

Rapport annuel de gestion

2019-2020

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière



Québec 

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière
ISBN : 978-2-550-87237-5 (Format PDF)

Dépôt légal : 3^e trimestre 2020
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Table des matières

1. Le message des autorités	1
2. La déclaration de fiabilité des données	3
3. La présentation de l'établissement et les faits saillants	4
Présentation de l'établissement	4
La structure de l'organisation au 31 mars 2020	6
Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances.....	7
Les faits saillants	19
Amélioration de l'accès aux services	22
Bonification de l'offre de service	32
Une organisation en mouvement	42
Le CISSS et ses partenaires du milieu.....	46
Le CISSS se démarque	51
4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	54
Les attentes spécifiques (Chapitre III) de l'entente de gestion et d'imputabilité 2019-2020	54
Évaluation de l'atteinte des engagements annuels (Chapitre IV) de l'entente de gestion et d'imputabilité 2019-2020.....	67
5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	100
L'agrément	100
La sécurité et la qualité des soins et des services.....	100
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.....	102
Le nombre de mises sous garde selon la mission.....	105
L'examen des plaintes et la promotion des droits	107
L'information et la consultation de la population.....	107
6. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie.....	109
7. Les ressources humaines.....	110
La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement.....	110
8. Les ressources financières.....	112
Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme.....	112
Résultats des opérations et maintien de l'équilibre budgétaire.....	113
Les contrats de service	113
9. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	114
10. La divulgation des actes répréhensibles.....	117
11. Les organismes communautaires.....	118
Annexe 1 – Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	124

1. Le message des autorités

Malgré une fin d'année marquée par les nombreux défis liés à la pandémie de la COVID-19, c'est avec fierté que le CISSS de Lanaudière termine sa 5^e année d'existence.

Les travaux en cours et les projets des derniers mois ont en effet été entièrement bousculés par l'arrivée du coronavirus SARS-CoV2 dans Lanaudière, à la mi-mars. Suivant les directives du MSSS et de la Direction de santé publique, le CISSS s'est dès lors mis en action afin d'appliquer toutes les mesures nécessaires pour faire face à cette situation en constante évolution. Nous tenons, au nom du conseil d'administration et de l'équipe de direction, à remercier tous les membres du personnel, les médecins et nos différents partenaires internes et externes pour leur présence, leur disponibilité et leur solidarité jusqu'à maintenant dans cette lutte collective.

Cela dit, l'année 2019-2020 a été marquée par de nombreux accomplissements.

En ce qui concerne les ressources humaines, soulignons la tenue d'une importante opération de recrutement. Visibilité dans les médias et sur des panneaux routiers, participation à de multiples événements de recrutement, organisation de journées d'embauche, etc., tout a été mis en œuvre afin de nous démarquer comme employeur et d'attirer le plus grand nombre de candidats possible. Ces actions ont porté fruit, permettant l'embauche de 2071 nouveaux employés pour pourvoir des postes vacants dans de nombreux secteurs névralgiques. Notons aussi la mise en place de partenariats fructueux avec le milieu de l'éducation visant à offrir des formations en lien direct avec nos besoins.

Dans le cadre de l'agrément, tous les membres du personnel ont été invités à répondre à un sondage sur la mobilisation à l'automne dernier. De même, les employés en contact avec les usagers ont pu s'exprimer sur la culture de sécurité des usagers. Les résultats de ces sondages permettront d'identifier nos forces et nos défis en vue d'améliorer en continu le climat organisationnel, la qualité de vie au travail et la sécurité de tous.

En février 2020, le CISSS a aussi connu sa deuxième visite d'Agrément Canada qui visait cette fois les secteurs de la protection de l'enfance et de la jeunesse, du programme jeunesse et des programmes santé mentale et dépendance. L'établissement a obtenu un taux de réussite de plus de 96 % pour cette séquence. Merci à tous les membres du personnel qui font de la qualité et de la sécurité des soins une priorité au quotidien.

Vous constaterez dans ce rapport annuel que la contribution et le dévouement des équipes ont mené à des réalisations considérables en regard de l'amélioration de l'accès aux services et de leur consolidation, et ce, au sein de tous les programmes. Nos succès sont le résultat d'investissements majeurs dans différents services, mais également de travaux visant la révision des façons de faire, l'harmonisation des pratiques et la collaboration interdirections. Par exemple, cette année, le CISSS a poursuivi la mise en place d'un mode de gestion par trajectoire, dans le but d'offrir une accessibilité et une continuité des services aux clientèles vulnérables. Nous sommes heureux de constater les gains importants résultant des efforts de tous les acteurs impliqués.

Par ailleurs, sur le plan des projets immobiliers, soulignons, entre autres, l'inauguration du Centre d'hébergement Sylvie-Lespérance, qui a accueilli ses premiers résidents à la fin de juin 2019, ainsi que celle de la nouvelle unité d'endoscopie du Centre hospitalier De Lanaudière et des nouvelles installations de la Clinique d'investigation gériatrique ambulatoire à Repentigny. De plus, la construction d'un bâtiment de 70 lits dans le cadre du projet d'agrandissement de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur ayant été devancée, l'ajout de ces lits supplémentaires contribuera, dès l'automne 2020, à réduire l'attente à l'urgence et favorisera les soins de proximité pour les citoyens du secteur du sud de la région.

Dans un autre ordre d'idées, nous sommes fiers de l'adoption, en janvier 2020, du Code d'éthique de l'organisation. Cet outil, qui soutient les fondements de notre identité organisationnelle, énonce nos valeurs et nos obligations, mais également la place centrale que nous souhaitons donner à l'usager à titre de partenaire de l'organisation. Nous profitons de l'occasion pour souligner la contribution essentielle du Comité des usagers du Centre intégré de santé et de services sociaux (CUCI) de Lanaudière à cette démarche.

Toujours en lien avec le CUCI, soulignons le lancement d'une campagne de promotion des droits des usagers élaborée en collaboration avec la Direction de l'établissement. Sur le thème « Il était 12 droits ». Cette campagne, incluant site Web, affichage et documents informatifs ludiques, vise à faire connaître ou à rappeler les droits reconnus par la loi aux usagers du réseau de la santé et des services sociaux au Québec.

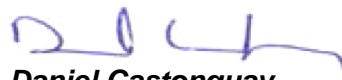
Il importe aussi de souligner l'importance de nos liens de partenariat avec les différents élus et leurs instances, avec nos collègues des milieux de l'éducation, de la justice et de la sécurité publique, de l'emploi et de la sécurité sociale, du développement régional et des affaires municipales ainsi qu'avec les organismes communautaires de la région.

Nous souhaitons particulièrement remercier la Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière, la Fondation Santé Sud de Lanaudière et la Fondation Claude-Édouard Héту pour leurs efforts et leur appui indéfectible qui soutiennent, année après année, l'amélioration de l'offre de service sur tout le territoire.

Enfin, c'est grâce à l'implication 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 que nous pouvons apprécier les résultats diffusés dans ce rapport. Nous tenons à les remercier chaleureusement pour leur contribution.



Jacques Perreault
Président du conseil d'administration



Daniel Castonguay
Président-directeur général

2. La déclaration de fiabilité des données

Les renseignements contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité.

Tout au long de l'exercice, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus de manière à assurer la réalisation des objectifs à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2019-2020 du CISSS de Lanaudière :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance, 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 2020.



Daniel Castonguay
Président-directeur général

3. La présentation de l'établissement et les faits saillants

Présentation de l'établissement

Le CISSS de Lanaudière regroupe 61 installations, dont 2 centres hospitaliers, réparties dans 6 MRC sur un territoire de plus de 12 000 km². Plus de 10 500 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 aux jeunes contrevenants;
- 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 d'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.

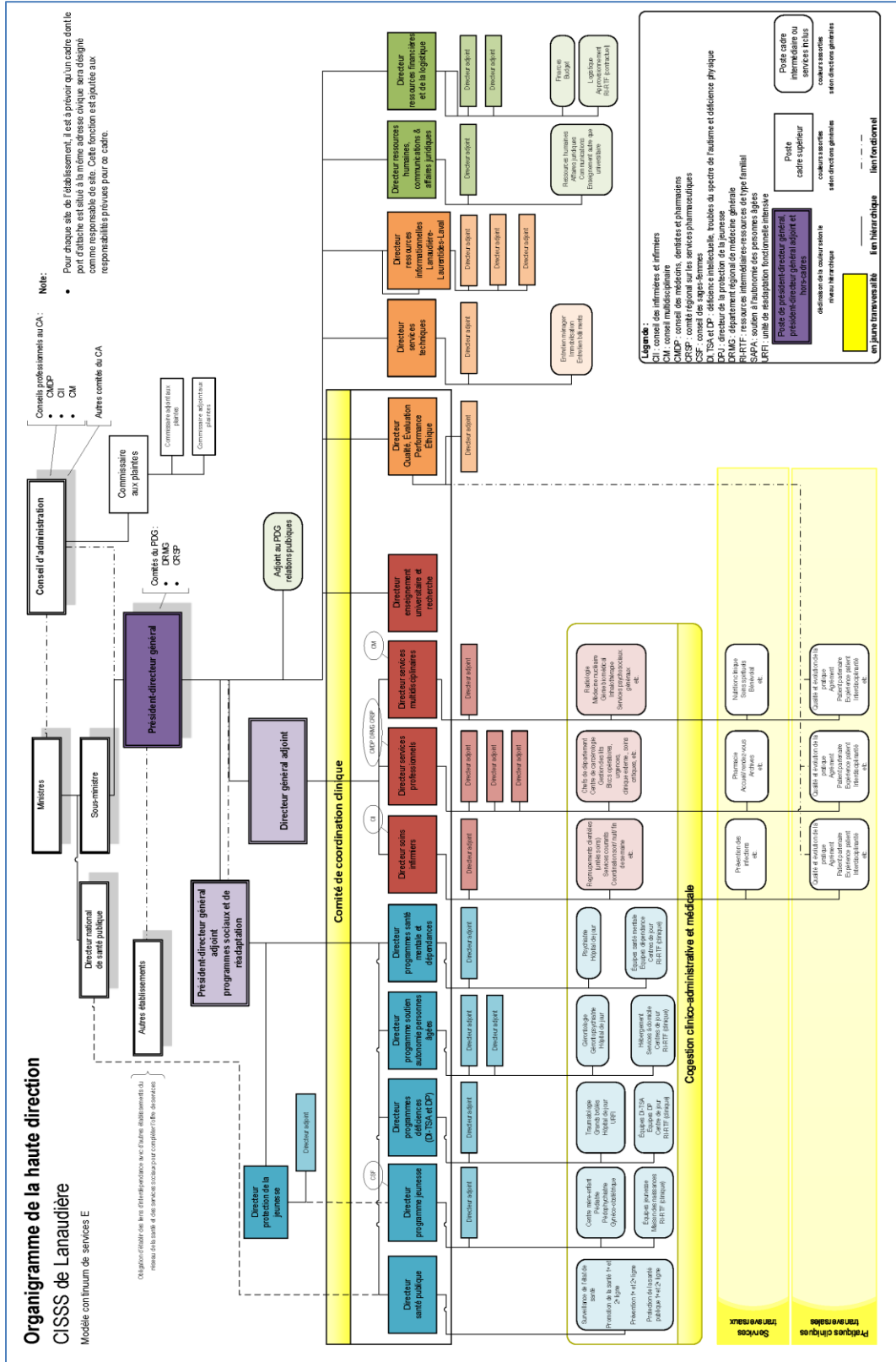
Par ailleurs, le CISSS a fait siennes les valeurs suivantes : respect et bienveillance, rigueur et imputabilité, collaboration et solidarité ainsi qu'équité et transparence.

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 (CHSLD Heather et Champlain-du-Château, situés au nord de la région, et CHSLD de la Côte-Boisée et Vigi Yves-Blais, situés au sud de la région) ainsi que deux CHSLD privés non conventionnés (CHSLD des Moulins et Émile McDuff, tous deux situés au sud de la région) offrent également le service d'hébergement sur le territoire de Lanaudière.

La structure de l'organisation au 31 mars 2020*



* Un organigramme en plus grand format est inséré à la fin du rapport annuel (page 148).

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
- DURAND, Céline Vice-présidente – Membre indépendante – Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux
- BOUDREAU, Julie – Membre désignée – Conseil multidisciplinaire (CM) : début de mandat le 22 juillet 2019
- CASTONGUAY, Daniel – Président-directeur général et secrétaire
- FOURNIER, Esther – Membre indépendante – Compétence en gestion des risques, finances et comptabilité
- GAGNÉ, Geneviève – Membre nommée – Milieu de l'enseignement
- JOLY, Thérèse – Membre indépendante – Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
- LANCTÔT, Marcel – Membre indépendant – Expertise en réadaptation
- MAGNY, Renald – Membre indépendant – Expertise en santé mentale
- NICOL, Ronald – Membre observateur – Fondation
- PARISÉ, Ginette – Membre désignée – Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
- PRATA, Ghislaine – Membre indépendante – Compétence en gouvernance ou éthique
- PROCHETTE, Dr Harry Max – Membre désigné – Médecin omnipraticien – Département régional de médecine générale (DRMG)
- RIVEST, Normand – Membre désigné – Comité des usagers (CUCI)
- THIBODEAU, Lucie – Membre indépendante – Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité : début de mandat le 20 janvier 2020
- TREMBLAY, Lucie – Membre indépendante – Expertise auprès des organismes communautaires
- KOUZ, Dr Simon – Membre désigné – Médecin spécialiste – Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) – début de mandat le 29 avril 2019
- VACANT – Membre désigné – Comité régional des services pharmaceutiques (CRSP)

Trois membres ont quitté le conseil d'administration en cours d'année. Il s'agit de :

- BRUNET, Michel (Vice-président) – Membre indépendant – Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité : démission le 4 novembre 2019
- DUCHARME, Caroline – Membre désignée – CM : démission le 29 avril 2019
- GAGNON, Alexandre – Membre désigné – CRSP : démission le 23 septembre 2019

Faits saillants

Le conseil d'administration a tenu 17 séances entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020, incluant la séance publique annuelle.

Au cours de l'année 2019-2020, 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 du CISSS, au www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca, sous *Votre CISSS/Conseil d'administration*.

Comité de gouvernance et d'éthique et des ressources humaines

Membres

- DURAND, Céline – Présidente
- BOUDREAU, Julie
- CASTONGUAY, Daniel, Président-directeur général
- GAGNON, Alexandre (jusqu'au 23 septembre 2019)
- JOLY, Thérèse
- LANCTÔT, Marcel
- PERREAULT, Jacques
- PRATA, Ghislaine
- RIVEST, Normand

Responsable du comité

- CASTONGUAY, Daniel, Président-directeur général

Faits saillants

Le comité de gouvernance et d'éthique et des ressources humaines s'est réuni à 5 reprises entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020.

Au cours de l'année 2019-2020, 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.

Voici un aperçu des dossiers traités par le comité de gouvernance et d'éthique et des ressources humaines au cours de l'année 2019-2020 :

- Proposition d'un formulaire d'évaluation des rencontres du conseil d'administration;
- Élaboration du plan d'amélioration de la norme gouvernance en prévision de la visite d'Agrément Canada en février 2020;
- Suivi des travaux en lien avec la main-d'œuvre et le climat organisationnel;
- Étude et propositions au conseil d'administration en vue de l'adoption des politiques et des règlements, notamment : la Politique sur le consentement aux soins, la Politique pour des environnements sans fumée, la Politique sur les plans d'intervention, la Procédure de divulgation des actes répréhensibles, la Directive sur les conditions et les modalités de divulgation de renseignements confidentiels pour prévenir un acte de violence dont un suicide, le Règlement régissant l'émission et l'exécution des ordonnances pharmaceutiques, le Code d'éthique du CISSS de Lanaudière ainsi que le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise.

Comité de vérification

Membres

- FOURNIER, Esther – Présidente
- CASTONGUAY, Daniel, Président-directeur général
- GAGNÉ, Geneviève
- GAGNÉ, Pascale
- MAGNY, Renald
- NICOL, Ronald
- PERREAULT, Jacques
- TREMBLAY, Lucie

Responsables du comité

- GAGNÉ, Pascale (avril à septembre 2019)
- GARNEAU, Chantal (septembre 2019 à mars 2020)

Faits saillants

Le comité de vérification s'est réuni à 5 reprises entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020.

Il a pris connaissance du budget 2019-2020 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 indépendants et en a proposé l'adoption au conseil d'administration de l'établissement.

Il a fait le suivi des lacunes et des déficiences.

Il a entériné le plan d'audit annuel des auditeurs indépendants.

Il a pris connaissance des différents rapports déposés par les auditeurs indépendants.

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

Il a recommandé au conseil d'administration de l'établissement l'adoption de toutes les résolutions touchant les emprunts et la désignation de signataires des différents effets bancaires dans les institutions financières.

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

Il a pris connaissance des plans triennaux de maintien d'actifs (Direction des services techniques - DST) et de la planification triennale en ressources informationnelles (Direction des ressources informationnelles Lanaudière – Laurentides – Laval - DRI LLL) 2019-2022.

Il a pris connaissance des dépenses de fonction du président-directeur général, du président-directeur général adjoint et du directeur général adjoint.

Il a été informé du portrait de la radiation des mauvaises créances.

Comité de vigilance et de la qualité

Membres

- MAGNY, Renald – Président
- CASTONGUAY, Daniel – Président-directeur général – Secrétaire
- DUROCHER, Isabelle – Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

- ÉTHIER, Philippe
- LANCTÔT, Marcel
- NICOL, Ronald
- PERREAULT, Jacques
- RIVEST, Normand – Membre désigné par le comité des usagers
- SALOIS, Eric

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

- BRUNET, Michel (départ le 4 novembre 2019)

Il a été remplacé par Marcel Lanctôt le 16 décembre 2019.

Faits saillants

Le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à 5 reprises entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020.

Il a procédé à la réception et au suivi de l'application des recommandations formulées par le 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 les 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.

L'évolution des suivis des visites ministérielles d'évaluation de la qualité des milieux de vie en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), en ressources intermédiaires (RI) et en ressources de type familial (RTF) leur a été présentée de façon statutaire.

Le comité a de plus effectué le suivi des recommandations des comités des usagers.

Les membres ont été informés des actions en cours, en préparation de la visite d'Agrément Canada qui a eu lieu en février 2020, ainsi que des suivis réalisés à la suite des recommandations découlant de la visite de février 2019.

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

Les mesures particulières en regard des jeunes hébergés en centre de réadaptation font l'objet d'un suivi régulier lors des rencontres du comité.

Il en est de même en ce qui concerne les dossiers portant sur l'éthique clinique et des suivis apportés par le comité dédié à cet effet.

Soulignons en terminant les travaux de la permanence portant sur la finalisation d'un tableau de bord.

Aucune recommandation du comité de vigilance et de la qualité n'a été déposée au conseil d'administration au cours de l'année 2019-2020.

Comité d'éthique et de la recherche (CÉR)

Membres réguliers

- MAYER, Caroline – Présidente – Représentante scientifique
- LAMBERT, Jean-François – Vice-président – Juriste
- MONTPETIT, Jocelyne – Représentante de la collectivité
- POUPART, Jean – Personne spécialisée en éthique
- ROBITAILLE, Dr Yves – Représentant scientifique

Membres suppléants

- PERRIN, Geneviève – Représentante juridique
- ST-DENIS, Karine – Personne spécialisée en éthique
- TREMBLAY, Maude – Représentante scientifique

Faits saillants

Le comité d'éthique et de la recherche (CÉR) s'est réuni à 4 reprises entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020, dont 2 fois en comité plénier et 2 fois en comité restreint.

Au cours de la dernière année, le comité a évalué 2 nouveaux projets de recherche.

Le comité d'éthique a fait le suivi de 43 demandes dans le cadre de suivis continus des projets de recherche.

Projets de recherche multicentriques au CISSS de Lanaudière

Plusieurs projets de recherche faisant partie du réseau de la santé et des services sociaux sont approuvés et suivis par des CÉR évaluateurs externes au CISSS de Lanaudière. En 2019-2020, 87 projets de recherche étaient en cours dans l'établissement. Parmi ceux-ci, 17 nouveaux projets multicentriques ont été évalués par des CÉR évaluateurs externes et ont sollicité la participation des équipes provenant des différentes directions de l'établissement.

Comité de gestion des risques

Membres

- DULAC, Kathleen – Présidente
- CASTONGUAY, Daniel, Président-directeur général
- CHARTIER, Claudine
- DESJARDINS, Stéphane
- DJADI, Mélissa
- GOYET, Noëlla
- HAMEL, Pierre
- MERCIER, Stéphane
- PERREAULT, Nadia
- PILON, Mélissa
- ROBITAILLE, Jean
- STORME, Dr Mathieu
- VENNE, Catherine

Quatre membres ont quitté le comité de gestion des risques en cours d'année. Il s'agit de :

- MARTEL, Dominique, - Personne déléguée par le président-directeur général (avril 2019), en remplacement de Stéphane Mercier

- GIGNAC, Mélanie – Direction des services multidisciplinaires (juin 2019)
- BERNARD, Nathalie – Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (septembre 2019)
- GAGNON, Alexandre - Service de la pharmacie (septembre 2019)

Faits saillants

Le comité de gestion des risques s'est réuni à 5 reprises entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020.

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 poursuit son suivi des dossiers prioritaires : chutes, événements touchant la médication, taux d'infection nosocomiale et taux d'événements sentinelles.

Le comité s'est penché sur la question de la sécurité des soins assurés dans les unités d'intervention brèves des deux centres hospitaliers.

Il a étudié la Procédure sur la divulgation des événements indésirables, réfléchi à la gestion des chutes répétitives et pris connaissance des nouvelles obligations de déclarations associées à la Loi Vanessa.

Le comité a assuré la surveillance des travaux liés à la prévention des infections ainsi qu'à la pharmacovigilance.

