord*	28 952 \$	0 \$
Propulsion Lanaudière	263 888 \$	262 054 \$
Regard en Elle	805 261 \$	799 664 \$
Regroup'Elles	847 148 \$	841 260 \$
Regroupement des aidants naturels du comté de L'Assomption*	28 952 \$	23 577 \$
Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale de Lanaudière (ROCASML)	12 236 \$	9 477 \$
Relais jeunesse de Lavaltrie	70 013 \$	69 526 \$
REPARS	325 700 \$	323 436 \$
Répits de Gaby (Les)	397 530 \$	394 767 \$
Rescousse amicale (La)	153 221 \$	152 156 \$
Rescousse Montcalm (La)	127 220 \$	126 335 \$
Réseau communautaire d'aide aux alcooliques et autres toxicomanes (Le)	527 270 \$	523 606 \$
Réseau des aidants naturels D'Autray (Le)*	29 493 \$	24 111 \$
Réseau des Proches Aidants Les Moulins*	27 477 \$	0 \$
Rose Bleue : Association des personnes handicapées Les Moulins (La) <sup>1</sup>	169 946 \$	93 916 \$
Ruche de St-Damien (La)*	32 809 \$	31 033 \$
Santé à cœur D'Autray Matawinie*	27 230 \$	24 117 \$
Service bénévole comté L'Assomption <sup>1</sup>	438 448 \$	407 995 \$
Service d'entraide Saint-Lin-Laurentides*	36 302 \$	27 031 \$
Service régional d'interprétariat de Lanaudière (SRIL)	127 363 \$	126 478 \$
Services amitiés L'Assomption*	53 648 \$	52 912 \$



<b>Organisme</b>	<b>2017-2018</b>	<b>2016-2017</b>
Services de crise de Lanaudière (Les)	945 104 \$	938 535 \$
Société Alzheimer de Lanaudière (SADL)	185 538 \$	184 249 \$
Société de l'autisme région de Lanaudière <sup>1</sup>	370 581 \$	119 775 \$
Solidarité sociale de Rawdon*	62 047 \$	61 300 \$
Soupière Joliette-Lanaudière (La)*	40 372 \$	36 909 \$
Source de vie Saint-Gabriel*	31 298 \$	29 469 \$
Support aux aînés anglophones de Lanaudière*	27 317 \$	24 117 \$
Table de concertation régionale des associations de personnes handicapées de Lanaudière (TCRAPHL)	2 802 \$	2 783 \$
Table des partenaires en développement social de Lanaudière (TPDSL)	30 000 \$	30 468 \$
Table régionale des organismes communautaires de Lanaudière (TROCL)	196 591 \$	195 224 \$
Tournesol de la Rive-Nord (Le)	154 335 \$	153 262 \$
Travail de rue Lavaltrie	94 698 \$	94 040 \$
Travail de rue Le Trajet	135 951 \$	135 006 \$
Travail de rue Repentigny	136 109 \$	135 163 \$
Travail de rue secteur Brandon*	28 952 \$	1 427 \$
Trouvilles de Mandeville (Aux)*	44 393 \$	42 584 \$
Unité d'information et d'action en toxicomanie (UNIATOX)	540 505 \$	536 641 \$
Unité point de départ*	41 908 \$	40 855 \$
Vaisseau d'or Des Moulins (Le)	472 501 \$	469 217 \$
Zone Ados	105 621 \$	104 887 \$
<b>Total des subventions accordées (\$)</b>	<b>25 581 089 \$</b>	<b>22 979 709 \$</b>
<b>Nombre total d'organismes communautaires subventionnés</b>	<b>184</b>	<b>174</b>

\* Bénéficiaire du rehaussement récurrent 2017-2018 en mission globale de 10 M\$ alloué par le MSSS (Lanaudière : 507 600 \$).

<sup>1</sup> En 2017-2018, le MSSS a réaménagé de façon récurrente en mission globale un budget de développement en DI-TSA-DP alloué depuis 2013-2014 (auparavant versé à partir d'un compte hors PSOC à fin déterminée (approx. 2 M\$)).

**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><b>OBJET :</b>  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><b>Adopté par :</b>  Conseil d'administration du CISSS de Lanaudière</p>	<p><b>Date :</b> le 7 mars 2016  <b>Entrée en vigueur :</b>  le 7 mars 2016  <i><b>Doit être révisé tous les trois ans</b></i></p>
<p><b>Document (s) remplacé (s)</b></p>	
<p><b>Direction émettrice :</b>  Direction générale</p>	
<p><b>Responsable (s) de son application :</b>  Comité de gouvernance et d'éthique</p>	
<p><b>Destinataires :</b>  Membres du conseil d'administration</p>	
<p><b>Lieu d'application :</b>  CISSS de Lanaudière</p>	
<p><b>Document associé</b>  Loi sur le ministère du Conseil exécutif (chapitre M-30)</p>	
<p><b>Authentifié par :</b>   Daniel Castonguay  Président-directeur général</p>	<p><b>Date :</b> 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 circonstances<sup>2</sup>.

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

#### 4. Champ d'application

Tout membre du conseil d'administration est 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

---

<sup>2</sup> 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 habilités 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.

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

**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**

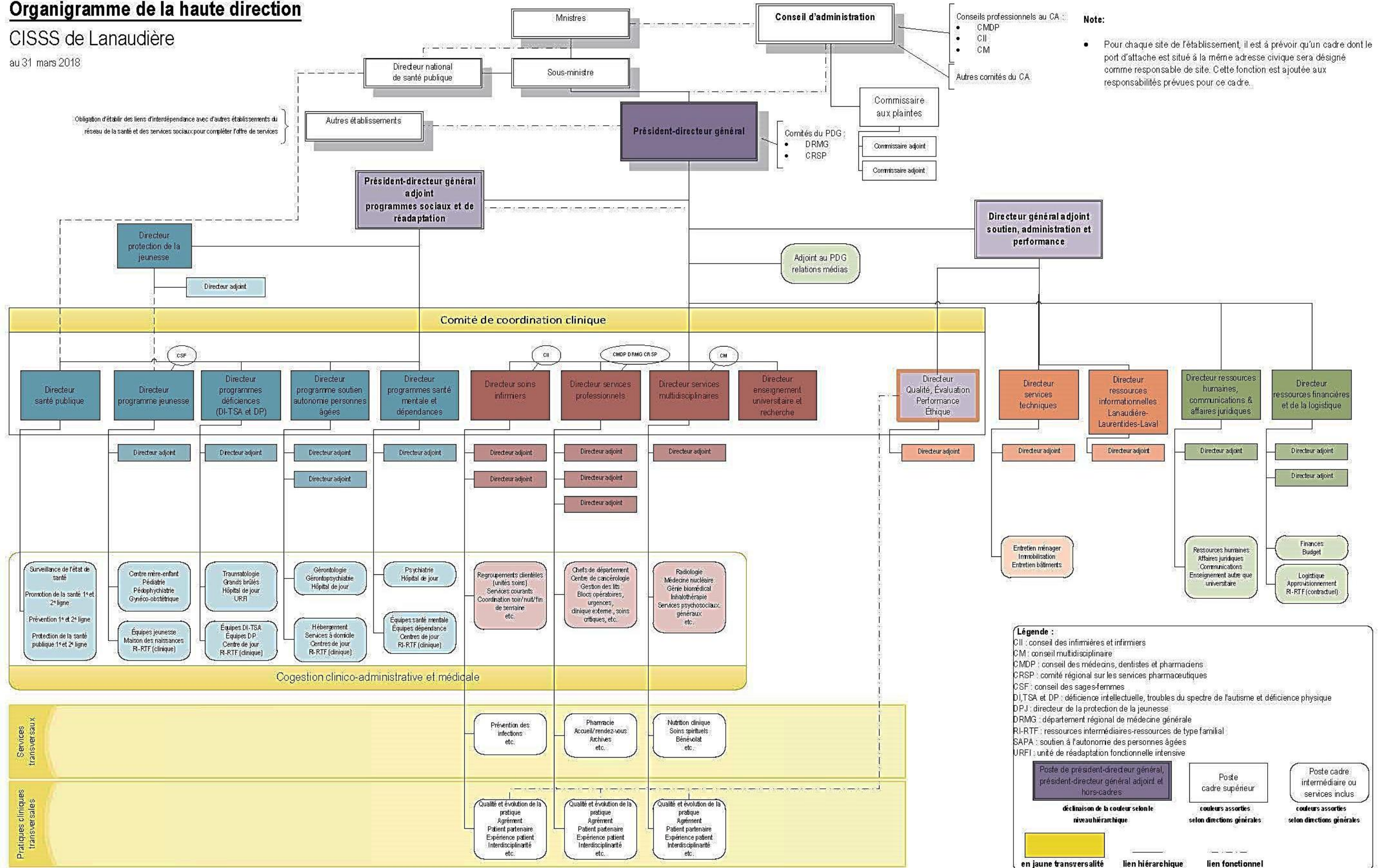
**Date (aaaa-mm-jj)**

**Lieu**

# Organigramme de la haute direction

CISSS de Lanaudière

au 31 mars 2018



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

**Québec** 