Comité de révision

Membres

- THIBODEAU, Lucie – Présidente – Membre du conseil d'administration (depuis le 27 janvier 2020)
- DESJARDINS, Dre Valérie – Médecin pour le secteur Sud
- LEDOUX, Dre Élisabeth – Médecin pour le secteur Nord
- PYARALI, Dr Mazaheer – Médecin pour le secteur Nord
- SIMARD, Dr Michel – Médecin pour le secteur Sud

Le membre substitut a assisté à 2 rencontres du comité de révision. Il s'agit de :

- KASSOUF, Dr Élie – Médecin pour le secteur Nord (avril 2019 et février 2020)

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

- BRUNET, Michel – Président – Membre du conseil d'administration (départ le 4 novembre 2019)

Faits saillants

Le comité de révision s'est réuni à 8 reprises entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020.

Il a traité 14 dossiers au cours de l'année.

À la suite de l'analyse des dossiers, 2 demandes n'étaient pas recevables, les conclusions du médecin-examineur ont été confirmées dans 10 dossiers et 2 compléments d'examen ont été demandés.

Parmi les objets de plaintes formulées, 3 touchaient les relations interpersonnelles, 2 les droits particuliers, 1 l'accessibilité et 13 les soins et les services dispensés.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Membres du comité exécutif (CECII)

- HAMELIN, Audrey – Présidente
- ETHIER, Joannie – Vice-présidente
- DE FOY, Amélie – Agente aux communications
- FOUCHER, Sophie-Andrée
- JODOIN, Marie-Claude – Agente aux communications
- LAMER, Sylvie – Trésorière
- LAMOUREUX, Caroline – Agente aux communications
- LEBEL, Véronique

Membre d'office

- CASTONGUAY, Daniel – Président-directeur général
- HOULE, Julie – Présidente CIIA
- LÉPINE, Roxanne – Vice-présidente CIIA
- PERREAULT, Pascalie – Directrice des soins infirmiers

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

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

Membres observateurs

- CHARLAND, Annie-Claude – Présidente du Comité de la relève infirmière et infirmière auxiliaire (CRIIA)
- HAMELIN, Audrey – Membre de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers Laurentides/Lanaudière (ORIILL)

Cinq membres ont quitté le CECII en cours d'année. Il s'agit de :

- DUGUAY, Amélie (22 octobre 2019)
- GUÉRETTE, Marie-Claude (26 juin 2019)
- LEFEBVRE, Nathalie (6 décembre 2019)
- McCANDLESS, Sylvie (5 juin 2019)
- THÉBERGE, Solveig (26 juin 2019)

Quatre membres se sont joints au CECII en cours d'année. Il s'agit de :

- LAMER, Sylvie (2 octobre 2019)
- LEBEL, Véronique (20 février 2019)
- JODOIN, Marie-Claude (2 octobre 2019)
- LAMOUREUX, Caroline (2 octobre 2019)

Faits saillants

Le CECII s'est réuni à 6 reprises entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020.

Au cours de l'année 2019-2020, le CECII a été consulté afin de donner son avis sur plusieurs règles de soins, protocoles, ordonnances collectives, procédures et politiques.

Le CECII a donné son appui à la prise de position mondiale pour une planète en santé mise de l'avant par le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF). Il s'est engagé à mettre en place des moyens concrets afin de

réduire son empreinte écologique. À cet égard, l'accès à un outil de partage de documents a permis au CECII de réduire considérablement les impressions papier lors de ses rencontres.

Il a été impliqué dans différents comités tels le comité de révision des ordonnances collectives, le comité de partenariat de soins et de services, le comité environnement et le comité harmonisation et uniformisation des soins de l'infirmière auxiliaire.

Le CECII a poursuivi ses travaux en lien avec les orientations du plan d'action 2018-2021. Il s'est intéressé notamment aux suivis en matière de prévention des infections, de gestion des risques, de qualité des soins et des services, d'effectifs en soins infirmiers et d'organisation des soins et des services. Aussi, des membres du CECII ont collaboré au plan d'amélioration à la suite de la visite de surveillance de l'Ordre des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec (OIIAQ) en 2018 et ont participé à l'une des journées planifiées de la 2^e visite de surveillance de l'OIIAQ, l'événement ayant été annulé en raison de la situation d'urgence sanitaire causée par la COVID-19.

Le 9 mai 2019, le CECII a tenu son assemblée générale annuelle (AGA) du CII-CIIA. L'AGA a permis de réunir, par visioconférence, près de soixante membres dans les installations du Centre hospitalier De Lanaudière (CHDL) et de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur (HPLG).

Enfin, le CECII 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 par la création d'outils promotionnels en collaboration avec le Service des communications du CISSS. La page Facebook du CII-CIIA compte plus de 713 membres. Elle est un vecteur de communication permettant le partage d'informations en lien avec la pratique infirmière. De plus, l'équipe dynamique et engagée des communications du CECII a créé une vidéo promotionnelle et planifie sa diffusion lors des prochains événements du conseil.

Les membres du CECII ont participé activement à plusieurs autres activités durant l'année soit :

- La 21^e édition du Colloque de l'ORILL, tenu le 20 septembre 2019, sous le thème « Prendre soin... »;
- L'AGA de l'ORILL, tenue le 29 mai 2019;
- Le Congrès de l'OIIQ, tenu les 25 et 26 novembre 2019, sous le thème « Le système, la pratique et moi; bâtir et exprimer son identité professionnelle »;
- L'AGA de l'Association des Conseils des Infirmières et Infirmiers du Québec (ACIIQ), tenue le 28 novembre 2019;
- Le 1^{er} Forum des associations des conseils professionnels de la santé, tenu le 29 novembre 2019, sous le thème « ENSEMBLE pour aller plus loin »;
- La Table des présidentes de CII de l'ACIIQ, tenue le 10 décembre 2019;
- Les conférences téléphoniques offertes par l'ACIIQ;
- L'activité de promotion du CII-CIIA au CLSC Lamater, tenue le 8 janvier 2020;
- La révision des règlements de régie interne de l'OIIAQ par des membres du CIIA;
- Le Congrès de l'OIIAQ, tenu les 20 et 21 juin 2019;
- La conférence régionale sur le rôle des infirmières auxiliaires en soins à domicile, tenue le 12 février 2020;
- Le comité évaluateur des prix de reconnaissance du Conseil multidisciplinaire.

Avis

Le CECII a contribué à l'avancement des travaux portant sur divers sujets en lien avec son mandat. Ainsi, les avis suivants ont été émis durant l'année 2019-2020 :

2019 004	Ordonnance analgésie par épidurale continue
2019 005	Ordonnance collective (OC) : Ajustement et surveillance d'ocytocine en obstétrique Protocole médical ajustement et surveillance d'ocytocine
2019 006	Règle de soins infirmiers (RSI) : Administration sécuritaire des médicaments en centres hospitaliers, centres d'hébergement et URFI
2019 007	Protocole infirmier : Surveillance de l'usagère avant et après l'insertion vaginale de dinoprostone (Cervidil)
2019 008	Qualité et sécurité des soins aux usagers
2019 009	Prise de position : À l'avant-garde d'une planète en santé

Recommandation

Le CECII a contribué à l'avancement des travaux portant sur divers sujets en lien avec son mandat. Les recommandations suivantes ont été émises durant l'année 2019-2020 :

2019-2020 001	Protocole infirmier n° 7 : Évaluation, surveillance et ajustement de l'oxygénothérapie par canule nasale haut débit chez l'enfant Grille d'évaluation respiratoire pédiatrique
2019-2020 002	Protocole infirmier : Évaluation et surveillance clinique lors de l'administration d'un opiacé Règle de soins infirmiers (RSI) n° 17 : Évaluation et prise en charge de la douleur
2019-2020 003	Directive lors de la présence d'animaux de compagnie et d'intervention en zoothérapie
2019-2020 004	Politique relative à la vaccination du personnel
2019-2020 005	Politique sur l'hygiène des mains
2019-2020 006	Ordonnances préimprimées

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Membres du comité exécutif (CECMDP)

- OLIVIER, Dr Jérôme – Président
- BELLEFEUILLE, Dre Lysanne – Omnipraticienne
- CASTONGUAY, Daniel – Président-directeur général
- CHARBONNEAU, Dre Valérie – Omnipraticienne
- DUBÉ, Françoise – Trésorière (pharmacienne)
- ETHIER, Philippe – Directeur général adjoint
- LABIDI, Dr Saber – Chirurgien général
- MARTEL, Dre Élise – Représentante universitaire
- OUELLET, Dr Jérôme – Secrétaire
- PERREAUULT-HARVEY, Dre Sophie – Omnipraticienne

- REGGAD, Dre Bouchra – Première vice-présidente
- YERGEAU, Dre Stéphanie – Cardiologue

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

- CHIASSON, Dre Sylvie-Ann – Pneumologue
- DAOUST, Dre Danielle – Omnipraticienne
- FRAPPIER-CHALIFOUX, Dre Hamie – Deuxième vice-présidente

Faits saillants

Le CECMDP s'est réuni à 14 reprises entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020.

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

Le CECMDP 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, de la gestion d'utilisation des médicaments et de la supervision des comités facultatifs et obligatoires relevant de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

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

Conseil multidisciplinaire (CM)

Membres du comité exécutif (CECM)

- BOUDREAU, Julie – Présidente
- QUEVILLON, France – Vice-présidente
- MARCOUX, Nancy – Secrétaire
- DESJARDINS, Mélissa – Responsable des communications
- DUGAS, Jérémy – Trésorier
- BAYEUR, Sabrina
- BEAULIEU-PAUZÉ, Amélie
- BOUFFARD, Esther
- CHAPUT, Marie-Pierre
- JACQUES, Caroline
- PRÉVILLE, Karine

Membres cooptés

- DUBÉ, Caroline (décembre 2019)

Membres d'office

- CASTONGUAY, Daniel, Président-directeur général
- DUCHARME, Caroline

Deux membres ont quitté le CECM en cours d'année. Il s'agit de :

- PRÉVILLE, Julie (novembre 2019)
- MANDEVILLE, Elizabeth (février 2020)

Faits saillants

Le CECM s'est réuni à 7 reprises entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020. De plus, il s'est tenu 4 rencontres statutaires entre la présidente, la vice-présidente et la directrice des services multidisciplinaires, 4 rencontres au sujet de demandes d'avis et 3 rencontres en sous-groupes pour accomplir les différents mandats du CECM.

Le CECM a poursuivi son plan de communication afin de joindre ses membres par le biais de recherche d'agents de liaison dans toutes les installations du CISSS. De même, il a bonifié le site intranet de l'établissement et créé des groupes de courriels.

Deux membres du CECM ont participé au congrès annuel de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec ayant pour thème « Tournée vers l'avenir ». Ces deux mêmes membres ont participé au premier forum des trois associations de conseil (ACMDPQ, ACIIQ, ACMQ) ayant pour thème « Ensemble pour aller plus loin ».

Le CECM a amorcé auprès du CMDP et du CII une collaboration entre conseils professionnels. Une rencontre exploratoire s'est tenue en juin 2019 et une deuxième sera planifiée au cours de l'année 2020.

Le CECM a émis 7 avis au cours de l'année :

- Politique de vaccination des employés;
- Politique sur l'hygiène des mains;
- Politique sur les animaux de compagnie;
- Programme d'Ottawa;
- Formulaire du consentement aux soins versus lettre d'engagement;
- Réponse à une demande des organisateurs communautaires;
- Réponse à une demande d'employé concernant les dossiers numérisés.

Le CECM étudie la possibilité de créer deux comités de pairs au cours de la prochaine année :

- Harmonisation de l'évaluation en psychoéducation sur les difficultés d'adaptation et les capacités d'adaptation d'un usage;
- Code d'éthique chez les organisateurs communautaires.

Des représentants du CECM ont participé aux comités suivants du CISSS :

- Comité d'éthique : Julie Boudreau (2 rencontres);
- Comité tactique sur l'itinérance : Mélissa Desjardins (en suspend);
- Comité usager partenaire : France Quevillon (1 rencontre).

Conseil des sages-femmes

Membres du comité exécutif

- LACAS, Janie – Présidente
- LEROUX, Julie Anne – Vice-présidente
- DUPERRON-GOULET, Karianne – Secrétaire
- BOUCHER, Andréanne – Responsable du Service de sages-femmes

Membre d'office

- CASTONGUAY, Daniel – Président-directeur général

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

- COTÉ, Louise-Hélène (avril 2019)

Faits saillants

Au cours de la dernière année, le conseil des sages-femmes s'est réuni une fois en assemblée générale annuelle et une fois en assemblée générale spéciale. Le comité

exécutif s'est réuni 4 fois en comité exécutif et 2 fois en comité exécutif spécial entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020.

L'année 2019-2020 a été marquée par de nombreux changements parmi les membres du conseil des sages-femmes. Le roulement des effectifs de sages-femmes pour cause de maternité ou de maladie a représenté un défi de taille durant la période estivale notamment. Malgré tout, toutes les sages-femmes ont pu être remplacées et il n'y a pas eu de bris de service.

Le dossier de la Maison de naissance de Lanaudière, un dossier prioritaire pour le conseil des sages-femmes, a connu des développements : un entrepreneur a été sélectionné à la suite de l'appel d'offres. La transaction immobilière pour le terrain devant être approuvée avant le début des travaux, l'entrepreneur a finalement dû être informé par la Direction des services techniques que les travaux étaient reportés au printemps 2020.

Soulignons que, pour l'année 2019-2020, 184 femmes suivies par les sages-femmes ont accouché dans les différents lieux de naissance du CISSS, soit à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, la Maison de naissance de Blainville ou à domicile. Trois cent trente-sept usagères ont reçu des services d'une sage-femme à un moment ou à un autre au cours de l'année.

Comité des usagers du CISSS de Lanaudière (CUCI)

Membres

- PROVOST, Richard – Président intérimaire (depuis novembre 2019)
- PROVOST, Richard – Vice-président
- HAMEL, Pierre – Secrétaire et secrétaire-trésorier (depuis le 18 septembre 2019)
- LANDRY, Claudine – Administratrice
- REMON, Lyne – Administratrice
- BEAULIEU, André
- LAFOREST, Lucie
- LANOIX, Wilfrid
- MARCHAND, Pierre
- RIVEST, Normand
- WATIER-LEONELLI, Johanne

Sept membres ont quitté le CUCI en cours d'année. Il s'agit de :

- ALLARD, Claudine
- BERTHAUD, Claude
- BRAZEAU, Christiane
- GOYET, Noëlla
- LAPENSÉE, Yves – Président jusqu'au 20 novembre 2019 et trésorier jusqu'au 18 septembre 2019
- MARCHAND, Pierre
- RACICOT, Nancy-Jacinthe

Faits saillants

Le CUCI s'est réuni à 11 reprises entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020, soit 9 réunions ordinaires et 2 réunions extraordinaires.

Il a tenu son AGA le 13 novembre 2019.

Il a poursuivi ses travaux relatifs à la Trousse promotionnelle et au déploiement, dans les installations du CISSS, du matériel publicitaire appuyant la campagne sur les Droits des usagers.

Il a procédé à l'intégration au site Web du CISSS des capsules sur les 12 droits des usagers afin de soutenir le matériel d'affichage.

Il a tenu une élection des officiers en juillet 2019.

Le CUCI a embauché une personne-ressource, laquelle est entrée en fonction le 23 octobre 2019.

Il a procédé à l'adoption d'une résolution en lien avec les orientations du CUCI et d'une démarche d'accompagnement en partenariat avec le CISSS. De même, il a poursuivi ses actions dans le but d'améliorer le fonctionnement du comité.

Il a mis sur pied un programme conceptuel et financier afin de soutenir des projets présentés par les comités des usagers continués (CUC) des différentes missions, ce qui a permis la concrétisation de 20 projets.

Enfin, le CUCI a poursuivi une démarche pour définir les orientations qu'il veut se donner au cours des prochaines années.

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.

Pour 2019-2020, la région de Lanaudière a reçu l'annonce d'investissements de plus de 34 M\$, dont :

- 9,7 M\$: Rehaussement du soutien à domicile;
- 4,4 M\$: Renforcement de l'accès aux soins et aux services en centres hospitaliers;
- 3,8 M\$: Mesures administratives afin de réduire l'absentéisme de manière durable;
- 2,8 M\$: Ressources et services en CHSLD;
- 2,7 M\$: Dépistage et amélioration de l'accès aux services chez les enfants ayant des retards de développement (0-5 ans);
- 2,4 M\$: Rehaussement du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC);
- 2,3 M\$: Consolidation des services en protection de la jeunesse;
- 2,0 M\$: Médicaments antinéoplasiques;
- 2,0 M\$: Services en santé mentale et en dépendance aux opioïdes;
- 1,0 M\$: Soutien à la famille et aux proches aidants;
- 1,0 M\$: Services pour les jeunes en difficultés.

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'activité.

Tout au long de l'exercice financier 2019-2020, 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 a poursuivi les travaux de normalisation des données cliniques et financières dans le cadre du projet du financement à l'activité. Au cours de l'exercice, les analyses ainsi que la modélisation des coûts ont été faites en vue de mesurer le coût par parcours de soins et de services.

Équité interrégionale en santé

En 2019-2020, la région de Lanaudière a reçu un financement de 5,8 M\$ pour l'amélioration des services de 1^{re} ligne et des services spécialisés. Cette enveloppe budgétaire a été attribuée en tenant compte des caractéristiques régionales et des besoins de la population, particulièrement sous l'angle de l'évolution démographique.

Attraction et rétention de la main-d'œuvre

Le recrutement et l'attraction de candidats au sein de l'organisation ont représenté un défi dans plusieurs secteurs d'activité en 2019-2020. À cet égard, le CISSS a travaillé activement à développer des stratégies régionales afin d'identifier des actions novatrices permettant de combler les besoins en personnel et de stabiliser les équipes.

Une variété de mesures sont en place pour attirer le personnel : participation à des activités de recrutement, développement d'alliances stratégiques avec les maisons d'enseignement et d'autres organismes du marché du travail, organisation de journées de recrutement, organisation de formations dans le milieu, actions visant à fidéliser les stagiaires et à accroître leur admission, etc.

Ces stratégies ont porté fruit. Ainsi, le CISSS a recruté 2071 nouveaux employés.

Embauches du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020 par catégorie d'emploi		Embauches
1	Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	429
2	Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	1 011
3	Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	227
4	Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	326
5	Personnel non visé par la Loi 30	14
6	Personnel d'encadrement	41
7	Résidents	23
Total		2 071

Afin de faire connaître les nombreuses possibilités d'emplois dans l'organisation, le CISSS a lancé, en 2020, une importante campagne de recrutement. Que ce soit par une visibilité dans les médias régionaux ou spécialisés et dans les médias sociaux, par de l'affichage dans ses installations et sur des panneaux routiers ou par une participation à des événements de recrutement, tout a été mis en œuvre afin que l'établissement se démarque comme employeur.

Ces actions de recrutement étaient d'autant plus importantes dans le contexte où des investissements colossaux ont été réalisés, se traduisant par un ajout de près de 300 équivalents temps complet (ETC) au cours de l'exercice 2019-2020.

À preuve, le bilan des heures travaillées au cours du présent exercice a été majoré de près de 500 000 heures comparativement à la période précédente.

En plus des stratégies développées visant à attirer de nouveaux talents, le CISSS a également déployé plusieurs mesures visant l'amélioration des conditions d'exercices de son personnel. Le rehaussement des heures au poste et la surdotation sont des exemples d'actions réalisées en 2019-2020 visant la stabilisation des équipes de travail.

Dans la même foulée, le CISSS a poursuivi le déploiement du plan d'action visant le développement d'une culture de promotion de la présence et du mieux-être au travail. L'ensemble de ces mesures porteuses ont généré des gains significatifs. En effet, depuis les trois dernières années, le ratio d'assurance salaire du CISSS est en constante diminution, ce qui s'est traduit par un respect de l'engagement en 2019-2020, avec un ratio en deçà de la cible établie.

En somme, l'ensemble de ces mesures convergent vers un objectif commun : augmenter la disponibilité de la main-d'œuvre tout en s'assurant de fournir un environnement sain, sécuritaire, mobilisateur et attractif pour notre ressource la plus précieuse qu'est le capital humain

Projets d'immobilisation

Plusieurs projets d'immobilisation ont évolué en 2019-2020.

Agrandissement de l'HPLG

En octobre 2019, le Conseil des ministres approuvait le dossier d'opportunité du projet d'agrandissement de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur (HPLG). À la suite de cette annonce, les professionnels (architectes et ingénieurs) ainsi que le gérant de construction du projet ont été sélectionnés. Les premières rencontres cliniques ont eu lieu au début de l'année 2020 et se poursuivront encore pour plusieurs mois afin d'élaborer les plans et les devis en vue de la construction des nouveaux lits et des ajouts prévus aux plateaux techniques.

Dans le cadre de ce projet d'agrandissement, la construction d'un bâtiment de 70 lits a été devancée. L'ajout de ces lits supplémentaires contribuera, dès l'automne 2020, à réduire l'attente à l'urgence et favorisera les soins de proximité pour les citoyens du secteur du sud de la région.

Projet de performance énergétique

Un projet de performance énergétique a été déployé dans 4 installations du CISSS. Celui-ci générera des économies substantielles, tout en améliorant les services et les conditions intérieures des bâtiments, notamment en ce qui a trait à la température ambiante et à la qualité de l'éclairage. Ce projet, qui touche l'HPLG, le CLSC Lamater de Terrebonne, le Centre d'hébergement de L'Assomption et le Centre d'hébergement de Repentigny, est autofinancé sur 7 ans. Il permettra au CISSS de réduire son empreinte environnementale.

Installation de 24 bornes électriques

Vingt-quatre bornes électriques ont été installées au siège social de l'établissement. Ces travaux s'inscrivent dans le cadre du Plan d'action en électrification des transports 2015-2020 du gouvernement du Québec et ont été réalisés grâce à une subvention du Programme de soutien à la promotion de l'électrification des transports.

Avec l'ajout de ces nouvelles bornes électriques, la capacité du CISSS d'utiliser le mode hybride/électrique pour sa flotte de 101 véhicules pourra passer de 20 % à 30 %, ce qui permettra à l'établissement de réduire substantiellement son empreinte écologique.

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.

Entre autres, des efforts soutenus ont permis, en cours d'année, de consolider et d'affiner les trajectoires de soins et de services afin d'améliorer le cheminement de l'utilisateur et de répondre adéquatement aux différents besoins (meilleure prise en charge, offrir le bon soin au bon moment, etc.) de l'ensemble de la population de la région.

Cheminement de l'utilisateur

En 2019-2020, le CISSS a poursuivi les travaux entrepris depuis les dernières années par la mise en place d'un mode de gestion par trajectoire. Cette vision intégrée signifie qu'une action clinique n'est plus considérée comme un acte isolé et produit par une seule équipe, mais qu'elle est effectuée dans le cadre d'un cheminement continu de l'utilisateur à travers les services et les programmes. Tous les travaux menés convergent vers un point commun, soit celui d'offrir une accessibilité et une continuité des services à la clientèle vulnérable.

Dans cette perspective, les travaux ont été axés sur :

- Le repérage des utilisateurs vulnérables;
- L'amélioration de l'interdisciplinarité dans les communications avec les différents acteurs hospitaliers et les intervenants de 1^{re} ligne;
- L'augmentation du partenariat avec les utilisateurs et leur famille;
- La planification précoce et systématique des congés de façon sécuritaire.

Ces travaux ont porté fruit puisqu'ils ont permis de terminer l'année en réduisant le nombre moyen d'utilisateurs en niveau de soins alternatifs (NSA) de 65, en début d'année, à 31 en fin d'année.

Les principales actions déployées dans le cadre de cette démarche en 2019-2020 sont :

- Identification d'un gestionnaire NSA;
- Rencontres quotidiennes des directions cliniques afin d'assurer la fluidité des mouvements d'utilisateurs hospitalisés avec NSA;
- Mise en place d'une équipe dédiée à l'organisation des congés dès l'urgence;
- Clarification des rôles et des attentes des intervenants pivots de 1^{re} ligne en lien avec les délais d'intervention dans le but de soutenir l'organisation des congés à l'urgence;
- Mise en place d'un système de suivi des mesures reliées à l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA), et ce, autant à l'urgence que dans les unités de soins;
- Établissement de règles et identification des rôles en lien avec la surveillance régulière, impliquant un mécanisme de retour hebdomadaire, sur les transferts des utilisateurs de l'urgence vers un lit d'hospitalisation;
- Déploiement d'une formation en ligne sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD);
- Déploiement d'une fiche de coordination clinique mettant en relief les facteurs de risques NSA pour les utilisateurs hospitalisés ou à risque de devenir NSA;
- Implication, dès l'admission, de l'utilisateur et de ses proches dans l'élaboration du plan de congé. Les besoins du proche aidant sont également identifiés et discutés lors des rencontres multidisciplinaires afin de le soutenir dans le congé de l'utilisateur.

Ce travail substantiel est le résultat de l'engagement de tous les acteurs de l'établissement, que ce soit au niveau de la haute direction, de la gestion ou des équipes cliniques, et d'une vision clinique partagée basée sur la recherche de solutions et sur l'impossibilité de ne pas résoudre les difficultés vécues par les usagers.

Accès à un médecin de famille

L'accès à un médecin de famille pour la population s'est maintenu 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 2019-2020, ce pourcentage se situe à 82,4%.

Recrutement des médecins de famille

La participation du CISSS à différents événements de recrutement tenus au cours de l'année a été fructueuse puisqu'au 31 mars 2020, 24 nouveaux médecins omnipraticiens, dont 23 nouveaux facturants et 1 transfert de région, ont débuté leur pratique dans la région.

Groupes de médecine de famille (GMF)

La région de Lanaudière compte 21 GMF, dont 12 au Sud et 9 au Nord. De plus, elle compte 2 GMF-U, dont un 1 au Sud et un 1 au Nord. La région peut également se prévaloir du service d'un GMF-R au Sud depuis 2018.

En 2019, l'établissement a procédé à la création d'un GMF supplémentaire au Nord comptant 2 cliniques médicales, plus précisément dans les sous-régions de Joliette et de D'Autray. Ce GMF a obtenu son accréditation par la ministre en mai 2019. Pour sa part, le sud de Lanaudière s'est également vu accréditer un nouveau GMF formé de deux cliniques médicales en avril 2019. Ce dernier est situé dans la sous-région de Montcalm - Les Moulins. Enfin, une clinique médicale au sud de la région, dans Montcalm - Les Moulins, a procédé à l'ajout d'un 3^e site affilié à son GMF en octobre 2019, portant le nombre de sites à 3 cliniques.

En résumé, la région compte donc 21 GMF formés de 32 sites.

Groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U)

Les groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U) ont poursuivi leurs activités cliniques de médecine familiale et de milieu d'enseignement et de recherche universitaire pour les résidents en médecine de famille ainsi que pour les stagiaires de diverses disciplines de la santé et des services sociaux.

En ce qui concerne la mission clinique, le nombre d'inscriptions pondérées de chacun des GMF-U a augmenté d'environ 2 000 usagers, permettant de passer le cap des 12 000 usagers au GMF-U du sud de Lanaudière et des 19 000 au GMF-U de Saint-Charles-Borromée (au Nord). Pour ce dernier, cette augmentation a permis de passer du niveau 4 au niveau 5. Pour les deux GMF-U, le taux d'assiduité s'est accru et se situe autour de 90 %, ce qui signifie que les usagers ont réellement accès aux services lorsqu'ils en ont besoin.

Les deux GMF-U ont assuré leur rôle de leaders régionaux en agissant comme chef de file à plusieurs niveaux. Cette année, ce leadership s'est notamment illustré dans la mise en œuvre du projet pilote d'implantation de l'outil Rendez-vous Santé Québec (RVSQ).

Pour l'enseignement, 11 médecins résidents par GMF-U ont gradué en 2020 et 14 de ces 22 médecins pratiqueront dans la région. Aussi, l'équipe médicale du GMF-U

du Nord a poursuivi ses activités de recherche en lien avec la création, en 2018-2019, du Laboratoire de recherche et d'innovation en médecine de première ligne (ARIMED), tout comme ses activités de transfert de connaissances avec de nombreuses publications et présentations scientifiques.

Le GMF-U du Sud a assuré, encore cette année, avec son équipe médicale, la couverture des Internationaux junior de tennis de Repentigny. Aussi, afin de répondre à la croissance des besoins de la population, un agrandissement transitoire a été réalisé permettant l'ajout de 6 nouveaux locaux. L'amorce des travaux préparatoires à l'agrandissement définitif a pu débuter et pourra se concrétiser dans la prochaine année.

Le GMF-U du Nord a continué de couvrir les soins et les services auprès des populations les plus vulnérables telles que les immigrants, les Autochtones et les itinérants. Cette année, il a ajouté une offre de service d'avant-garde avec une couverture médicale au nouveau Centre d'hébergement Sylvie-Lespérance, dès son ouverture.

Ouverture des cliniques d'hiver

En 2019-2020, le CISSS a ouvert 6 cliniques d'hiver désignées ainsi que 7 GMF avec services augmentés. Ces derniers ont permis un meilleur accès à un médecin en période de grippe, de gastro-entérite et d'autres infections hivernales. Au total, ce sont plus de 7 000 plages supplémentaires qui ont été offertes par ces ajouts de services.

Rehaussement des services préhospitaliers d'urgence

Le CISSS a obtenu du MSSS 4,8 M\$ supplémentaires afin d'améliorer l'efficacité des services ambulanciers dans le sud de son territoire. Grâce à cet octroi, le secteur de Terrebonne bénéficie d'un rehaussement de 336 heures par semaine ainsi que de l'ajout de 3 ambulances, permettant ainsi un ajout supplémentaire de 17 520 heures par année. Le secteur de Repentigny, quant à lui, bénéficie d'un rehaussement de 168 heures par semaine ainsi que de l'ajout de 2 ambulances, permettant ainsi un ajout de 8 760 heures par année.

Urgence

En 2019-2020, on note une augmentation des visites aux 2 urgences du CISSS, et ce, surtout pour les personnes de 75 ans et plus. Ainsi, la durée moyenne de séjour sur civière s'est légèrement détériorée au cours de la dernière année avec une moyenne de 17,26 heures.

Séjour moyen à l'urgence des usagers couchés sur civière (en heures)		
Année financière	CHDL	HPLG
2016-2017	18 h 42	19 h 37
2017-2018	14 h 11	16 h 22
2018-2019	14 h 34	18 h 34
2019-2020	15 h 31	19 h 17

Médecine spécialisée

La mise en œuvre du Centre régional de demandes de services (CRDS) s'est poursuivie pour les spécialités visées par le MSSS. Le CISSS a de plus accueilli 16 nouveaux médecins spécialistes.

Services de soutien aux diagnostics

Le CISSS a respecté les délais d'examens diagnostiques pour les mammographies diagnostiques, les échographies obstétricales et mammaires ainsi que pour les examens nécessitant une scopie. Cela dit, ces délais n'ont pas pu être respectés pour les échographies autres que celles déjà mentionnées, les tomodensitométries et les examens par résonance magnétique. Les difficultés rencontrées par rapport au respect des délais d'accès en imagerie médicale en 2019-2020 sont principalement attribuables à des enjeux de ressources humaines, et ce, tant sur le plan technique que médical.

Mentionnons également que l'application *eRDV* a été déployée à 100 % dans les cliniques externes sous la responsabilité de la Direction des services multidisciplinaires (DSM), ce qui constitue une amélioration importante au chapitre de la gestion des rendez-vous en éliminant les doublons et en permettant une valorisation de l'utilisation de plages horaires laissées vacantes.

Pourcentage d'usagers ayant obtenu un examen en moins de 3 mois			
Examen	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Échographie	93 % (HPLG)	93 % (HPLG)	98 % (HPLG)
	71 % (CHDL)	67 % (CHDL)	71,9 % (CHDL)
Tomodensitométrie	100 % (HPLG)	65 % (HPLG)	88 % (HPLG)
	100 % (CHDL)	100 % (CHDL)	97,3 % (CHDL)
Résonance magnétique	90 % (HPLG)	63 % (HPLG)	55 % (HPLG)
	71 % (CHDL)	81 % (CHDL)	65,2 % (CHDL)

Rendez-vous santé Québec (RVSQ)

L'implantation de la plateforme RVSQ s'est poursuivie au cours de l'année 2019-2020 pour atteindre un taux d'inscription de 71 % des cliniques affiliées GMF de la région. Une moyenne de 215 plages par jour est offerte à la population. Le déploiement se poursuivra au cours de l'année 2020-2021.

Implantation d'une clinique de la douleur

L'équipe clinique du Centre de la douleur s'est mise en action très brièvement aux mois de janvier et de février 2020, mais la pandémie a nécessité la récupération des locaux et du personnel. La reprise des activités de la clinique de la douleur est prévue à la fin du mois de juillet 2020.

Endoscopie

Un corridor de service a été établi avec des partenaires du réseau des CIUSSS de l'Île de Montréal, ce qui a permis de réaliser 1000 examens endoscopiques pour des usagers en attente au CISSS de Lanaudière.

Chirurgie

Les efforts en chirurgie se sont poursuivis se traduisant par le maintien de l'accès en chirurgie et des standards d'accès des dernières années.

Programme québécois de cancérologie

Afin de souligner la Journée mondiale du cancer, une rencontre-conférence a été organisée pour les patients de Lanaudière le 4 février 2020.

L'établissement a accueilli 3 nouveaux oncologues en 2019-2020 (1 oncologue au CHDL et 2 oncologues à l'HPLG).

L'ouverture de 6 salles supplémentaires en endoscopie permettra de soutenir davantage les épreuves diagnostiques dans le cadre de la mise en place du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR).

Activités respiratoires

À la suite d'une entente public-privé avec les cliniques privées Biron et Vitalair afin d'améliorer l'accessibilité aux examens en laboratoire du sommeil, le CISSS y a référé un total de 2 308 usagers en 2019-2020 (1 703 usagers du Sud et 605 usagers du Nord). Cette entente permet d'augmenter l'offre de service en ce qui a trait à la polygraphie cardio-respiratoire du sommeil.

Implantation du suivi des délais de prise en charge

Le DSM a implanté un tableau de suivi des délais de prise en charge (PEC). Ce dernier permet une meilleure gestion des effectifs requis en fonction des PEC ainsi que l'optimisation de la répartition des professionnels au service des usagers dans les secteurs impactés par une augmentation de la PEC.

Services de proximité

Au cours de l'année 2019-2020, le CISSS a accueilli 8 nouvelles candidates infirmières praticiennes spécialisées (IPS). L'établissement compte donc 52 postes d'IPS, dont 41 étaient dotés au 31 mars 2020. Pour l'année 2020-2021, le CISSS accueillera 14 nouvelles IPS, dont 2 dans la nouvelle spécialité de santé mentale et soins aux adultes. Ces dernières seront réparties dans l'ensemble du territoire de Lanaudière. À la suite de l'engagement du MSSS d'atteindre le taux de 2 000 IPS pour le Québec en 2024, le CISSS s'est vu attribuer l'objectif de combler 97 postes d'IPS d'ici 2024-2025.

Service Info-Social – 811.

On note une augmentation significative du nombre d'appels reçus en 2019-2020 au Service Info-Social - 811, tout en maintenant le délai moyen de réponse en deçà des 4 minutes.

L'équipe mobile de crise a doublé le nombre d'interventions réalisées dans le milieu au cours de la dernière année. Ces intervenants étaient disponibles rapidement pour soutenir la population lors d'événements tragiques et traumatiques, tels que des suicides, des noyades, des homicides, etc.

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. Cette hausse s'explique notamment par l'augmentation de la population de même que par une plus grande sensibilisation à l'importance du signalement par l'ensemble des acteurs du milieu tant internes qu'externes.

Année	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Signalements reçus	7 260	8 426	9 791
Signalements retenus	2 768	3 025	3 501

Encore cette année, l'équipe de la DPJ était à pied d'œuvre pour traiter l'ensemble des demandes reçues.

Année	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Évaluations complétées	2 450	2 658	2 759
Nombre de révisions	1 709	1 933	1 704

Adoptions et retrouvailles

Depuis l'entrée en vigueur des modifications à la Loi concernant l'adoption, une hausse des demandes d'information de la part des personnes adoptées et des parents biologiques est remarquée.

Demandes de recherches d'antécédents et de retrouvailles réalisées et terminées durant l'année			
	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Recherches d'antécédents	3	13	18
Retrouvailles	7	2	16

Quant au nombre d'adoptions, il a diminué par rapport à 2018-2019.

Adoptions d'enfants réalisées en cours d'année			
	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Nombre d'adoptions québécoises	10	8	2
Nombre de situations d'adoptions internationales impliquant la DPJ	7	5	3

Prise de rendez-vous en ligne pour les cliniques des jeunes

Depuis le 15 avril 2019, les jeunes âgés de 12 à 24 ans habitant les MRC de L'Assomption et Les Moulins, ou fréquentant l'une des écoles de ces secteurs, ont accès à la prise de rendez-vous en ligne pour les services infirmiers des 2 cliniques des jeunes via la page *Prendre rendez-vous* du site Web du CISSS. Cette clientèle peut donc maintenant bénéficier d'un autre moyen pour obtenir des services relativement à la contraception et aux ITSS.

Services psychosociaux de 1^{re} ligne en jeunesse

La dernière année a été ponctuée de nombreux travaux portant sur les trajectoires cliniques en collaboration avec la Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DDI-TSA-DP), la Direction des programmes santé mentale et dépendance (DSMD) et le Service de soutien à domicile (SAD). Ces travaux avaient pour but de limiter le temps d'attente entre les différents épisodes de services, d'assurer une fluidité et d'offrir une plus grande intensité de services par la complémentarité intersectorielle. L'application de la gestion intégrée, incluant un plan d'action soutenu, a contribué à l'accès des premiers services dispensés dans un délai de 30 jours pour les jeunes en difficulté (JED mission CLSC) à 65,5 %, ce qui constitue une hausse de 15 % comparativement à l'an dernier. Pour

le volet santé mentale jeunesse, le résultat obtenu est de 77,3 %, ce qui constitue une hausse de 26 % comparativement à l'année précédente. De plus, depuis le 1^{er} mars 2020, une démarche intensive aux accès « blitz » a débuté. Celle-ci vise à offrir une réponse rapide de l'analyse des besoins des usagers.

Interventions de groupes en jeunesse

Que ce soit pour la clientèle 0-5 ans, la clientèle 6-11 ans ou la clientèle 12-18 ans, l'offre de service de groupes déployée sur l'ensemble du territoire a permis de joindre un nombre important d'enfants, de jeunes et de parents en 2019-2020.

Intégration des services de groupes clientèle JED

En 2019-2020, l'établissement a opté pour un modèle d'intégration des offres de service de groupes pour la clientèle jeunes en difficulté, lequel s'adresse à la fois aux services de 1^{re} et 2 lignes, et ce, de façon régionale.

Application des mesures en protection de la jeunesse

L'année 2019-2020 a été caractérisée par une augmentation significative du volume des demandes au sein des équipes en protection de la jeunesse, combinée à de la mouvance au sein du personnel. Cela dit, des investissements massifs du gouvernement ont permis d'accroître de façon importante le nombre de professionnels des équipes. Ces investissements ont également permis de rehausser le soutien clinique offert aux intervenants en doublant le nombre de coordonnateurs interprofessionnel (CIP) et en créant, pour la première fois, en application des mesures, des postes de spécialistes en activités cliniques (SAC).

Plusieurs autres actions ont été mises en place afin de rehausser, de stabiliser et de soutenir les équipes de travail en vue d'assurer à la clientèle l'accès à des services de qualité. Parmi celles-ci, notons :

- La création de postes au-delà de la structure pour pallier les absences et le manque de ressources;
- La réaffectation d'employées enceintes pour soutenir certaines tâches;
- L'élaboration d'inventaires des tâches des agentes de relations humaines, des techniciennes en travail social, des éducateurs et des agentes administratives visant à optimiser le travail de chacun. Des actions sont en cours afin d'actualiser les opportunités d'amélioration soulevées;
- Le déploiement de nouveaux outils de travail permettant une plus grande mobilité aux intervenants.

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

En 2019-2020, l'intégration des soins et des services est demeurée la priorité pour l'organisation des services en déficience intellectuelle (DI), trouble du spectre de l'autisme (TSA) et déficience physique (DP). Les travaux ont tous été centrés sur la mise en place des moyens nécessaires pour assurer une prestation de services accessible, de qualité et continue.

Le mécanisme centralisé de gestion de la liste d'attente a permis de maintenir l'atteinte des cibles au plan d'accès en DP avec un taux de 99,4 %, comparativement à 99,3 % l'an dernier. De plus, on observe une amélioration du taux de respect au plan d'accès en DI-TSA avec 99 %, comparativement à 97,3 % l'année précédente. Notons également que la gestion prévisionnelle des ressources humaines assurée par la fonction de coordination clinique a permis une meilleure planification des assignations en services de réadaptation et un déploiement des effectifs en fonction des besoins de la clientèle.

Pour les usagers en niveau de soins alternatifs, l'assignation d'un intervenant pivot a permis d'assurer un accompagnement intégré de ces usagers et a facilité les liens entre les directions. Des impacts positifs sont toujours observés sur le plan d'accès pour les usagers en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) :

Délai d'attente en URFI				
		2017-2018	2018-2019	2019-2020
Délai d'attente	Nord	10 jours	5 jours	4 jours
	Sud	8 jours	5 jours	5 jours

De plus, plusieurs travaux en continu se sont poursuivis :

- Arrimages interdirections convenus entre la Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DDI-TSA-DP), la Direction du programme jeunesse (DJ) et la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) pour améliorer l'accessibilité et la fluidité des services, non seulement pour la clientèle en enfance (0 à 7 ans), mais également en jeunesse (8 à 21 ans);
- Actualisation de nouvelles ententes pour les activités de jour avec 6 organismes de la communauté afin de répondre aux besoins évolutifs de la clientèle. Ces ententes ont permis d'augmenter l'accès à des activités de jour pour la clientèle adulte en DI-TSA-DP (déficiences motrices, langagières, auditives ou visuelles) ayant terminé sa scolarisation et dont les capacités limitent significativement la possibilité d'intégrer un stage ou un emploi. Plus d'une centaine d'usagers peuvent ainsi poursuivre des activités socioprofessionnelles.

Agir tôt pour le développement des enfants

Le CISSS a reçu 2,7 M\$ pour le déploiement du programme Agir tôt au sein des programmes DI-TSA-DP et des programmes JED pour optimiser le dépistage des troubles neuro-développementaux ou de déficiences chez les enfants de 0 à 5 ans.

À ce jour, cet investissement a servi à l'embauche de 8,2 postes pour le volet DI-TSA-DP (ex. : agentes administratives, techniciens en éducation spécialisée, ergothérapeutes et orthophonistes). De même, 2,2 postes sont en processus de dotation, ce qui totalisera 10,4 nouveaux postes au volet DI-TSA-DP.

La trajectoire de services intégrés chez les 0-7 ans, mise en place depuis 2018, est conforme aux attentes ministérielles dans le cadre du programme Agir tôt. Une amélioration de l'accès aux services de stimulation précoce pour les enfants présentant un retard de développement ou une déficience s'observe déjà depuis le déploiement de ce programme. Le taux de respect des délais d'accès pour 2019-2020 est de 99,26 %, ce qui est grandement supérieur à la cible de 90 %.

Globalement, on observe une hausse des usagers desservis en retard de développement en 2019-2020, comparativement à la même période l'an dernier, soit 239 usagers de plus. On note également une importante hausse des interventions effectuées, soit 4 344 interventions de plus que l'an dernier.

En retard de développement		
	2018-2019	2019-2020
Nombre d'utilisateurs desservis	1813	2052
Nombre d'interventions	11 357	15 701

Programme de soutien à la famille

La gestion régionale du programme Soutien à la famille (SAF), instaurée au premier trimestre de 2019-2020, a permis une gestion centralisée et harmonisée dans la région, permettant de desservir 1 739 utilisateurs en 2019-2020, comparativement à 1 146 en 2018-2019. Le rehaussement du programme SAF octroyé a également permis de desservir 199 utilisateurs supplémentaires et leur famille au terme de 2019-2020.

Plan d'action sur le TSA

En ce qui concerne le Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA), en cours depuis 2017-2018, une constante diminution du nombre d'utilisateurs ayant un TSA en attente d'un premier service spécialisé est observée, et ce, particulièrement à l'enfance (0-7 ans), passant de 64 enfants en attente en 2018-2019 à 27 enfants au terme de 2019-2020.

Nombre d'utilisateurs ayant un TSA en attente d'un premier service spécialisé			
	2017-2018	2018-2019	2019-2020
0 à 7 ans	63	64	27
8 à 21 ans	142	110	129
22 ans et plus	11	10	6
Total	216	184	162

Une constante augmentation du nombre d'utilisateurs ayant un TSA desservis en services spécialisés est observée. Au global, en 2019-2020, ce sont 1 588 utilisateurs ayant un TSA qui sont desservis en services spécialisés alors qu'en 2018-2019, il n'y en avait que 1 169. Cette augmentation est davantage marquée à l'enfance (0 à 7 ans), passant de 541 utilisateurs desservis en 2018-2019 à 775 utilisateurs desservis au terme de 2019-2020.

Nombre d'utilisateurs ayant un TSA desservis en services spécialisés			
	2017-2018	2018-2019	2019-2020
0 à 7 ans	399	547	775
8 à 21 ans	403	521	667
22 ans et plus	55	98	156
Total des utilisateurs desservis	857	1 166	1598

Santé mentale adulte

Centralisation du GASMA au Nord

En mai 2019, l'ensemble des intervenants œuvrant au guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA) Nord ont été centralisés au CHDL. Cette centralisation a permis aux intervenants de développer une vision et une pratique commune du guichet d'accès en santé mentale adulte, améliorant ainsi l'accès aux services. Ces travaux ont permis d'implanter le rôle de l'agent de liaison au GASMA et d'optimiser le rôle des agentes administratives.

Implantation du SIS régional

Le Service d'intégration socioprofessionnelle (SIS) a été déployé régionalement. Il s'agit d'une première au Québec. Le SIS permet à la clientèle adulte en santé mentale de renouer avec la sphère socioprofessionnelle (études, emplois, etc.) dans une démarche de réadaptation en vue du rétablissement. Près de 300 usagers ont bénéficié du service en 2019-2020. Par ailleurs, les Ateliers REVIVRE font partie de l'offre de service pour le volet « Autogestion en milieu de travail pour les troubles anxieux et les troubles de l'humeur » et ceux-ci ont débuté à l'automne 2019 sur tout le territoire. Quarante-quatre usagers ont bénéficié du service.

Dépendance

La révision et la restructuration de la procédure d'accueil et d'analyse des demandes en dépendance ont été effectuées. Le processus a été ainsi allégé pour faciliter l'accès et la fluidité aux services. Une hausse du nombre d'usagers évalués sous le délai des 15 jours ouvrables a été observée avec 94 % de conformité.

Soutien à domicile auprès des personnes ayant une déficience

L'engagement fixé par le MSSS en regard de l'intensité des services en soutien à domicile a été respecté, passant de 13 408 heures en 2018-2019 à 13 460 heures en 2019-2020. Au terme de 2019-2020, le nombre d'usagers desservis âgés de 18 ans et plus a augmenté, passant de 943 usagers en 2018-2019 à 1 020 en 2019-2020. Le nombre d'interventions a également significativement augmenté, passant de 8 136 en 2018-2019 à 8 690 en 2019-2020.

Guichet d'accès en soutien à domicile

Depuis le 10 mars 2020, les appels téléphoniques pour les deux guichets d'accès en soutien à domicile (réseaux locaux de services Nord et Sud) sont centralisés à un seul et même numéro. La mise en place de ce numéro unique permet de faciliter l'accès aux services du soutien à domicile pour la population de la région.

Soutien à domicile

Au cours de la dernière année, l'équipe du soutien à domicile de la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) a respecté la majorité des engagements fixés avec le MSSS au regard de l'accessibilité aux soins et aux services. Voici quelques-uns des résultats obtenus en 2019-2020 :

- Le nombre d'usagers bénéficiant de services de soutien à domicile de longue durée a augmenté de près de 4 %;
- Le nombre d'heures de services de soutien à domicile en longue durée a augmenté de près de 30 %;
- L'ensemble de la clientèle de soutien à domicile a pu bénéficier d'un total de 1 154 371 heures de services;

- Malgré une hausse constante du nombre d'usagers recevant des services de soutien à domicile, le nombre d'usagers en attente de service est en baisse par rapport à l'an dernier.

Ces données témoignent des efforts déployés à l'amélioration de l'accessibilité et de l'intensité des services offerts.

De même, la combinaison de plusieurs stratégies explique ces résultats dont :

- Des investissements importants;
- Une structure de soutien aux employés qui bénéficient de l'accompagnement de conseillers aux pratiques professionnelles;
- Une gestion de proximité des équipes confiée à un « leader » (assistante au supérieur immédiat ou professionnelle) et une approche interprofessionnelle;
- Des partenariats avec plusieurs résidences du territoire pour des services de proximité selon le choix des usagers.

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.

Accessibilité aux services de langue anglaise

En 2019-2020, l'établissement a poursuivi ses actions quant à l'accessibilité aux services en langue anglaise. Ainsi, en juillet 2019, le conseil d'administration a officialisé la création du comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de Lanaudière. Huit représentants de la communauté anglophone de la région siègent à ce comité et une première séance s'est tenue le 4 septembre 2019. Lors des rencontres subséquentes, le comité régional a eu pour mandat de procéder à une évaluation rigoureuse du nouveau programme d'accès à des services en langue anglaise dans Lanaudière.

Afin de mettre sur pied ce nouveau programme d'accès, l'établissement a procédé à des consultations auprès de partenaires, à une analyse du portrait statistique et socioéconomique de la population anglophone de la région et à une recension de l'accès aux services en anglais dans les directions cliniques. Le programme 2020-2025 a été adopté par le CA le 9 mars 2020.

Ce programme balise et consolide les pratiques à adopter pour un meilleur accès à des services en anglais. De plus, un plan d'action 2020-2021 y est annexé et priorise des objectifs à atteindre en lien avec des pistes d'amélioration. La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) a pour mandat d'assurer la mise en place du programme d'accès.

Le CISSS a aussi maintenu son partenariat avec l'Organisation de la communauté anglophone de Lanaudière (OCAL) pour assurer le lien avec la communauté anglophone lanaudoise. De plus, l'établissement a poursuivi différents projets et activités qui contribuent à améliorer l'offre générale des services en anglais : les groupes de conversation en langue anglaise, l'accès à la formation universitaire en langue anglaise pour les membres du personnel et le comité interne de langue anglaise formé de représentants des directions cliniques.

L'établissement a également mis à la disposition des intervenants des outils leur permettant d'améliorer leurs communications avec les communautés anglophones et allophones du territoire. Ainsi, il dispose d'une banque d'interprètes pour faciliter

les échanges lors de rencontres et offre un service de traduction de documents. Son répertoire des documents traduits en anglais est mis à jour périodiquement.

Finalement, un agent de planification, de programmation et de recherche de la DQEPE agit à titre de responsable de l'accès aux services en langue anglaise. Ce dernier assure la continuité de l'ensemble des services et maintient des liens avec la communauté anglophone.

Services préhospitaliers d'urgence

Au niveau des services de premiers répondants (PR), l'établissement a collaboré au rehaussement du niveau de service des PR de la municipalité de Saint-Félix-de-Valois, permettant ainsi une prise en charge plus efficace des usagers victimes de divers types de traumatismes, dans ce secteur.

Enfin, le Département de formation des services préhospitaliers d'urgence s'assure de la formation et du maintien des compétences des divers intervenants préhospitaliers dont :

- 633 policiers formés en défibrillation externe automatisée;
- 450 premiers répondants;
- 315 techniciens-ambulanciers paramédics.

Prévention et contrôle des infections

Le Service de prévention et contrôle des infections a mis sur pied un processus d'audit d'hygiène des mains 6 fois par année afin de permettre une amélioration constante des cibles de conformité à l'hygiène des mains.

De plus, dans le cadre du processus d'agrément, le service apporte son soutien à toutes les directions cliniques. Le secteur veille de plus à l'implantation des pratiques de base et soutient les directions dans l'application des pratiques exemplaires.

Stratégie de dépistage du cancer du sein

La région de Lanaudière a été choisie, avec la Capitale-Nationale, pour participer au projet « Perspectives : intégration et implantation ». Il s'agit de la première étude au Canada à évaluer une nouvelle stratégie de dépistage du cancer du sein qui tient compte du risque de chaque femme. Le projet, auquel prendront part 8 000 femmes du Québec et de l'Ontario, sera mené par une équipe de recherche, dont 2 médecins du CISSS. Le caractère novateur de cette étude mènera même l'équipe de recherche à présenter ses travaux au Congrès de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire.

Nouvelle unité d'endoscopie au CHDL

Le CISSS a inauguré sa nouvelle unité d'endoscopie au CHDL en septembre 2019. Ce projet, totalisant 8 126 000 \$ d'investissement, a été financé à la hauteur de 5 626 000 \$ par le CISSS et le MSSS. Il a également été rendu possible grâce au don de 2,5 M\$ de la Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière.

Les 2 salles de procédures supplémentaires de même que le nouvel aménagement permettent aux équipes de professionnels de poursuivre leur mission tout en améliorant les soins et les services offerts à la population. Les espaces fonctionnels et adaptés aux besoins des usagers favorisent l'accessibilité, la fluidité, l'efficacité et la confidentialité. Les salles d'endoscopie sont munies d'équipements à la fine pointe de la technologie afin d'offrir un service optimisé, des traitements mieux ciblés et la détection précoce de certains cancers. Lampe à ultraviolet pour la désinfection des salles, colonnes de

service pour une meilleure ergonomie, armoires ventilées pour un rangement sécuritaire des endoscopes de même que plusieurs autres équipements spécialisés permettent la mise en œuvre des meilleures pratiques cliniques en endoscopie.

Intégration de la chirurgie endovasculaire

L'offre de service en chirurgie s'est bonifiée par l'implantation de la chirurgie endovasculaire. Cette pratique permet une prise en charge complète de la clientèle qui requière ce type d'intervention à même notre région.

Télésanté

En ce qui concerne la télésanté, un projet pilote visant les soins aux grands brûlés a été amorcé. Les travaux se poursuivront en cours d'année.

Un projet pilote de télécomparution pour la clientèle en santé mentale de l'HPLG a également été mis en place.

Des suivis améliorés

L'utilisation du logiciel statistique *eGAP* au sein des équipes de la Direction des services multidisciplinaires a permis :

- D'améliorer le partage d'informations et de commentaires spécifiques aux usagers pris en charge par les professionnels;
- D'améliorer l'inter et l'intra professionnalité en intrahospitalier en permettant l'écriture et la lecture d'informations pertinentes au suivi des usagers;
- De faciliter la coordination des activités cliniques quotidiennes requises pour un usager entre les professionnels intrahospitaliers et les partenaires externes;
- De diminuer la perte de temps à la recherche d'informations;
- D'optimiser la gestion des suivis, des congés et des NSA dans la trajectoire de l'utilisateur.

Gestion de cas complexes et arrimage des communications avec les partenaires

L'implication des coordonnateurs interprofessionnels (CIP) à la gestion des cas complexes et aux communications avec les partenaires a permis :

- De soutenir la coordination des activités des professionnels en intrahospitalier;
- De libérer des professionnels des activités d'arrimage avec les partenaires externes dans la gestion des cas complexes;
- D'optimiser les délais d'organisation des congés;
- D'optimiser le flux des activités professionnelles pour les cliniques externes et l'intrahospitalier;
- De s'assurer du respect de l'offre de service des professionnels en validant la pertinence des requêtes.
- De s'assurer du respect des activités en fonction de la trajectoire de l'utilisateur;
- De soutenir la priorisation de prise en charge de la clientèle.

Présence des proches d'un usager hébergé ou hospitalisé

Un nouveau règlement sur la présence des proches d'un usager hébergé ou hospitalisé dans les installations du CISSS et dans les ressources intermédiaires a été adopté en cours d'année. L'orientation privilégiée vise à favoriser le bien-être et le rétablissement des usagers tout en facilitant les contacts avec la famille et les proches, considérés comme des partenaires importants.

Contact peau à peau lors d'une césarienne élective

Depuis plusieurs années, les mamans qui donnent naissance à l'Unité de natalité du CHDL ou de l'HPLG peuvent bénéficier du peau à peau avec leurs enfants à la suite de l'accouchement. À l'HPLG, le peau à peau est aussi possible lors d'une césarienne planifiée. Depuis l'automne 2019, les femmes qui donnent naissance par césarienne au CHDL peuvent maintenant vivre cette expérience unique avec leur bébé puisque dans un souci d'amélioration de la qualité des soins, les équipes concernées ont collaboré afin d'instaurer cette pratique au bloc opératoire et à la salle de réveil auprès de toutes les usagères ayant une césarienne planifiée.

Introduction des infirmières auxiliaires en natalité à l'HPLG

Depuis quelques années, le CISSS connaît une augmentation significative du nombre d'accouchements en natalité à l'HPLG. Afin de répondre à cette croissance qui, jumelée aux enjeux de disponibilité des ressources, crée une pression importante sur l'équipe de soins, des infirmières auxiliaires ont été intégrées au personnel de la natalité en août 2019. Pour faciliter la transition, un plan d'accueil et d'accompagnement a été mis en place en collaboration avec la Direction des soins infirmiers. De plus, des rencontres régulières entre les employés, la direction et le syndicat se sont tenues afin d'informer et d'accompagner le personnel au cours de cette démarche. Le personnel a été mis à contribution afin d'identifier les éléments d'amélioration et les solutions possibles. Le travail en dyade infirmière-infirmière auxiliaire est maintenant intégré et apprécié par l'équipe de soins.

Déploiement du programme EMMIE au CHDL

Le Programme EMMIE est un programme provincial de promotion de la vaccination basé sur l'entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants. Ce programme offre à tous les nouveaux parents, lors du séjour en maternité, un échange ouvert sur la vaccination, qui permet de les soutenir dans leur décision de faire vacciner leur enfant.

Le programme EMMIE est offert à la natalité de l'HPLG depuis l'automne 2017. Les parents à la natalité du CHDL ont quant à eux accès à ce programme depuis le 31 octobre 2019. La collaboration entre les secteurs de la 1^{re} ligne et de la natalité de l'HPLG ont permis de joindre un grand nombre de parents. Ainsi, pour l'année 2019-2020, 95 % des parents à l'HPLG et 86,7 % des parents au CHDL ont pris part au programme lors de leur séjour en maternité.

Secteur 0-5 ans

Une nouvelle entente a été développée et harmonisée en partenariat avec les CPE de la région en vue de baliser les places protocole.

En novembre 2019, une rencontre a eu lieu avec les organismes communautaires, la santé publique et la Fondation Olo dans le cadre de la création des environnements favorables.

En janvier 2020, la présentation du nouveau cadre de référence SIPPE (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance) avec la collaboration de la santé publique a été effectuée. Près de 80 intervenants ont participé aux différents ateliers d'intégration. L'application du nouveau cadre de référence SIPPE constitue un plus pour la clientèle.

Santé mentale jeunesse (SMJ) 12-18 ans

En 2019-2020, le volet de la santé mentale 2^e ligne de la Direction du programme jeunesse a transité vers la Direction des programmes santé mentale et dépendance. Cette transformation a pour but d'améliorer la fluidité et d'harmoniser le parcours jeunesse-adulte pour la clientèle bénéficiant de cette offre de service.

Protection de la jeunesse

En 2019-2020, la Direction de la protection de la jeunesse a vécu une crise administrative importante qui l'a laissée sans directeur une bonne partie de l'année. Une restructuration a donc été entreprise permettant à l'équipe de consolider ses assises et d'accomplir de belles réalisations.

Ainsi :

- En collaboration avec la Direction du programme jeunesse, un plan d'action JED (jeunes en difficulté) a été adopté;
- Des investissements ont permis la création de postes pour les équipes Évaluation/Orientation dans le but de diminuer la liste d'attente;
- Parallèlement à ces investissements, les intervenants ont été invités à participer à des blitz de traitement de dossiers, en surplus de leur tâche, à compter de décembre 2019. Ces blitz se sont poursuivis jusqu'en mai 2020 et ont permis de complètement résorber la liste d'attente.

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

Les travaux amorcés en 2018-2019 se sont poursuivis au cours de la dernière année afin de permettre à l'utilisateur, à sa famille et à ses proches de bénéficier d'une expérience de soins et de services de qualité.

Depuis mai 2019, le déploiement du programme Agir tôt a été intégré dans différents travaux d'amélioration de l'accès, dont notamment :

- Mise en place de mécanismes d'arrimage avec la Direction du programme jeunesse et la Direction de la protection de la jeunesse afin d'assurer une plus grande fluidité et une meilleure complémentarité des services dans le cheminement des enfants de 0 à 5 ans;
- Intégration des services en physiothérapie dans les équipes enfance pour le traitement de certaines conditions (ex. : plagiocéphalie, paralysie du plexus brachial, torticolis congénital et fracture de la clavicule néonatale).

Retards de langage

À la suite d'un avis sur le trouble développemental du langage produit par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), les 5 équipes en enfance à la Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DDI-TSA-DP) ont constaté que plusieurs recommandations étaient déjà en place. Un groupe de travail a été mis sur pied pour revoir certains éléments devant être ajustés pour assurer une offre de service conforme à l'avis de l'INESSS, soit :

- Un continuum de services structuré selon des services imbriqués;
- Des services offerts en fonction des besoins de l'utilisateur et sans exigence d'un diagnostic;
- Des activités de groupe et individuelles (65 groupes actifs en 2019-2020).

L'intégration des services de 1^{re} et de 2^e lignes dans chacune des équipes a permis de compléter l'offre de service intégré visant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services.

Projet « Hanen » - Programme « Apprendre à parler avec plaisir »

À l'automne 2019, la première phase de déploiement de l'approche « Hanen » - Programme « Apprendre à parler avec plaisir » auprès des milieux de garde a été enclenchée. Ce programme de coaching en langage s'adresse aux éducatrices en milieu de garde du territoire de Lanaudière. Ce sont 18 centres de la petite enfance (CPE) et 2 organismes de la communauté qui ont été joints pour implanter cette approche avec le soutien de la DDI-TSA-DP à compter de février 2020. Des orthophonistes en enfance de la direction formeront ces éducatrices en milieu de garde et leur offriront des séances de *vidéofeedbacks* afin de les outiller pour soutenir les enfants qui présentent des difficultés langagières.

Services en enfance et en jeunesse pour le territoire de la Manawan

L'automne 2019-2020 a été marqué par la bonification de l'offre de service en enfance et en jeunesse pour la population Atikamekw de Manawan et en milieu urbain. Cette démarche, réalisée en collaboration avec les partenaires de la communauté Atikamekw (milieux de garde, milieu scolaire, services de santé) ainsi qu'en collaboration avec les programmes JED de la Direction du programme jeunesse, a permis de rendre accessibles des services de proximité adaptés au besoin de la clientèle en enfance et en jeunesse et de consolider les services interdisciplinaires offerts de façon hebdomadaire depuis 2015 sur ce territoire lanaudois.

Une initiative innovante pour les usagers en santé mentale

Afin de développer un nouveau système de renforcement des comportements, une « Boutique thérapeutique » a été mise en place aux unités de soins de longue durée psychiatriques du CHDL. Ainsi, les usagers dont on souhaite récompenser les efforts et les réussites de même que ceux dont c'est l'anniversaire peuvent aller à la boutique pour se choisir un cadeau. Les articles disponibles, soit des bijoux, des casquettes, des DVD, des produits d'hygiène, etc., ont été achetés grâce à des dons.

Offre de service en travail social dans les unités d'hospitalisation en psychiatrie

Afin de bonifier l'offre de service dans les unités d'hospitalisation en courte durée psychiatriques, 2 postes à temps complet ont été créés en travail social. Ceci permettra d'étendre le service de travail social 7 jours sur 7, permettant ainsi une plus grande couverture et une force de travail plus importante pour chercher des ressources d'hébergement aux usagers afin de diminuer les durées de séjour à l'interne.

Santé mentale adulte

Alliance Lanaudière

En partenariat avec le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM), le CISSS a déployé la plateforme Alliance dans Lanaudière, un guide de soutien à la décision clinique en santé mentale adulte. Alliance est un outil qui vise à soutenir le réseau de la santé, particulièrement les médecins de famille, dans l'important défi d'améliorer les soins et les services pour les personnes qui souffrent de troubles de santé mentale.

Développement d'une ressource intermédiaire au Sud pour la clientèle en santé mentale

En 2019, le CISSS a conclu une entente particulière avec un promoteur privé en vue du maintien ou de l'intégration, dans la communauté, d'usagers inscrits aux services d'un établissement public, en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant les services de soutien ou d'assistance requis par leur condition.

L'immeuble d'habitation où seront offerts les services en ressource intermédiaire est situé à Repentigny et compte 20 places. Les nouveaux résidents pourront y être accueillis dès l'automne 2020.

Déploiement du Cadre de référence du PEP

Le Programme d'intervention pour premiers épisodes psychotiques (PEP) a vu le jour à l'été 2018. Ce programme, pour jeunes adultes vivant un premier épisode psychotique, a pour objectif d'intervenir rapidement avec une plus grande intensité afin d'éviter les hospitalisations.

L'ajout de 4 nouveaux professionnels en 2019 a permis d'offrir l'intensité de services recommandée par le CNESM, en respectant le ratio intervenant pivot/dossiers actifs.

Thérapie comportementale dialectique (TCD)

En 2019-2020, une équipe de 3 intervenantes jeunesse a été mise en place en soutien à une psychiatre de l'établissement. Cette équipe travaille présentement à développer une nouvelle offre de service pour les adolescents ayant un trouble de personnalité limite.

Les Impatients

La collaboration entre la Direction des programmes santé mentale et dépendance et l'organisme les Impatients s'est poursuivie durant l'année 2019-2020 avec l'ajout de 4 groupes d'ateliers d'art à la clinique externe de psychiatrie de Rawdon. Ainsi, ces ateliers sont maintenant accessibles pour une grande partie de la population de Lanaudière, puisque des ateliers sont également offerts à Joliette et à Repentigny. Plus de 120 personnes y participent.

Dépendance

L'année 2019-2020 a été marquée par la remise sur pied de la Table de concertation régionale en dépendance avec l'ensemble des partenaires du CISSS. Lors de la première rencontre tenue en février 2020, où plusieurs partenaires du milieu communautaire, scolaire, policier, etc. étaient présents, il a été convenu de créer 2 sous-comités de travail découlant du plan d'action en dépendance 2018-2028.

Quatre nouveaux points de chute visant à mieux desservir le nord de Lanaudière par une offre de service géographiquement rapprochée ont été mis en place afin d'offrir des services de proximité accessibles à la population.

L'équipe de liaison est présente dans les organismes communautaires afin de rencontrer des personnes susceptibles de bénéficier des services du Centre de réadaptation en dépendance. Cette équipe utilise la stratégie de « reaching out » dans la communauté et des stratégies d'intervention visant à renforcer la motivation.

Soutien à domicile

Au cours de l'année 2019-2020, le MSSS a procédé à plusieurs investissements majeurs en soutien à domicile qui ont permis de bonifier le financement des appareils et

des aides techniques pour favoriser le soutien à domicile, de créer plusieurs postes et d'améliorer les services offerts directement aux proches aidants.

Regroupement des soins et des services en Haute-Matawinie

En 2019-2020, la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) a actualisé le projet de regrouper la gestion des soins et des services offerts à Saint-Michel-des-Saints. Ce projet permettra d'améliorer la réponse aux besoins ainsi que la continuité des services à la population de la municipalité et des municipalités avoisinantes. Permettant une meilleure flexibilité dans la gestion des ressources humaines, ce projet se veut également attractif pour le personnel en raison, notamment, de la diminution des déplacements entre les installations et de la diversité des tâches. Finalement, grâce à une collaboration avec la Commission scolaire des Samares, la formation d'une cohorte d'étudiants a commencé à même les installations de Saint-Michel-des-Saints, laquelle mènera à la double accréditation d'auxiliaire aux services de santé et sociaux et de préposé aux bénéficiaires, améliorant l'accès aux services et la mobilité des ressources.

Déménagement de la clinique d'investigation gériatrique ambulatoire

Auparavant située à l'HPLG, la Clinique d'investigation gériatrique ambulatoire (CIGA) a été relocalisée dans de plus grands locaux, mieux adaptés, au Centre multiservices de santé et de services sociaux Claude-David, et ce, à compter du 2 décembre 2019. L'inauguration des nouvelles installations a eu lieu le 11 février 2020.

Les travaux d'aménagement ont nécessité un investissement de 2,7 M\$, dont un montant de 800 000 \$ provient des dons recueillis par la Fondation Santé Sud de Lanaudière.

En plus de doubler la superficie de la clinique, le nouvel emplacement permet d'y regrouper des professionnels en ergothérapie, en physiothérapie, en nutrition, en neuropsychologie, etc. De plus, l'équipe médicale est en croissance constante depuis 2015, 4 gériatres s'étant ajoutés à l'équipe de 5 omnipraticiens dédiant leur pratique aux soins aux personnes âgées. Ceci a permis une bonification de l'offre de service en gériatrie pour mieux répondre, en partenariat avec la 1^{re} ligne, aux besoins de la clientèle âgée vulnérable.

Projet pilote | Repérage des aînés en perte d'autonomie

Le CISSS est l'un des 3 établissements désignés par le MSSS pour mettre en place une pratique de repérage des aînés de 75 ans et plus en perte d'autonomie vivant à domicile. Des études démontrent en effet qu'à partir de cet âge, la perte d'autonomie s'accroît. Or, malgré leurs besoins croissants, beaucoup d'aînés demeurent inconnus des services de soutien à domicile. Ce projet pilote, d'une durée de 6 mois, a permis de documenter les meilleures pratiques pouvant être déployées au niveau provincial afin d'agir en amont des problématiques et d'assurer une meilleure accessibilité aux services. La région de Lanaudière pourra donc bénéficier dès maintenant des avantages liés à ces mesures pour sa population.

Dévoilement de la Charte du milieu de vie en centre d'hébergement

En 2019-2020, la DSAPA a procédé au dévoilement de la nouvelle *Charte du milieu de vie* des centres d'hébergement. Ce document exprime l'engagement de l'établissement à offrir aux résidents un environnement et des services de qualité, respectueux et adaptés, dans un climat harmonieux. La charte aborde plusieurs thèmes dont l'autonomie de la personne hébergée, le respect de ses choix et de ses goûts, la nécessité de l'informer des sujets qui la concernent et des activités du milieu, et la

reconnaissance de sa liberté d'action. S'inspirant d'outils existants, la Charte a aussi fait l'objet d'une consultation auprès des comités des usagers de l'établissement.

Relance des actions adaptées à une clientèle âgée

En 2019-2020, le CISSS a relancé les différents chantiers concernant une approche de soins et de services adaptée à la clientèle âgée en perte d'autonomie. Ces travaux ont pour but de poursuivre le développement d'une culture adaptée à la personne âgée dans l'ensemble des milieux de soins, de diminuer le recours précoce à l'hébergement et d'améliorer leur qualité de vie et leur sécurité dans leur milieu.

Des IPS en centre d'hébergement

Le CISSS se démarque par l'intégration d'infirmières praticiennes spécialisées (IPSPL) en CHSLD depuis décembre 2019. Il est constaté que l'exercice de son rôle a un impact positif sur la qualité des soins aux usagers et l'amélioration continue des pratiques.

Rehaussement de la structure de poste PAB en centre d'hébergement

En février 2020, la DSAPA a procédé au rehaussement de la structure de poste de préposés aux bénéficiaires en CHSLD. Ainsi, ce sont près de 90 postes qui ont été créés ou rehaussés. Ces ajouts ont permis d'offrir des postes plus attractifs et de stabiliser les équipes en place.

Hébergement en CHSLD

Au cours de l'année 2019-2020, le CISSS a poursuivi les travaux dans le but d'offrir un deuxième bain à la clientèle hébergée en CHSLD, et ce, en fonction des désirs exprimés par les résidents. La disponibilité du personnel de soutien et d'assistance demeure un enjeu pour pleinement actualiser cet ajustement à l'offre de service.

L'établissement poursuit également les travaux visant à améliorer l'offre alimentaire en hébergement. Dans le cadre des visites qui ont eu lieu dans certains centres d'hébergement, l'équipe de direction a pu partager un repas avec le personnel et les familles. Les commentaires constructifs de l'ensemble des personnes présentes ont permis de procéder à des ajustements, notamment l'ajout de produits frais en saison, la proposition de choix de menus alternatifs au repas proposé ainsi que l'amélioration de la présentation des plats.

Inauguration du Centre d'hébergement Sylvie-Lespérance

Le Centre d'hébergement Sylvie-Lespérance a été inauguré le 3 septembre 2019 en présence de la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, Marguerite Blais. Ce nouveau CHSLD de 68 lits a été construit au coût de 10 M\$ par la Fondation Sylvie-Lespérance qui en a fait don au réseau public. Un montant de 1,2 M\$ a aussi été consenti par la Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière pour l'achat du mobilier et de l'équipement.

Cette installation a été conçue afin de répondre aux meilleures pratiques de l'approche milieu de vie. Entre autres, le centre bénéficie d'un aménagement architectural des unités de vie permettant de les transformer facilement en micro-milieus afin d'y regrouper une clientèle ayant les mêmes caractéristiques, par exemple les résidents faisant de l'errance. Sur le plan clinique, les micro-milieus favorisent le développement d'une expertise chez le personnel, ce qui permet une réponse mieux adaptée aux besoins des résidents et d'offrir une meilleure qualité de soins et de services.

Ouverture d'une unité de transition au Centre d'hébergement de Repentigny

Pour faire face à la congestion hospitalière à l'HPLG et offrir un environnement répondant davantage aux besoins des usagers, une unité de transition a été ouverte, en février 2019, au Centre d'hébergement de Repentigny. Dix lits y ont été aménagés en vue d'accueillir la clientèle hospitalisée en attente d'hébergement.

Réduction des antipsychotiques en CHSLD

Au cours de l'année 2020, la phase 3 du projet OPUS-AP (optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – Antipsychotiques) sera implantée dans l'ensemble des CHSLD du CISSS. Cette phase s'étendra jusqu'en août 2021. Ce programme ministériel vise à réduire l'usage des antipsychotiques chez les résidents. La phase 1 a eu lieu au Centre d'hébergement de L'Assomption en 2018 et la phase 2, dans l'ensemble des unités du Centre d'hébergement de L'Assomption ainsi qu'aux centres d'hébergement de Repentigny, Saint-Antoine-de-Padoue et Saint-Eusèbe en 2019. Les résultats observés montrent des impacts positifs sur les résidents, les proches et le personnel.

Aménagements pour la clientèle hébergée

Au cours de la dernière année, des projets d'aménagement des cours extérieures des CHSLD ont été réalisés. Ces projets ont permis d'améliorer l'aspect visuel de l'environnement et d'offrir aux résidents et à leur famille des lieux sécuritaires et adaptés où il fait bon se retrouver, échanger, faire de l'exercice, prendre l'air et renouer avec la nature.

Au Centre d'hébergement du Piedmont, une surface de jeux synthétique extérieure a été installée, visant spécifiquement à mobiliser les résidents en leur offrant la possibilité de relever différents défis physiques par le jeu.

Au Centre d'hébergement Saint-Antoine-de-Padoue, le projet de réaménagement de la cour a été inauguré le 20 juin 2019. Ce projet comprend l'aménagement d'espaces gazonnés et fleuris, la construction d'allées accessibles en fauteuil roulant, la rénovation de la grande pergola existante et des balançoires adaptées pour tous les types de clientèle. Également, des îlots prothétiques, soit des zones végétales favorisant la stimulation cognitive, ont été conçus dans le but de raviver la mémoire des résidents par le biais des 5 sens (fleurs comestibles, odorantes, etc.). D'autres travaux ont été réalisés au Centre d'hébergement de Repentigny.

Tous ces projets sont le fruit d'une volonté des milieux d'améliorer la qualité de vie des résidents. Ils se sont concrétisés grâce à l'implication des membres du personnel et des familles qui ont cru en ces projets et qui s'y sont investis.

Hébergement de transit : distance maximale de 45 kilomètres

Afin de mieux répondre aux besoins des personnes et des familles, le CISSS a modifié ses critères d'attribution des places en CHSLD. Ainsi, depuis janvier 2020, lorsqu'une personne ayant besoin d'hébergement de longue durée ne peut pas obtenir son premier choix de CHSLD ou de ressource intermédiaire, l'hébergement temporaire transitoire doit respecter un nouveau critère, c'est-à-dire être situé à un maximum de 45 kilomètres de son premier choix d'hébergement. Cette mesure limite à environ 30 minutes le temps de déplacement pour les familles désirant visiter leurs proches.

Soins buccodentaires en CHSLD

Depuis l'automne 2019, le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD est en cours de déploiement dans

les centres d'hébergement Parphilia-Ferland et Claude-David. Les autres CHSLD seront intégrés au programme en différentes phases. Dans le cadre de ce programme, les résidents des CHSLD pourront recevoir gratuitement un examen annuel réalisé par un dentiste ou un denturologiste ainsi que des soins préventifs fournis par les nouvelles hygiénistes dentaires œuvrant en CHSLD. Une formation est aussi offerte au personnel qui offrira les soins d'hygiène buccale aux résidents.

Une organisation en mouvement

Surveillance et début de la mise en place de mesures relatives à la pandémie de la COVID-19

À compter de la fin décembre 2019 et par la suite, la Direction de la santé publique s'est mise en mode vigie et surveillance de l'évolution du virus SARS-CoV2. Son arrivée en 2020 au Canada (25 janvier), au Québec (27 février) et dans Lanaudière (13 mars) a nécessité la mise en place rapide d'équipes dédiées aux enquêtes et aux suivis d'éclosions. Depuis le début de la crise sanitaire, suivant les recommandations ministérielles, le CISSS s'est mobilisé et a mis en place toutes les mesures et les suivis nécessaires afin de faire face à la situation.

Stages

En 2019-2020, le CISSS a poursuivi son importante contribution à la formation de la relève en accueillant 1 972 étudiants provenant de 10 établissements universitaires, 12 collèges et 12 commissions scolaires ou autres maisons d'enseignement avec lesquels il a des ententes. Ces ententes permettent aux étudiants inscrits dans les programmes universitaires couvrant 23 disciplines d'être accueillis, alors que ceux des autres maisons d'enseignement peuvent acquérir une formation dans 31 différents corps d'emploi. Le tableau qui suit indique la répartition des étudiants.

Répartition des étudiants	
Catégorie de stages	Nombre d'étudiants
Médecins résidents en médecine familiale	49
Autres médecins résidents	120
Préexternat et externat en médecine	163
Stages universitaires en soins infirmiers	207
Autres stages universitaires	175
Stages de niveau collégial en soins infirmiers	501
Autres stages des collèges ou autres maisons d'enseignement	757
Total	1 972

Encore cette année, les équipes de toutes les directions du CISSS se sont mobilisées et ont permis d'offrir aux étudiants une expérience enrichissante. La qualité des apprentissages cliniques et non cliniques offerts par les membres du CISSS mérite d'être soulignée, car elle est au cœur de la capacité d'attraction de l'établissement.

Ainsi, en comparaison de l'exercice précédent, la contribution s'est globalement maintenue, notamment pour les soins infirmiers avec l'accueil de 708 étudiants en comparaison de 706 en 2018-2019. Ce groupe constitue 36 % des étudiants accueillis et les efforts pour l'accueil en soins critiques se sont maintenus pour permettre le jumelage de 82 étudiants. Une croissance du nombre d'étudiants en médecine a été observée

passant de 13 % des étudiants accueillis, avec 263 étudiants en 2018-2019, à 17 %, avec 332 étudiants en 2019-2020.

Cette année, le CISSS a pu accueillir ses premiers infirmiers praticiens spécialisés (IPS) en stage en santé mentale grâce à une étroite collaboration avec les médecins psychiatres qui contribuent à la supervision de ces étudiants. Également, un nouveau programme de formation offert par les commissions scolaires a été implanté au Québec. Il s'agit du programme « Assistance à la personne en établissement et à domicile (APED) » et le CISSS a accueilli les premiers étudiants en stage de ce programme en octobre 2019. La mobilisation rapide des équipes de soins à domicile est à souligner, car elle a permis d'atteindre les objectifs de ce programme pour son volet des apprentissages à domicile.

Grâce à la centralisation de la coordination des stages à la Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche (DEUR), la gestion optimale de l'offre de stages, le suivi efficace avec les maisons d'enseignement et une meilleure rétention des stagiaires se sont consolidés. Cette année, dans un contexte de pénurie de ressources pour plusieurs catégories d'emploi, la DEUR a travaillé en étroite collaboration avec la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) pour renforcer le partenariat avec les maisons d'enseignement. Les deux directions partagent l'objectif d'attirer des stagiaires sachant qu'il s'agit d'un puissant levier pour recruter une main-d'œuvre qualifiée.

Vers un CISSS sans fumée

Suivant l'adoption de sa Politique sur des environnements sans fumée en décembre 2019, le CISSS a poursuivi sa démarche de sensibilisation. Ainsi, des sections de l'intranet et du site Web y sont consacrées et des affiches ont été installées à l'entrée des installations dont le CISSS est propriétaire ou locataire unique. Des kiosques d'informations ont eu lieu dans les deux hôpitaux, de même que des ateliers pour soutenir les membres du personnel, les médecins et les bénévoles désirant cesser de fumer ou réduire leur consommation.

Pour atteindre certains objectifs de sa politique en lien avec la clientèle hospitalisée, le CISSS a choisi d'implanter le Modèle d'Ottawa en abandon du tabac (MOAT). Celui-ci repose sur une approche clinique, globale et systématique du traitement de la dépendance tabagique grâce à un plan de mise en œuvre en 6 phases. Plusieurs directions participent à l'implantation du MOAT, notamment en lien avec l'élaboration des protocoles de soins, la formation du personnel concerné et la préparation du lancement prévu au printemps 2020.

Développement durable

Le CISSS a mis en place un comité paritaire en environnement. Chapeauté par la Direction des services techniques, ce nouveau comité dynamique et engagé est composé de représentants de plusieurs directions, des syndicats, du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et du comité des usagers du CISSS de Lanaudière. Ses premières rencontres ont permis de mettre la table en précisant son mandat et en listant les actions qui pourraient être entreprises afin de permettre à l'établissement l'adoption de meilleures pratiques environnementales.

Plan de gestion des risques de collusion et de corruption

Le Conseil du trésor a adopté, en juin 2016, la Directive concernant la gestion des risques en matière de corruption et de collusion dans les processus de gestion contractuelle entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2016. Pour se conformer à

cette directive, le CISSS s'est doté d'un plan de gestion des risques de collusion et de corruption. Ce plan a été déposé au Secrétariat du Conseil du trésor en décembre 2019. Il présente 45 risques qui devront être adressés au cours des 3 prochaines années. Les recommandations et le plan détaillé seront soumis au comité de direction de l'établissement pour adoption et mise en application.

Gestion de l'information

Dossier Santé numérique

En décembre 2018, le MSSS annonçait que les travaux visant l'implantation du dossier clinique informatisé (DCI) Cristal-Net à l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) étaient suspendus et que ces derniers devaient produire, pour le 1^{er} avril 2019, leur plan d'affaires concernant l'informatisation clinique. La Direction des ressources informationnelles Lanaudière – Laurentides – Laval (DRI LLL) a donc procédé, en impliquant les équipes cliniques du CISSS de Lanaudière, à une analyse d'impact et produit un plan d'affaires entériné par les présidents-directeurs généraux des CISSS des 3 régions (3L) à l'effet de poursuivre l'implantation du DCI Cristal-Net puisqu'il était le seul système à pouvoir offrir un dossier « établissement » pour l'ensemble des usagers.

En mai 2019, le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, Dr Lionel Carmant a annoncé que le RSSS optera pour un dossier santé numérique (DSN) unique pour l'ensemble des établissements. La DRI LLL, avec le concours du CISSS de Lanaudière, a donc travaillé au plan de transition local (PTL) décrivant les actions qu'elle compte entreprendre pour préparer la venue du DSN. Bien que débutée lors de l'exercice 2019-2020, la remise du PTL est attendue pour septembre 2020. Le DSN, pour sa part, est attendu dans un horizon de 4 à 7 ans pour le CISSS de Lanaudière.

Le PTL prévoit la poursuite du déploiement du DCI Cristal-Net, et ce, tant pour la portion appelée plateau technique que pour la partie du dossier numérisé appelée DPE.

Il est prévu que Cristal-Net soit déployé à l'ensemble des intervenants du CISSS de Lanaudière à compter d'octobre 2020.

Interface du système MedUrge vers ChartMaxx

Au printemps 2019, il a été décidé de construire une interface entre le système de l'urgence de l'HPLG, soit le système MedUrge, et le DPE ChartMaxx afin de minimiser les efforts de numérisation des documents produits par l'urgence et d'augmenter la sécurité des usagers en évitant la manipulation et le transport de dossiers papier. L'interface a ainsi été réalisée et est en fonction depuis mars 2020.

Coût par parcours de soins et services (CPSS)

Le système d'information unifié, qui vise la mise en place du calcul de coût par parcours de soins et de services a été implanté avec succès et à l'intérieur de l'échéancier souhaité. Le système est présentement en rodage et il est prévu d'y intégrer progressivement les données de l'exercice financier 2016-2017 jusqu'à aujourd'hui. Pour la fin de l'exercice 2019-2020, les données de 2016-2017 et de 2017-2018 ont été intégrées et les divers rapports produits ont fait l'objet d'une présentation au conseil d'administration ainsi qu'au comité de direction. Ces divers rapports ont pu démontrer l'efficacité du système, tant au niveau de la clientèle que de la qualité de la saisie des données.

Centre de traitement informatique

Lors de l'exercice financier 2019-2020, la DRI LLL a procédé à un réaménagement de ses centres de traitement informatique (CTI) afin d'accroître la performance et la robustesse des divers systèmes d'information qui y sont hébergés. En effet, les diverses installations du CISSS sont maintenant reliées à un CTI virtuel composé des CTI de la Cité-de-la-Santé et de celui situé au Centre hospitalier de Saint-Eustache. Cette configuration permettra d'assurer une redondance et une reprise de tous les systèmes d'information du CISSS de Lanaudière hébergés dans ces CTI. La bande passante étant supérieure à celle de l'ancien réseau, les utilisateurs percevront une amélioration du temps de réponse des diverses applications.

Unification des centres de services informatiques

Les centres de services informatiques (CSI) des CISSS des 3L utilisent maintenant le même système de billetterie, soit le système C2 Atom. L'unification des systèmes de billetterie permettra une plus grande flexibilité puisqu'il est prévu, à terme, que les CSI de chacun des CISSS puissent fonctionner à l'unisson. Cette réorganisation du travail permettra d'offrir une plus grande capacité de réponse aux utilisateurs puisque leurs requêtes pourront être traitées non seulement par des ressources du CSI de Lanaudière, mais également par celles des CSI de Laval et des Laurentides. Une belle initiative 3L.

Rehaussement à Windows 10

Microsoft annonçait au début de l'année 2019 que le système d'exploitation Windows 7 ne serait plus supporté à compter du 14 janvier 2020. La DRI LLL a donc entrepris, dès le printemps 2019, des travaux visant à migrer les postes Windows 7 vers Windows 10. Toutefois, l'existence de plusieurs systèmes patrimoniaux au CISSS de Lanaudière rendra cette migration longue, voire impossible pour certains de ses systèmes, puisque bien qu'ils ne soient pas en fin de vie, ils ne sont pas compatibles avec Windows 10. La DRI LLL a donc dû mettre en place des technologies afin d'isoler ces systèmes de potentielles cyberattaques. La fin de la migration vers Windows 10 pour les systèmes compatibles est prévue pour juillet 2021.

Bibliothèque

Pour l'année 2019-2020, la bibliothèque a concentré ses efforts sur la création de nouvelles veilles informationnelles afin de mieux répondre aux besoins de ses 1 917 abonnés et utilisateurs. Ces efforts ont contribué à la croissance du nombre de prêts qui est passé de 24 372 en 2018-2019 à 26 266 en 2019-2020. Le tableau qui suit indique la répartition des utilisateurs.

Utilisateurs de la bibliothèque	2018-2019	2019-2020
Usagers et leur famille	1 561	2 546
Médecins, dentistes et pharmaciens	663	506
Membres du personnel infirmier	2 789	2 535
Autres professionnels	2 787	1 953

Également, il y a eu une croissance notable du nombre de consultations sur place qui est passé de 5 103 à 5 866 en 2019-2020. Cette croissance fait écho à celle observée chez les usagers et leur famille en tant qu'utilisateurs, où le nombre est passé de 1 561 à 2 546 en 2019-2020. Ainsi, le CISSS s'inscrit dans l'évolution des bibliothèques du RSSS qui offrent des espaces en tant que milieux de vie pour répondre aux besoins des usagers et de leur famille.

Projet paritaire d'amélioration des conditions d'exercice en CRJDA

Un comité opérationnel paritaire, coordonné par 2 gestionnaires des centres de réadaptation pour les jeunes en difficultés d'adaptation (CRJDA), a été mis en place pour réaliser et faire le suivi d'un projet d'amélioration des conditions d'exercice en centre de réadaptation. Le projet comprend plusieurs chantiers dans lesquels des employés de la catégorie 4 seront impliqués. La circulation de l'information et la consultation des équipes seront assurées au moyen des rapports d'état, de tableaux de gestion visuels et de rencontres d'équipe. Le plan d'action a été déposé et les travaux se poursuivront au cours de l'année 2020-2021.

Mesure d'encadrement

Au cours de l'année, l'établissement a procédé à l'implantation de la nouvelle procédure visant l'application des balises légales de la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ) en lien avec les mesures d'empêchement dans l'ensemble des CRJDA. Les actions suivantes ont ainsi été réalisées :

- Formation de tous les gestionnaires et les employés aux balises légales des modifications de la LPJ;
- Formation spécifique de tous les employés à la mesure d'empêchement et au guide de pratique sur la fugue;
- Reddition de compte trimestrielle.

Plan d'action à l'égard des personnes handicapées

Dans le cadre du Plan d'action à l'égard des personnes handicapées, des mesures porteuses et diversifiées ont marqué 2019-2020 :

- Développement d'un partenariat avec un service spécialisé de main-d'œuvre permettant l'amélioration de l'intégration professionnelle et sociale des personnes handicapées;
- Accessibilité de la documentation présentée sur le site Web du CISSS qui peut être fournie sur demande dans des formats adaptés ou par le biais d'une autre modalité lorsque requis.

Déploiement du PQPTM

Dans le cadre du déploiement du Programme québécois pour les troubles mentaux des autosoins à la psychothérapie (PQPTM), des travaux ont été réalisés afin de préparer la mise en œuvre du projet. La rédaction du manuel organisationnel du projet et la mise en place du comité stratégique ainsi que l'élaboration du plan clinique ont été réalisées. Le déploiement complet est prévu pour le 1^{er} avril 2021.

Le CISSS et ses partenaires du milieu

Politique gouvernementale de prévention en santé

Dans le cadre de la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS), la Direction de santé publique a obtenu du MSSS une aide financière non récurrente de 65 000 \$ afin de soutenir la réalisation d'une évaluation d'impact sur la santé, en collaboration avec la Ville de L'Assomption et de l'Institut national de santé publique du Québec. Le projet porte sur la transformation et l'aménagement d'une aire industrielle où l'on pourra trouver des fonctions commerciales et résidentielles, tout en favorisant l'utilisation du transport collectif et actif.

La direction a également obtenu un montant de 135 795 \$ sur 3 ans pour financer des projets proposés par les communautés locales défavorisées, visant à offrir un meilleur accès économique et géographique aux aliments sains.

Réussite éducative

La Direction de santé publique a poursuivi son implication à la Table des préfets dans la Démarche lanauoise visant l'amélioration des conditions de vie par la réussite éducative, la solidarité et l'inclusion sociale. De même, elle a soutenu le Comité régional pour la valorisation de l'éducation (CRÉVALE) dans la mise à jour de sa planification stratégique.

Savoir utiliser les aides techniques au quotidien

À l'occasion de la Semaine québécoise de la canne blanche, l'Association des personnes handicapées visuelles de Lanaudière et Télévision régionale des Moulins ont diffusé trois capsules vidéo sur les aides techniques et les autres technologies mises à la disposition des personnes ayant une problématique visuelle. Une spécialiste en réadaptation en déficience visuelle du CISSS y a expliqué les services offerts et l'importance d'apprendre à utiliser les aides techniques dans le but de maintenir l'autonomie de la personne dans la réalisation de ses activités quotidiennes.

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

La DDI-TSA-DP est demeurée active avec les partenaires du milieu (intersectoriel et communautaire) afin d'établir des mécanismes de collaboration formels adaptés aux besoins de la clientèle et de renforcer la complémentarité de leurs missions :

- Actualisation de la Table des activités socioprofessionnelles issue du Plan d'action régional de concertation des organismes, coordonnée par la DDI-TSA-DP et composée de représentants d'organismes de la communauté, des 2 commissions scolaires de la région et de représentants intersectoriels. Cette Table a pour objectifs de favoriser le développement d'une gamme diversifiée d'activités socioprofessionnelles sur le territoire de Lanaudière en établissant, notamment, le parcours socioprofessionnel de la personne dès l'âge de 16 ans;
- Révision et actualisation de l'entente de collaboration avec la Commission scolaire des Samares visant à assurer la cohésion et la complémentarité de services aux jeunes handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage en raison d'un retard (avant 7 ans) ou d'une déficience. Le déploiement des services via cette entente s'organise selon deux axes : sous forme de cliniques en milieu scolaire et en services spécifiques ou spécialisés en réponse aux besoins identifiés en collaboration;
- Amorçage de travaux avec la Commission scolaire des Affluents pour convenir d'une éventuelle entente de collaboration visant à assurer une complémentarité des services avec l'ensemble des milieux scolaires lanauois;
- Signature d'ententes de collaboration pour la stimulation du langage en milieu communautaire avec les partenaires de la communauté et intersectoriels pour le nord de Lanaudière;
- Élaboration, en collaboration la Direction de la santé publique, d'ententes de collaboration avec le milieu communautaire, les commissions scolaires du territoire et les municipalités visant le développement des camps de jour réguliers intégrés et adaptés.

Première journée provinciale SOCEN : S'occuper des enfants

L'approche SOCEN s'adresse aux enfants hébergés dans une ressource familiale. Elle préconise des attentes positives et élevées à l'égard de la ressource ainsi que des pratiques parentales optimales. Cette approche est basée sur le principe selon

lequel un enfant hébergé a droit, de la part des substituts parentaux qui s'en occupent, à la même qualité de soins que ceux prodigués par des parents attentionnés.

La première journée provinciale dédiée à l'approche SOCEN s'est déroulée le 14 mai 2019 à Joliette sous l'égide du CISSS. Quelque 80 intervenants et gestionnaires provenant de 11 CISSS et CIUSSS ainsi que de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux.(NESSS) ont pris part à l'événement.

Soutien à la Table des partenaires du développement social de Lanaudière

Le CISSS a accordé un montant de 135 000 \$ à la Table des partenaires du développement social de Lanaudière afin de soutenir la réalisation du plan d'action dans le cadre d'une entente sectorielle en développement social sous la responsabilité de la Table des préfets de Lanaudière, incluant Centraide. Le CISSS poursuit ainsi son engagement auprès de la Table dont les actions rejoignent ses objectifs, soit l'amélioration des conditions de vie, de la santé et de la qualité de vie des citoyens de la région.

Une journée aux Supers glissades de Saint-Jean-de-Matha

En mars, le CISSS, en collaboration avec la pédiatrie sociale, a organisé une activité hivernale en famille aux Supers glissades de Saint-Jean-de-Matha, pour des enfants de 6 à 11 ans. Au total, 83 enfants et parents ont participé à cette journée.

Plusieurs objectifs étaient visés :

- Faire vivre une activité en famille en lien avec les saines habitudes de vie (bouger, bien manger et favoriser du temps loin des écrans);
- Favoriser un lien parents-enfants tout en s'amusant;
- Faire connaître les organismes communautaires pouvant soutenir les parents dans leurs besoins de bases;
- Responsabiliser les parents dans l'organisation d'une journée avec leurs enfants;
- Favoriser le lien partenarial entre les deux organismes.

Activité ponctuelle de dépistage rapide du VIH et de l'hépatite C

En juin 2019, l'équipe des maladies infectieuses, en collaboration avec des intervenants de la Direction du programme jeunesse et des partenaires du milieu, a mis en place des journées de dépistage rapide VIH et VHC. L'objectif était de joindre les personnes les plus à risque de transmission d'ITSS, là où elles se trouvent, afin de les dépister et d'intervenir en protection et en prévention auprès d'eux et de leurs partenaires. Cette activité a été remarquée par le MSSS de façon positive. D'autres directions de santé publique ont l'intention de suivre notre exemple.

Santé et bien-être des hommes

La Table lanaudoise en santé et bien-être des hommes a réalisé une tournée de sensibilisation aux réalités masculines, auprès du CISSS et de ses partenaires, incluant l'intervention théâtrale « C't' une fois des gars... » et une discussion sous forme de forum.

Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière

Le CISSS a participé à une rencontre afin d'outiller les intervenantes pour qu'elles soient en mesure de soutenir et d'informer les participantes de leur organisme en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille et les patients orphelins ainsi qu'à la carte d'assurance-maladie.

Violence conjugale

La Table de concertation régionale en violence conjugale de Lanaudière a fait le bilan de ses travaux 2016-2019 et est à préparer un nouveau plan d'action pour les 3 prochaines années.

Agression sexuelle

Au total, 118 trousses médico-légales ont été réalisées en collaboration avec les équipes des 2 centres désignés de la région.

Santé mentale

Les travaux de la Table régionale de concertation en santé mentale avec l'ensemble des partenaires communautaires se sont poursuivis. La dernière année a permis de finaliser le plan de mise en œuvre du plan d'action en santé mentale 2015-2020.

Programme d'accompagnement justice

Le partenariat avec le ministère de la Justice, dans le cadre du Programme d'accompagnement justice – santé mentale, itinérance, dépendance (PAJ-SMID), mis sur pied afin d'accompagner les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale qui font face à la justice, s'est poursuivi. Il vise ultimement à éviter le recours à l'emprisonnement pour ces personnes plus vulnérables. Dans le cadre de ce partenariat, 67 usagers différents ont été desservis.

Itinérance

Programme supplément au loyer (PSL)

Le Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 : mobilisé et engagé pour prévenir et réduire l'itinérance identifiée comme l'une de ses priorités l'accès à un logement puis à la stabilité résidentielle. L'offre rapide de logements abordables, salubres et sécuritaires avec accompagnement est un élément clé de la prévention et de la réduction de l'itinérance. Pour le CISSS, l'objectif est atteint. Au 31 mars 2020, on compte 8 PSL déployés dans le secteur sud de la région.

Consultation régionale sur l'élaboration du plan d'action interministériel en itinérance 2020-2025

Une rencontre de consultation régionale dans le cadre de l'élaboration du prochain plan d'action interministériel en itinérance pour 2020-2025 a eu lieu en collaboration avec différents acteurs du CISSS et des partenaires de la région.

30^e nuit des sans-abris

Le CISSS a participé à la soirée des sans-abris, qui est une occasion d'être solidaire et de discuter sur le thème de l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale et de reconnaître le travail des organismes communautaires auprès de la communauté.

Recherche sur l'itinérance dans Lanaudière

Le CISSS a participé à une recherche avec l'Université de Montréal en lien avec des situations d'itinérance cachée dans la région. Plusieurs organismes communautaires ont également participé à cette recherche. Deux groupes de discussion ont eu lieu avec des groupes communautaires et des représentants de l'établissement.

Comité itinérance/toxicomanie

Dans le cadre du comité itinérance et toxicomanie, le CISSS travaille avec la Ville de Terrebonne, le Service de police de Terrebonne ainsi que plusieurs organismes communautaires de la région. Un rapport proposant des recommandations a été produit.

Participation aux tables de soutien aux personnes âgées

Bien que le CISSS ait été moins actif en ce qui a trait aux travaux de la Table régionale en soutien à l'autonomie en 2019-2020, des échanges se sont poursuivis sur un plan plus individuel. Entre autres, des représentants de la DSAPA ont été impliqués en soutien à divers organismes (L'Appui, Maison Adhémar-Dion). La direction a également été impliquée auprès de certaines communautés religieuses de la région.

L'établissement a collaboré étroitement avec différents partenaires, dont les organismes de soutien communautaire en logement social. Pour ce volet, la DSAPA participe activement aux rencontres régulières avec le MSSS.

La direction a également participé à la journée des proches aidants qui a eu lieu le 19 octobre 2019. Cela a permis de riches échanges avec les proches aidants lanaudois via un kiosque d'information, la participation à un panel de discussion et l'animation d'un atelier.

L'établissement a poursuivi son partenariat avec plusieurs résidences privées pour aînés (RPA) dans le cadre d'achats de services pour des usagers suivis en soutien à domicile et a développé des mesures de soutien clinique à la clientèle de ces milieux de vie.

Enfin, l'établissement poursuit son implication auprès des organismes communautaires de la région et plusieurs gestionnaires en soutien à domicile (SAD) participent aux rencontres des tables en SAD avec les organisateurs communautaires du CISSS. Malheureusement, certaines rencontres prévues dans le cadre d'une tournée des tables par la DSAPA ont dû être reportées compte tenu de la pandémie de COVID-19.

Salon des ressources du milieu

Plus de 40 organismes du nord de la région ont participé au Salon des ressources du milieu au CHDL en octobre 2019. Ce salon avait pour but de permettre aux organismes du milieu de faire connaître leur offre de service et de créer des liens avec les intervenants du CISSS dans le but de mieux les outiller pour aider la clientèle en perte d'autonomie, les familles et les proches aidants.

Journée régionale des proches aidants

En octobre 2019, des représentants du CISSS ont participé à la 5^e édition de la Journée régionale des proches aidants de Lanaudière, organisée par le Module des proches aidants naturels de Lanaudière, en partenariat avec L'Appui pour les proches aidants d'aînés. L'événement s'est déroulé en présence de la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants Marguerite Blais.

Grand Rendez-vous de la santé et de la sécurité du travail

En octobre dernier, des représentantes de l'équipe de santé au travail de la DSPublique ont participé à l'animation du kiosque du Réseau de santé publique en santé au travail au salon des exposants du Grand Rendez-vous SST au Palais des congrès de Montréal. Cette belle vitrine a permis de faire valoir l'expertise de l'équipe et son engagement en lui permettant d'échanger avec des employeurs et des travailleurs sur la prévention des lésions professionnelles.

Inondations : le CISSS à pied d'œuvre

Au printemps 2019, les équipes psychosociales de Lanaudière ont prêté main-forte à Sainte-Marthe-sur-le-Lac, ce qui leur a valu l'appréciation et les remerciements de la ministre de la Santé et des Services sociaux, Danielle McCann, ainsi que du président-directeur général du CISSS des Laurentides, Jean-François Foisy.

Le CISSS 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.

Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux

Lors de la remise des Prix d'excellence 2019, 2 équipes du CISSS ont reçu des mentions d'honneur pour les projets suivants :

Santé et sécurité des intervenants œuvrant auprès d'une clientèle ayant un trouble grave de comportement : une responsabilité partagée!

Ce projet consiste au déploiement d'un groupe de travail dédié à la sécurité des intervenants au sein de la DDI-TSA-DP pour prévenir les agressions répétitives des usagers envers les intervenants de l'équipe régionale en trouble grave du comportement (TGC). Ce groupe est composé d'intervenants, d'une gestionnaire, de représentants syndicaux, d'un préventionniste et d'un représentant de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS). Plusieurs travaux menés sous la responsabilité d'intervenants ont permis de développer des outils d'aide à la décision s'adressant aux intervenants et aux gestionnaires pour la mise en place d'actions préventives, de soutien aux travailleurs et d'un suivi adapté lorsqu'ils sont confrontés à des situations à risque ou lorsqu'ils sont impliqués dans une situation d'agression physique ou psychologique.

Ce groupe de travail a mis en évidence la valeur ajoutée de la contribution des travailleurs dans une approche de travail paritaire, mais également la nécessité de rassembler les outils sous la forme d'un guide de prévention favorisant la santé et la sécurité des travailleurs œuvrant auprès d'une clientèle présentant des problématiques comportementales.

Programme Mobilisation Projection À Venir

Ce programme est le résultat d'un partenariat entre les équipes cliniques de la Direction des programmes santé mentale et dépendance et le Centre multiservice des Samares. Il a pour objectif l'intégration au marché du travail de personnes de 16 ans et plus de la région, vivant avec une problématique de santé mentale, qui se sont éloignées du marché du travail ou des études et qui veulent s'engager concrètement dans un projet de réinsertion socioprofessionnelle. À travers ce programme, la personne est amenée à élaborer son propre parcours d'intégration socioprofessionnelle en fonction de son projet de vie, à son rythme, et ce, avec un statut d'élève plutôt qu'avec un statut médical.

Mérite québécois de la sécurité civile

Le 1^{er} octobre 2019, le CISSS et son partenaire, le Service de police de la Ville de Repentigny, ont reçu la mention d'honneur dans la catégorie « Préparation » du Mérite québécois de la sécurité civile pour « L'Opération O-range », une simulation de mesures d'urgence de grande envergure qui a mobilisé près de 300 intervenants et de nombreux

partenaires de la communauté. Cet exercice a permis à toutes les parties prenantes de parfaire leurs procédures afin d'être prêtes en cas d'urgence.

Partenariat avec le milieu communautaire : un exemple à suivre

Lors du 19^e colloque de l'Association québécoise de la réadaptation psychosociale, tenu en novembre 2019, la directrice des programmes santé mentale et dépendance était panelliste à l'atelier sur le partenariat entre le réseau de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires. La présentation d'une étude réalisée par le Réseau communautaire en santé mentale auprès des 22 CISSS et CIUSSS et de 16 regroupements communautaires a soutenu une intéressante discussion entre les panellistes et les participants. La région de Lanaudière, par ses actions mises en place au cours des dernières années, y a été citée comme un exemple à suivre de partenariat avec le milieu communautaire.

Rayonnement des activités académiques

En novembre dernier, la Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche (DEUR) a procédé au lancement de son premier bulletin. Cette publication répond à un besoin exprimé de pouvoir cibler rapidement les informations concernant la vie académique. Parmi les rubriques, il y a les mises à jour concernant l'obtention des statuts de professeurs et des règles d'encadrement des étudiants, le calendrier des formations et des événements d'intérêt, la liste des publications, des présentations, des projets de recherche, des prix et des distinctions où les membres du CISSS et les étudiants ont été impliqués.

Cette publication trimestrielle facilite le rayonnement de l'importante contribution des membres du CISSS. Celle de novembre a ainsi pu faire état de la participation de 12 de nos membres à 25 projets de recherche en cours en 2019 et de la contribution de 32 de nos membres à 39 publications ou présentations par affiches. Les expertises académiques au sein du CISSS sont variées et couvrent, entre autres, les domaines de la cardiologie et des maladies cardiovasculaires, du diabète, du dépistage et des facteurs de risque du cancer, de l'enseignement, de la gastro-entérologie, de l'obésité, des pratiques collaboratives, de la promotion de la santé, de la santé mentale, des services aux premières nations, des soins palliatifs et de l'usage optimal des médicaments.

Un médecin honoré

Le Dr Samuel Boudreault, médecin enseignant au GMF-U de Saint-Charles-Borromée, a reçu le prix du Numéro de l'année 2018 de la revue *Le Médecin du Québec* pour son article intitulé « Le surdiagnostic et le surtraitement ».

Pour améliorer la collaboration entre chercheurs et cliniciens

Le Dr Jean-Sébastien Paquette fait partie des 4 médecins de famille au Québec ayant remporté le concours 2019-2020 pour soutenir le développement de la carrière d'aspirants au statut de chercheur afin de favoriser l'essor et la valorisation de la recherche en santé au Québec. Il pourra ainsi développer son axe de recherche intitulé « Plateforme collaborative intersectorielle et interprofessionnelle alliant les réseaux de recherche axée sur les pratiques de première ligne » (RRAPPL).

Une intervenante de la santé publique honorée par l'AQHSST

Julie M^cCabe, technicienne en hygiène du travail des programmes de santé au travail de la Direction de santé publique a reçu le Prix Antoine-Aumont remis par l'Association québécoise pour l'hygiène, la santé et la sécurité du travail. Ce prix est décerné à

une personne ou à un groupe de personnes ayant apporté une contribution remarquable dans les domaines de l'hygiène, de la santé et de la sécurité du travail au Québec.

Utilisation des écrans chez les enfants et les jeunes adultes : l'expertise du CISSS reconnue

En août 2019, le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, Dr Lionel Carmant, a annoncé la tenue d'un événement visant à approfondir le sujet de l'utilisation des écrans chez les enfants et les jeunes adultes. En parallèle, une démarche de consultation interministérielle a été entamée afin d'identifier les besoins et les actions qui guideront l'élaboration d'un plan d'action gouvernemental visant à mieux encadrer l'utilisation des écrans. L'événement a pris la forme de 2 consultations distinctes qui ont permis à des experts québécois, à des représentants d'organisations communautaires, à des regroupements citoyens et à des associations de s'exprimer sur les enjeux et les pistes de solution entourant l'usage des écrans sur la santé des jeunes âgés de 2 à 25 ans. Mme Sylvie R. Gagnon, intervenante au CISSS, a participé à ce premier forum à titre d'experte dans le domaine.

Mme Gagnon a également participé à l'émission Banc public, diffusée sur les ondes de Télé-Québec en lien avec l'arrivée, sur les écrans mobiles et les consoles de jeu, de Fortnite. Avec plus de 250 millions de téléchargements et des milliards de dollars en retombées, il s'agit d'un énorme succès commercial. Plusieurs parents considèrent avec inquiétude ce véritable phénomène de société qui touche particulièrement les 10 à 21 ans.

Le CISSS participe au tournage du documentaire en lien avec la série CEREBRUM

La Dre Julie Jomphe du CISSS et son équipe ont participé au tournage d'un documentaire en lien avec la série CEREBRUM, présenté sur les ondes de Radio-Canada en mars 2020. Ce documentaire met en lumière le travail réalisé au quotidien par différents intervenants en santé mentale. Dre Jomphe a été choisie afin de présenter son approche novatrice auprès de la clientèle aux prises avec des troubles de personnalité limite.

Programme québécois sur le brossage de dents

Afin de faciliter l'implantation du Programme québécois sur le brossage de dents avec un dentifrice fluoré en services éducatifs à l'enfance et à l'école primaire, la dentiste-conseil de la Direction de santé publique a travaillé à l'élaboration d'un guide d'accompagnement sous forme de 6 vidéos, en partenariat avec un collègue de la région des Laurentides. La qualité du produit a été reconnue et il est maintenant disponible pour les intervenants de toutes les régions du Québec, via la page du site Web du MSSS consacrée à ce programme. La direction a reçu un montant non récurrent de près de 32 000 \$ pour couvrir les frais d'une trousse de départ comprenant dentifrice fluoré, brosse à dents et porte-brosse à remettre aux différents milieux visés.

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 2019-2020

Légende - État des réalisations :

R : réalisée à 100 %

NR : non réalisée à 100 %

N/A : non applicable

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
Santé publique			
Implanter, d'ici le 31 mars 2020, le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche dans tous les CHSLD publics et privés conventionnés de la province de Québec (1.1)	<p>Le Québec vit, depuis plusieurs années, un vieillissement accéléré de sa population. Cette augmentation de la population âgée entraîne un accroissement du nombre de personnes en perte d'autonomie physique ou cognitive vivant en CHSLD. Ceci contribue à la diminution progressive des fonctions motrices nécessaires à certaines tâches comme le brossage des dents, contribuant ainsi à l'accumulation de plaque dentaire et au développement de certaines maladies buccodentaires comme la carie dentaire, les parodontites et les candidoses oropharyngées. Dans ce contexte, un projet pilote a été réalisé et les retombées démontrent bien le besoin de ce programme. (Cadre de référence)</p> <p>Tout d'abord, les CISSS et les CIUSSS pourront participer à une rencontre d'information avec l'équipe du MSSS afin de bien comprendre le cadre de référence pour implanter le programme. Les établissements devront, ensuite, faire parvenir un plan de déploiement au MSSS.</p>	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
	<p>Le personnel de l'équipe de soins (infirmières, infirmières auxiliaires et PAB) ainsi que les professionnels embauchés (hygiénistes, dentistes et denturologistes) devront suivre une formation en ligne. Selon le financement accordé aux établissements, ceux-ci devront envoyer la liste de tous les professionnels embauchés au fur et à mesure. Une reddition de comptes sera demandée sur les dépenses octroyées : à la formation de l'équipe de soins, aux salaires des hygiénistes, aux déplacements de celles-ci, à l'achat d'équipement portatif, à l'achat de matériel de soins d'hygiène et aux honoraires des dentistes et des denturologistes. D'autres indicateurs sont en développement et pourront être demandés en lien avec les activités réalisées par les professionnels dentaires.</p>		
<p>Assurer la participation des directions de santé publique aux travaux des CAR pour appuyer la concertation d'acteurs régionaux de divers secteurs d'activités autour de priorités et d'actions favorables à la santé (1.2)</p>	<p>Les CISSS/CIUSSS contribuent au déploiement de politiques et d'initiatives intersectorielles favorables à la santé de la population et au développement de communautés saines et sécuritaires. Les DSPublique jouent un rôle particulier à cet égard, comme le prévoient le PNSP et la PGPS, de par leur expertise et leur capacité à travailler en collaboration avec des acteurs de divers secteurs et à les mobiliser autour d'objectifs, de priorités et d'actions communes. Leur apport aux travaux des CAR, une instance de concertation intersectorielle de premier plan au palier régional, est donc à privilégier. Que les présidents-directeurs généraux s'assurent que les DSPubliques et/ou des membres de leur équipe participent activement aux travaux des CAR, notamment comme</p>	<p>R</p>	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
	<p>membre des comités qui s'occupent des enjeux de développement social, ou même à titre de membre de la CAR s'ils en conviennent ainsi. Cette participation vise à ce que les DSPubliques mettent à profit leur expertise, qu'ils participent à la concertation intersectorielle et qu'elles veillent à la mobilisation des partenaires autour de priorités et d'actions en faveur de la santé de la population et de la qualité de vie. Les présidents-directeurs généraux s'assurent également que les DSPubliques effectuent les suivis nécessaires au sein du CISSS/CIUSSS au regard de ces travaux et que d'autres directions y contribuent selon les besoins. Cette attente fait écho à l'action 1 du Plan d'action 2018 2020 du MSSS pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires et au résultat attendu que 100 % des DSPubliques participent aux travaux des CAR et d'autres instances pertinentes. Il s'agit aussi d'une condition facilitante pour la mise en œuvre du PNSP et de la PGPS.</p>		
<p>Présenter un bilan des activités réalisées en matière de lutte contre le tabagisme (1.3)</p>	<p>Un des objectifs du Plan stratégique 2015-2020 est de réduire, d'ici 2020, la proportion de fumeurs chez les 12 ans et plus à 16 %.</p> <p>Un bilan faisant état des activités réalisées dans les milieux de vie est demandé (type d'activités, description des activités, objectifs visés, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre) à l'égard de la lutte contre le tabagisme chez les jeunes. Les activités déployées dans les différentes régions visent à contribuer à l'atteinte d'une des cibles du plan stratégique du ministère, soit la réduction de la proportion de fumeurs chez les 12 ans et plus.</p> <p>Le bilan régional permet de témoigner</p>	<p>Reportée par le MSSS</p>	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
	de la nature des activités déployées, des objectifs, des principaux partenaires engagés. Il sera ainsi possible d'apprécier l'intensité et l'ampleur des activités déployées ainsi que des retombées observées.		
Programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés			
Bonnes pratiques des établissements pour la prévention et la réduction des usagers en NSA (2.1)	Conformément au guide « Prévenir et résoudre le phénomène des NSA - Guide pour soutenir les établissements » (mars 2017), la fluidité de la trajectoire des usagers est influencée par des facteurs en amont, en intrahospitalier et en aval du centre hospitalier. Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent compléter un état de situation de l'implantation des bonnes pratiques pour prévenir et résoudre le phénomène des usagers en niveau de soins alternatifs.	Retirée par le MSSS	
Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD (2.2)	L'investissement récurrent de 36 M\$ vise à bonifier la qualité des soins d'hygiène en optimisant l'organisation du travail et en augmentant l'offre d'un 2 ^e bain/douche/soins d'hygiène complet par semaine, en plus du soin quotidien, aux résidents qui le désirent et dont les conditions particulières le permettent. 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 ainsi que sur les résultats du 2 ^e soin d'hygiène complet par semaine, est demandé aux établissements.	Retirée par le MSSS	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) (2.3)	Le PTAAC constitue un outil de suivi d'implantation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience depuis 2008. L'établissement doit compléter et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation.	Reportée par le MSSS	
Plan d'action TSA (2017-2022) (2.4)	Un suivi des mesures inscrites au Plan d'action TSA publié à l'hiver 2017 est demandé aux établissements afin d'en évaluer son implantation et l'impact des investissements. Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	R	
Déploiement du programme Agir tôt (2.5)	Un suivi des mesures inscrites au Plan d'action TSA publié à l'hiver 2017 est demandé aux établissements afin d'en évaluer son implantation et l'impact des investissements Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	R	
Offrir des milieux résidentiels adaptés aux besoins des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA. (2.6)	Un suivi des mesures inscrites au Plan d'action TSA publié à l'hiver 2017 est demandé aux établissements afin d'en évaluer son implantation et l'impact des investissements. Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	R	
Suivi de l'ajout d'effectifs en CHSLD (2.7)	Le milieu des CHSLD est témoin d'enjeux de main-d'œuvre, d'attraction et de rétention. C'est pourquoi un plan d'action a été développé visant à améliorer l'attraction et la rétention des équipes interdisciplinaires en CHSLD, touchant notamment la promotion, la formation, l'accueil, le développement des compétences, la stabilité des équipes, l'organisation du travail ainsi que la santé et la sécurité au travail. De plus, dans la foulée de la	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
	<p>présentation du budget 2019-2020 à l'Assemblée nationale, de nouveaux budgets ont été annoncés pour l'ajout d'effectifs en CHSLD.</p> <p>Via un formulaire GESTRED, les établissements visés doivent rendre compte de l'ajout d'effectifs dans les équipes interdisciplinaires en CHSLD.</p>		
Affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques			
<p>Consolider l'organisation des soins et des services offerts aux personnes atteintes d'Alzheimer (et autres troubles neurocognitifs) et à leurs proches (4.1)</p>	<p>Le MSSS procède, depuis avril 2016, au déploiement des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles en ce qui a trait à la prise en charge et au suivi des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs. Il a été convenu que le plan triennal 2016-2019 serait prolongé d'une année afin de permettre aux établissements d'atteindre les cibles.</p> <p>Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS et CIUSSS devra être produit au 31 mars 2020. Le gabarit fourni par le MSSS ayant servi aux redditions de compte des années précédentes devra être utilisé à cette fin.</p>	<p>Reportée par le MSSS</p>	
<p>État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan national 2016-2018 – Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC (4.2)</p>	<p>L'établissement a la responsabilité de développer son continuum de services en AVC sur son territoire. Un plan d'action national a été produit et il demeure toujours en implantation. Il comprend les pratiques optimales pour toutes les phases du continuum, assorties de moyens et d'indicateurs. Autoévaluation sur la poursuite du Plan d'action déposé le 31 octobre 2016, composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'état d'avancement des travaux au 31 mars 2020 ainsi que les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action de l'établissement doivent être évalués.</p>	<p>Retirée par le MSSS</p>	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
<p>Contribuer au déploiement provincial de la télésanté (4.3)</p>	<p>À compter de 2019, le MSSS misera sur le développement de services de télésanté provinciaux ayant un grand potentiel d'impact, dans l'optique d'augmenter l'utilisation de la télésanté par les cliniciens et les usagers. À cet effet, la contribution des établissements s'avère essentielle notamment en maintenant actif un comité tactique local, en contribuant au répertoire provincial des services cliniques ainsi qu'à la réalisation du plan d'action 2018-2020.</p> <p>Les établissements devront démontrer leur contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du plan d'action en télésanté 2018-2020 et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour. Pour ce faire, un gabarit pour chacune des 3 actions sera fourni aux établissements par le MSSS pour complétion et retour en périodes 6 et 13.</p>	<p>R</p>	
<p>État d'avancement du Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2017 2018 – Continuum de services, phase hyper aigüe, pour les personnes ayant subi un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) (4.4)</p>	<p>L'établissement à la responsabilité de développer son continuum de services pour le traitement de l'IAMEST sur son territoire.</p> <p>Un plan d'action national a été produit. Il comprend les pratiques optimales pour toutes les phases du continuum assorties de moyens et d'indicateurs.</p> <p>Autoévaluation, au 31 mars 2020, du plan d'action déposé le 22 juin 2017, composée à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'avancement des travaux et les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être évalués.</p>	<p>R</p>	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
Infrastructures, logistique, équipements et approvisionnement			
Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés (7.1)	<p>L'évaluation de l'état physique du parc immobilier a fait partie des EGI des présidents-directeurs généraux des 3 dernières années. Cette attente spécifique découle, d'une part, des recommandations du VGQ (automne 2012, chapitre 4) et d'autre part, de l'application de la loi 38 concernant la gouvernance des infrastructures. Le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers est directement conséquent avec l'évaluation de l'état physique du parc immobilier et plus particulièrement avec l'identification des bâtiments déficitaires et le déficit de maintien afférent.</p> <p>Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour ce un bâtiment déficitaire inspecté en 2015 (lot #1) ou en 2016 (lot #2) et au 31 mars 2022 pour un bâtiment déficitaire inspecté en 2017 (lot #3). Si la cible de RDM d'un bâtiment inspecté en 2015 est de 80 % et que le différentiel entre l'IVP et le SE est de 3 %, l'IVP de ce bâtiment doit, au 31 mars 2020, minimalement diminué de 2,4 % (80 % de 3 %) c'est-à-dire minimalement ramené à 15,6 %.</p> <p>Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du PCFI et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments.</p>	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
	<p>Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de 5 ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.</p>		
Coordination, planification, performance et qualité			
Sécurité civile (8.1)	<p>En vertu de la Loi sur la sécurité civile (RLRQ, chapitre S-2.3), du Plan national de sécurité civile (PNSC) et en cohérence avec les orientations 1, 2 et 5 de la Politique ministérielle de sécurité civile (PMSC), le MSSS et les établissements ont la responsabilité de coordonner le déploiement de la mission Santé et d'assurer le maintien de leurs services essentiels.</p> <p>Consolider les mécanismes de base en sécurité civile de façon à ce que l'établissement puisse assumer son rôle dans le déploiement de la mission Santé du PNSC. À cet effet, l'établissement doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disposer d'un plan de sécurité civile à jour présentant le système de garde 24/7, les comités internes de sécurité civile et le processus d'alerte et de mobilisation des ressources; • S'assurer que le personnel affecté à la sécurité civile a bénéficié d'une formation de base recommandée par le MSSS; • Établir ou raffermir des liens de partenariat en sécurité civile. 	Reportée par le MSSS	
Gestion des risques en sécurité civile - Santé et services sociaux (8.2)	<p>En vertu de la Loi sur la sécurité civile (RLRQ, chapitre S-2.3), il revient aux établissements de réaliser le processus de gestion des risques en sécurité civile afin d'assurer le maintien de leurs biens et de leurs services essentiels, et ce, en cohérence avec l'orientation 3 de la Politique ministérielle de sécurité</p>	Reportée par le MSSS	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
	<p>civile (PMSC). Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit poursuivre sa démarche de gestion des risques en sécurité civile (GRSC) et traiter au minimum un risque identifié comme prioritaire.</p>		
<p>Plan de continuité des activités – Santé et services sociaux (8.3)</p>	<p>En vertu de la Loi sur la sécurité civile (RLRQ, chapitre S-2.3), il revient aux établissements de réaliser le processus de gestion des risques en sécurité civile afin d'assurer le maintien de leurs biens et de leurs services essentiels, et ce, en cohérence avec l'orientation 3 de la Politique ministérielle de sécurité civile (PMSC). Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit poursuivre sa démarche de gestion des risques en sécurité civile (GRSC) et traiter au minimum un risque identifié comme prioritaire.</p>	<p>Reportée par le MSSS</p>	
<p>Révision des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise (8.4)</p>	<p>Un programme d'accès indique la manière, le service et l'installation pour lesquels il y a obligation de rendre les services de santé et les services sociaux accessibles en langue anglaise pour la population d'expression anglaise. Les établissements ont reçu au printemps 2018 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 CA et ensuite transmis par courriel à l'adresse « ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca » ainsi qu'au Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise, à l'attention de Iannick Martin (iannick.martin@msss.gouv.qc.ca).</p>	<p>R</p>	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise (8.5)	<p>Le gouvernement prévoit la formation de comités régionaux qui auront comme mandat de donner leur avis aux établissements sur les programmes d'accès aux services en langue anglaise, d'évaluer ces programmes et, le cas échéant, d'y suggérer des modifications.</p> <p>La mise sur pied d'un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise doit être réalisée.</p> <p>La composition de celui-ci sera entérinée par le conseil d'administration de l'établissement. Une résolution du conseil d'administration de l'établissement confirmant la création du comité régional doit être transmise par courriel à l'adresse « ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca » ainsi qu'au Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise, à l'attention de Iannick Martin (iannick.martin@msss.gouv.qc.ca).</p>	R	
Technologies de l'information			
Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et en services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits (9.1)	<p>Les ressources inscrites au RRSS servent aux citoyens, aux intervenants du réseau, aux professionnels et aux gestionnaires du MSSS à obtenir de l'information sur les services biopsychosociaux des ressources de la province.</p> <p>Les établissements sont responsables quant à la mise à jour de l'information qui doit être juste et bonne en tout temps. Elle influence les décisions liées aux services donnés à la clientèle et sert de référence lors d'analyse et de production de statistiques. Le RRSS alimente le Portail santé mieux-être du MSSS et sert de référence pour les différents programmes tels que le DSQ, le DMÉ, l'APSS-CRDS en fournissant le numéro d'identification</p>	R	




Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
	<p>unique de la ressource. Comme stipulé au cadre normatif, à la section 1.3 Encadrement législatif et administration, l'établissement doit s'assurer que : « la qualité d'une ressource est basée sur la pertinence de sa présence dans l'application, la validité de la ressource et de ses composantes. L'attente exige un pourcentage de mise à jour de 95 % ou plus ».</p> <p>La méthode de calcul définie est le « Nombre de ressources mises à jour à la fin de la période » selon le calendrier établi au cadre normatif sur le « Nombre de ressources totales à la fin de la période ».</p> <p>Si la proportion est en deçà de l'objectif prévu, cela indique à l'établissement qu'il lui faut s'assurer d'avoir les ressources humaines suffisantes pour effectuer cette tâche. Les données de l'application sont mises à jour en temps réel et les extractions servant aux rapports sont une représentation à un jour et à une heure fixes.</p>		
<p>Maintien des dispositions de la directive sur la cybersécurité (9.2)</p>	<p>Des travaux ministériels portant sur l'élaboration d'une stratégie provinciale en cybersécurité ont permis, le 26 juin 2018, la publication d'une directive sur la cybersécurité. Cette directive énonce des dispositions que les établissements et les organismes du RSSS doivent obligatoirement tenir à jour, elles sont classées selon 5 domaines de sécurité :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestion de l'inventaire; 2. Gestion des vulnérabilités; 3. Gestion des menaces; 4. Gestion des risques; 5. Gestion de la sauvegarde et de la restauration. <p>Conformément à la directive sur la cybersécurité, l'établissement devra se conformer à ses dispositions.</p>	<p>R</p>	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
	<p>Ces attentes spécifiques seront incluses dans l'outil permettant de faire la reddition de comptes en sécurité de l'information demandée chaque année dans le bilan de sécurité de l'information. Ainsi, au cours de l'année 2019-2020, les dates de transmission du bilan sont les suivantes: au plus tard le 31 mai 2019 pour l'exercice se terminant le 31 mars 2019 et le 31 mai 2020 pour l'année financière 2019-2020.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maintenir à jour l'inventaire de l'ensemble des actifs informationnels; 2. Procéder à des tests de vulnérabilités; 3. Gérer efficacement les menaces; 4. Mener une analyse des risques de sécurité de l'information; 5. Gérer sainement la sauvegarde et la restauration des données. 		

Évaluation de l'atteinte des engagements annuels (Chapitre IV) de l'entente de gestion et d'imputabilité 2019-2020

Précisions concernant le tableau qui suit :

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 %

N/A : non applicable

Puisque l'entente de gestion et d'imputabilité 2020-2021 n'a pas été signée, la colonne « Engagement 2020-2021 » est vide.

La section « Commentaires » du tableau identifie :

- a. Les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte;
- b. L'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, lorsque les données sont disponibles;
- c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé publique			
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	42,7	42,7	38,0
Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement			
<ul style="list-style-type: none"> • Nous avons travaillé en 2018-2019 avec les écoles de la Commission scolaire des Samares afin de soutenir l'élaboration des projets éducatifs dans leur Plan d'engagement vers la réussite. Ces démarches étant complétées, cette année les écoles sont dans la mise en œuvre de leur plan d'engagement. Nous avons aussi dans les 2 années précédentes soutenu la mise en place de la mesure 15023 (À l'école on bouge), ce qui n'est plus le cas cette année. • Pour les commissions scolaires Les Affluents et Sir Wilfrid Laurier, nous sommes près des cibles prévues. 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
<ul style="list-style-type: none"> Rappelons que l'approche École en santé, tel que l'indicateur le décrit, en est une de planification concertée de l'action « promotion et prévention des saines habitudes de vie » dans un bâtiment. Cet indicateur ne rend pas justice à l'ensemble des interventions réalisées puisque nous sommes dans l'ensemble des écoles par l'intervention des conseillers en promotion de la santé, des organisateurs communautaires et des infirmières dans la réalisation d'activités conformément au manuel de gestion financière. Pour les deux territoires (CS des Samares et Les Affluents), nous travaillons avec les conseillers pédagogiques en « saines habitudes de vie » dans l'élaboration, la planification et le déploiement. Ce travail essentiel n'est toutefois pas reconnu par l'indicateur. Les représentants du ministère nous ont informés de leur intention de réviser le guide de saisie pour mieux identifier les actions à inscrire et ainsi les harmoniser. À ces éléments, nous tenons à préciser que, depuis le 13 mars 2020, l'ensemble des écoles du Québec ont été fermées en raison de la pandémie liée à la COVID-19. De plus, en lien avec ce contexte, nous n'avons pas pu déployer les activités prévues dans le cadre du Mois de la nutrition, en mars dernier. Enfin, nous voulons rappeler que l'approche École en santé demeure un libre choix pour les écoles. 			
1.01.27-EG2 - Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccins contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	93,0	94,1	91,3
Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement			
<ul style="list-style-type: none"> Panne d'électricité majeure au Sud à la période 1 qui a nécessité le report de 111 rendez-vous, ce qui rend très difficile le rattrapage du taux de vaccination dans les délais. 			
Mesures mises en place			
<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des stratégies de promotion pour informer les parents, réduire l'ambivalence et les fausses croyances afin d'améliorer la couverture vaccinale (amélioration du site Web en cours, formation de nouveaux vaccinateurs en entretien motivationnel, outils pour les parents). Maintenir l'accès à des plages dans les délais vaccinaux malgré l'augmentation de la clientèle (tel qu'augmenter le nombre de rendez-vous par jour, revoir les heures de début de rendez-vous, réorganiser les activités en santé préventive 0-5 ans, etc.). Faciliter l'accès à la vaccination et réduire les remises et les absences aux rendez-vous (identifier les régions performantes et vérifier les actions mises en place leur permettant d'atteindre les cibles, faire du surbooking, organiser des cliniques de dernières minutes, etc.). Maintenir un système de rappel, relance pour la vaccination 2, 4, 12 et 18 mois et poursuivre la confirmation de tous les rendez-vous et l'implantation d'un système de 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
<p>confirmation via courriel et texto.</p> <ul style="list-style-type: none"> Améliorer les capacités des agentes administratives pour la gestion de la prise de rendez-vous (séance de formation et rappel des directives). Sensibiliser les vaccinateurs hors de la Direction du programme jeunesse concernant l'importance des délais vaccinaux (GMF, cliniques médicales, etc.). Promouvoir l'utilisation des données liées à la performance et aux indicateurs auprès des gestionnaires afin d'identifier les dynamiques locales (transmission régulière des données vaccinales aux décideurs). <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Résultat inférieur à l'année précédente. Un plan d'action est en cours et a permis d'améliorer le niveau d'atteinte en cours d'année. Le plan d'action se poursuit en 2020 afin d'améliorer le résultat. 			
1.01.28-EG2 - Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccins contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	81,4	90,0	79,5
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Panne d'électricité majeure au Sud à la période 1 qui a nécessité le report de plusieurs rendez-vous, ce qui rend très difficile la récupération du taux de vaccination dans les délais. Vaccination 18 mois reportée à partir de la mi-mars en raison de la COVID-19. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Idem 1.01.27-EG2 <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Résultat inférieur à l'année précédente. Un plan d'action est en cours et a permis d'améliorer le niveau d'atteinte en cours d'année. Le plan d'action se poursuit en 2020 afin d'améliorer le résultat. 			
1.01.29-PS - Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	3 466	3 462	3 722
<p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Nouvelles publicités et affiches promotionnelles installées dans toutes les écoles secondaires et constituantes du Cégep. Implantation d'un système de prise de rendez-vous et confirmation automatisée en ligne répondant aux besoins des jeunes. Révision des affectations en milieu scolaire afin d'accroître la présence infirmière 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
<p>dans certaines écoles.</p> <ul style="list-style-type: none"> Révision de l'organisation de la vaccination en milieu scolaire, maintien de la présence infirmière faisant du dépistage à l'école durant la vaccination. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Dépassement de la cible et du résultat de l'année précédente. Les actions mises en place sont efficaces pour accroître les dépistages ITSS chez les jeunes. 			
1.01.30-EG2 - Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle (RRO-Var) dans les délais	76,6	85,0	70,5
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Panne d'électricité majeure au Sud à la période 1 qui a nécessité le report de plusieurs rendez-vous ce qui rend très difficile la récupération du taux de vaccination dans les délais. Cas de rougeole dans les régions limitrophes qui a provoqué une hausse des demandes de vaccination chez les enfants n'ayant pas reçu le vaccin à l'âge requis (> 18 mois). Vaccination 12 mois reportée à partir de la mi-mars en raison de la COVID-19. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Idem 1.01.27-EG2 			
1.01.32-EG2 - Pourcentage des élèves de 4 ^e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec (nouveau)	89,0	90,0	89,0 (P6)
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Résultat inférieur à l'année précédente. Un plan d'action est en cours et a permis d'améliorer le niveau d'atteinte en cours d'année. Le plan d'action se poursuit en 2020 afin d'améliorer le résultat. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Révision annuelle des modalités d'organisation des cliniques de vaccination de façon à améliorer les façons de faire. Modalités à convenir avec les commissions scolaires afin d'améliorer la collaboration (promotion, locaux, etc.). 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales			
1.01.19.01-PS - Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Maintien des mesures mises en place : pharmacovigilances, activités éducatives auprès du corps médical et ordonnance qui permet à l'usager de recevoir des probiotiques lors d'une prescription d'antibiotiques. Tenue de comités de pharmacovigilance dans chaque hôpital. Changement de pratiques pour le nettoyage et la désinfection au quotidien. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Pharmacovigilance sur les unités de soins (pharmaciens et/ou microbiologistes). Activités éducatives auprès du corps médical. Ordonnance qui permet à l'usager de recevoir des probiotiques lors d'une prescription d'antibiotiques. Comité de pharmacovigilance actif. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> CHDL : pour la période 13, un taux de 3,04 (seuil 7,6). HPLG : pour la période 13, un taux de 0,71 (seuil de 5,6). 			
1.01.19.02-PS - Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Il y a eu la campagne sur l'hygiène des mains, des affiches qui ont fait des rappels sur les meilleurs moments et des audits pour évaluer la conformité. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Poursuite du programme de surveillance des bactériémies à SARM. 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
<ul style="list-style-type: none"> Hygiène des mains des usagers, visiteurs et employés sollicités par les préposés à l'hygiène des mains sur les unités de soins et/ou entrées des établissements. Poursuite des dépistages à l'admission des usagers SARM et enquêtes lorsque nécessaires. Campagne hygiène des mains : en mai de chaque année. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> CHDL : pour la période 11, un taux de 0,11(seuil de 0,41). HPLG : l'année dernière et cette année le taux est de 0 (seuil de 0,41). 			
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	100	100	100
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Formation auprès des intervenants en hémodialyse sur les techniques de désinfection des voies d'accès vasculaires en hémodialyse. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Poursuite du programme des bactériémies associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse. Application des pratiques exemplaires associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse en faisant la révision des techniques de soin. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> CHDL : pour la période 11, un taux de 0,14 (seuil de 0,58). HPLG : pour la période 11, un taux de 0,14 (seuil de 0,58). 			
1.01.26-PS - Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	59	80	61,5
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Non-respect selon les opportunités des 4 moments d'hygiène des mains. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Calendrier d'audits avec 6 séances d'observation pour l'année 2019-2020. Formation obligatoire en ligne pour tous les intervenants : hygiène des mains et étiquette respiratoire. Élaboration de la « Politique hygiène des mains » avec formulaire d'engagement. 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
<ul style="list-style-type: none"> Outil de gradation des interventions auprès des employés ne respectant pas l'hygiène des mains. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Il y a une légère hausse dans le taux global. <i>*Prendre note que le dernier rapport d'audits sur la conformité à l'hygiène des mains a été fait pour les audits du mois de février 2020.</i> <p>Problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur</p> <ul style="list-style-type: none"> Amélioration du processus des mesures d'audits à venir. 			
Services généraux – Activités cliniques et d'aide			
1.02.07-EG2 - Pourcentage des réfugiés ayant bénéficié de l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique dans un délai de 30 jours	79,7	91,1	80
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> 83 réfugiés sont arrivés sur notre territoire. Soixante-trois (63) ont été vus dans les délais, 4 sont déménagés 2 jours après leur arrivée, 1 a annulé son rendez-vous et 15 sont arrivés après le 5 mars (délai de prise en charge 30 jours). 			
Soutien à domicile de longue durée			
1.03.05.01-EG2 - Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendu à domicile par les différents modes de dispensation de services	858 500	875 000	1 112 530
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Les résultats au 31 mars 2020 démontrent un dépassement de la cible de 237 530 heures. Les investissements en soutien à domicile ont contribué à intensifier les interventions. Un suivi étroit et continu des gestionnaires de cet indicateur tout au long de l'année, appuyé par des indicateurs périodiques, a contribué à l'atteinte de cette cible. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Nous suivons de façon assidue les cibles périodiques que nous avons établies dans le but de mieux apprécier l'évolution des résultats visant à l'atteinte de la cible. Investigation en cours concernant la sous-performance des heures à domicile des ASSS. 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
<ul style="list-style-type: none"> Un enjeu relié à la technologie de l'information a été décelé. Nous en sommes à évaluer la problématique et les pistes de solutions. Projet Lean visant l'amélioration de la performance des ASSS est en cours. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Le résultat au 31 mars 2020 porte le nombre d'heures à 1 112 530 heures, soit 254 030 de plus que l'année précédente. Il s'agit d'une augmentation de 29,6 %. 			
1.03.11-PS - Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	7 841	7 764	8 123
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Les résultats au 31 mars 2020 démontrent un dépassement de la cible de 359 usagers. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Nous suivons de façon assidue les cibles périodiques que nous avons établies dans le but de mieux apprécier l'évolution des résultats visant l'atteinte de la cible. Un outil de performance individuelle des intervenants en soutien à domicile nous permet de poser des activités personnalisées, contribuant à l'atteinte de cette cible. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Le résultat au 31 mars 2020 porte le nombre d'usagers actifs à 8 123, soit 282 de plus que l'année précédente. Il s'agit d'une augmentation de 3,6 %. <p>Problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur</p> <ul style="list-style-type: none"> Modification de la méthode de calcul par le MSSS, ajout des profils courts termes et soins palliatifs voir 1.03.05.06. 			
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 programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	86,9	90	76,3
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> La mise en place des outils de cheminement clinique informatisé (OCCI) demeure un enjeu pour l'atteinte de cet objectif. La pandémie a également eu un impact sur 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
<p>la fin d'année, habituellement une période où il y a une intensité élevée dans la mise à jour des OCCI.</p> <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Un outil prévisionnel, incluant des cibles périodiques pour l'ensemble des secteurs touchés par l'indicateur, est produit à chaque période afin de soutenir le suivi de cet indicateur de gestion. Ceux-ci sont suivis de près et, au besoin, des plans d'action sont demandés pour les secteurs les plus en difficulté. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Le pourcentage au 31 mars 2020 à 76,3 % indique une diminution par rapport à l'année précédente de l'ordre de 10,6 %. 			
<p>Planification stratégique 2019-2023</p> <p>1.03.05.05 - Nombre total d'heures de services de soutien à domicile</p>			
	N/D	997 475	1 154 371
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Nouvel indicateur avec cible mis en place par le MSSS. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Instaurer un tableau de suivi des heures par la direction. <p>Problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur</p> <ul style="list-style-type: none"> Identification de la source utilisée par le MSSS à venir. 			
<p>1.03.05.06 - Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile</p>			
	N/D	19 769	19 838
<p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicateur à mettre en place (développement de rapport et outil de suivi). <p>Problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur</p> <ul style="list-style-type: none"> Identification de la source utilisée par le MSSS à venir. 			
<p>Soutien à l'autonomie des personnes âgées</p>			
<p>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</p>			
	100	100	N/D

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
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	100	N/D
1.03.10-PS - Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100	100	N/D
1.03.13-EG2 - Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	82,9	85,0	81,5
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Certains usagers présentant un profil 9 et moins doivent être admis en CHSLD en raison de places insuffisantes en milieux spécialisés. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Les profils 9 et moins doivent avoir l'aval de la DSAPA avant l'admission en CHSLD. Construction en cours d'une ressource intermédiaire qui pourra accueillir des usagers nécessitant l'utilisation d'un lève-personne, des équipements bariatriques ou présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Poursuite de l'intensification des services de soutien à domicile, incluant dans les résidences privées pour aînés (RPA). 			
1.03.16-EG2 - Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	90,8	95,0	87,4
<p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Démarche en cours permettant une meilleure utilisation des systèmes d'information clinique pour la production de rapports visant à soutenir les gestionnaires dans le suivi de cet indicateur auprès de leur équipe. Plans d'action en cours pour les centres qui présentaient un écart important par rapport à la cible. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Le résultat au 31 mars 2020 à 87,4 % présente une diminution par rapport à l'année précédente, de l'ordre de 3,4 %. 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
<p>Problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur</p> <ul style="list-style-type: none"> La production de rapports visant à soutenir le suivi était jusqu'à présent ardue en raison de croisements requis entre 2 systèmes qui nécessitaient de nombreuses heures de travail. 			
<p>Déficiences</p>			
1.05.15-PS - Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	66,3	61,0	82,64
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> En 2018-2019, la diminution importante du délai moyen d'accès augmentant le nombre d'enfants TSA de moins de 5 ans desservis a eu un impact significatif sur la capacité de prise en charge des dossiers en 2019-2020. La mise en place d'une trajectoire où l'intégration des services est optimale a eu des impacts sur la représentativité des résultats. De plus, il n'y avait pas de repérage systématique des enfants de moins de 5 ans ayant un TSA ou une hypothèse TSA dans l'outil de gestion des listes d'attente jusqu'en P10. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Prioriser le traitement, au guichet d'accès centralisé en DI-TSA-DP, de tous les usagers de 5 ans et moins afin d'orienter le plus rapidement possible ces usagers dans le programme-service, permettant ainsi une meilleure planification des assignations en service de réadaptation. Analyser les données des 6 premières périodes pour établir un plan d'action à court terme et actualiser l'assignation des dossiers en attente. Formaliser et harmoniser les pratiques de transfert des dossiers des usagers en retard de développement vers un service en réadaptation, notamment pour les hypothèses TSA, afin de tendre vers l'atteinte de l'engagement. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Augmentation de 16,34 jours du délai moyen d'accès par rapport à 2018-2019. Par contre, au cours de l'année 2019-2020, depuis la mise en place des mesures, diminution du délai d'accès de 13,61 jours entre la période 6 et la période 13. 			
1.45.04.01-EG2 - Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	94,1	96,2	96,4

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement			
<ul style="list-style-type: none"> Fonction de coordination clinique permettant une meilleure gestion prévisionnelle des ressources humaines. Suivi systématique via le tableau de bord tactique lors des rencontres avec les gestionnaires pour l'identification d'actions visant à assurer le respect de l'engagement et suivi via les tableaux de bord opérationnels avec les secteurs concernés davantage par la non-atteinte du délai d'accès. Suivi systématique de l'entrée aux systèmes d'information clientèle pour agir en amont des erreurs de saisie faisant en sorte que les résultats seraient biaisés. 			
Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente			
<ul style="list-style-type: none"> Augmentation de 2,3 % du taux de respect des délais par rapport à 2018-2019. 			
1.45.04.05-EG2 - Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	99,3	99,4	99,4
Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement			
<ul style="list-style-type: none"> Fonction de coordination clinique permettant une meilleure gestion prévisionnelle des ressources humaines. Suivi systématique via le tableau de bord tactique lors des rencontres avec les gestionnaires pour identification d'actions visant à assurer le respect de l'engagement et suivi via les tableaux de bord opérationnels avec les secteurs concernés davantage par la non-atteinte du délai d'accès. Suivi systématique de l'entrée aux systèmes d'information clientèle pour agir en amont des erreurs de saisie faisant en sorte que les résultats seraient biaisés. 			
Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente			
<ul style="list-style-type: none"> Respect de la cible comme c'était le cas en 2018-2019. 			
1.45.05.01-EG2 - Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	99,0	99,3	96,3

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Roulement de personnel (absences, nouvelles personnes) au sein de l'équipe du guichet d'accès. • Pénurie de main-d'œuvre dans l'ensemble des secteurs (plusieurs postes vacants et remplacements non comblés). • Malgré une diminution du taux de respect, nous avons augmenté le nombre d'usagers desservis. • Situations de désorganisations nécessitant de l'accompagnement 24/7 auprès des usagers pour lesquelles nous devons utiliser notre personnel avec charge de cas pour effectuer des quarts de travail en direct auprès des usagers. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une structure de remplacement par une dotation des postes en surstructure. • Augmenter le nombre de postes dans certains secteurs avec le budget d'équité. • Réaliser un blitz de traitement de certaines demandes de services par secteur afin de soutenir le guichet d'accès centralisé et ainsi diminuer les délais pour les demandes prioritaires en services spécifiques. • Réaliser un blitz d'entrevues afin d'augmenter la capacité à assurer les présences auprès des usagers en hébergement par des affectations dans ces centres d'activité. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminution du taux de respect des délais d'accès aux services de 2,7 % par rapport à 2018-2019. 			
1.45.05.05-EG2 - Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	97,7	99,3	99,0
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fonction de coordination clinique permettant une meilleure gestion prévisionnelle des ressources humaines. • Suivi systématique via le tableau de bord tactique lors des rencontres avec les gestionnaires pour identification d'actions visant à assurer le respect de l'engagement et suivi via les tableaux de bord opérationnels avec les secteurs concernés davantage par la non-atteinte du délai d'accès. 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
<ul style="list-style-type: none"> Suivi systématique de l'entrée aux systèmes d'information clientèle pour agir en amont des erreurs de saisie faisant en sorte que les résultats seraient biaisés. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Amélioration de 1,3 % par rapport à l'année 2018-2019. 			
1.45.45.05 - Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais	N/A	90	98,2
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Fonction de coordination clinique permettant une meilleure gestion prévisionnelle des ressources humaines. Suivi systématique via le tableau de bord tactique lors des rencontres avec les gestionnaires pour identification d'actions visant à assurer le respect de l'engagement et suivi via les tableaux de bord opérationnels avec les secteurs concernés davantage par la non-atteinte du délai d'accès. Suivi systématique de l'entrée aux systèmes d'information clientèle pour agir en amont des erreurs de saisie faisant en sorte que les résultats seraient biaisés. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Aucune donnée pour l'année 2018-2019. Nouvel indicateur ajouté à la planification stratégique 2019-2023 et requis pour les périodes 6, 10 et 13 à compter de 2019-2020. <p>Problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur</p> <ul style="list-style-type: none"> Les données présentées par le MSSS sont en discussion afin de considérer l'ensemble des services et non seulement les services spécifiques. 			
1.46-PS - Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	62,2	90	90,2
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Collaboration entre le CISSS et les commissions scolaires du territoire visant à ce que des démarches concrètes soient réalisées pour l'intégration 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
<p>socioprofessionnelle pour plusieurs élèves.</p> <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Amélioration significative de 28 % par rapport à 2018-2019. 			
1.47 - Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une DI-TSA ou DP	N/A	634	648
<p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajustement du plan de développement des services résidentiels à la suite d'investissements en hébergement afin de refléter la capacité réelle. Révision du modèle de ressource intermédiaire de 16 places pour la clientèle en DI-TSA et ayant un TGC à la suite de 2 appels d'offres non concluants. Élaboration d'un appel d'offres pour 8 places RI pour clientèle DI-TSA ayant un TGC. Confirmation de notre engagement financier auprès d'un organisme communautaire pour le développement de 10 places en logement adapté avec services continus en DP et d'un organisme communautaire pour le développement de 10 places en appartement supervisé en DI-TSA. Constructions prévues en 2021. Des attentes seront élaborées le temps venu. Actualisation d'un plan transitoire jusqu'à l'actualisation des places RI en DI-TSA. Ces 3 places sont situées dans une installation du CISSS et l'encadrement est assuré par notre personnel. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Augmentation du nombre de places par rapport à l'année 2018-2019. 			
Jeunes en difficulté			
1.06.17-PS - Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	9,43	9,38	9,28
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Le déploiement de l'avis de grossesse en septembre 2016 nous a permis de joindre plus ou moins 100 clientes de plus par année identifiées comme vulnérables, ce qui pourrait avoir permis de travailler en amont le volet négligence. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Travaux d'arrimage avec la pédiatrie sociale. Tableau d'indicateurs spécifiques à la négligence en 1^{re} ligne bonifié. Travaux sur la révision de l'offre de service TUV, contribution de tous les secteurs du continuum jeunesse 1^{re} et 2^e lignes, référence des familles en amont avant le 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
<p>passage à la 2^e ligne, identification d'intervenants dédiés et reprise du comité régional afin de préciser les zones d'arrimage.</p> <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> L'indicateur est demeuré en deçà du % de l'engagement dans la dernière année. Plusieurs actions sont en cours afin d'augmenter l'identification et la référence des familles en négligence dans nos services. Notre mécanisme de coordination régionale favorise une application plus soutenue de la programmation et l'implication de partenaires. 			
1.06.19 - Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins	64,7%	72,0%	68,2%
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Pénurie d'effectifs en période de grand recrutement au sein des CISSS et des CIUSSS, mobilité du personnel occasionnant des délais d'accessibilité, perte d'expertise en raison des nombreux changements, besoin de soutien pour l'intégration des connaissances et la dispensation optimale de services et gestion de proximité. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Suivi de l'indicateur à travers les tableaux de gestion visuelle et rapports d'état toutes les semaines avec les gestionnaires de la coordination. Travail avec la DRHCAJ afin de contribuer au recrutement du nouveau personnel. Suivi régulier des intervenants (charges de cas). Optimisation de l'offre de groupes. Bonification des tableaux de gestion et saisie de données. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Nous avons travaillé de façon importante sur la précision des indicateurs visant l'accessibilité, les processus cliniques précisant davantage l'épisode de service et l'accompagnement pour soutenir les équipes. Nous avons connu une faible augmentation du % de cet indicateur. Nous visons une augmentation pour la prochaine année considérant l'ajout d'effectifs et la qualification de nos processus de gestion. <p>Problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur</p> <ul style="list-style-type: none"> En attente du MSSS pour des précisions sur la méthode de calcul. 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Dépendances			
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	88,9	90,4	94,8
Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement <ul style="list-style-type: none"> Nous avons revu le mode d'admission, la modalité est uniformisée dans les 3 installations. Un comité de requis de service a mieux organisé et structuré cet accès. Révision de la grille d'analyse des demandes, des outils déterminés pour les requis et pour les différents types de clientèle. Augmentation des plages d'évaluation, du nombre de requis ainsi que du nombre d'employés. 			
Planification stratégique 2019-2023			
1.07.06-PS - Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	90,5	90,5	92,9
Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement <ul style="list-style-type: none"> Le personnel du centre de réadaptation en dépendance (CRD) a formé et forme encore les intervenants en 1^{re} ligne en dépendance (en CLSC) pour les outils de détection, Alcochoix et Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide (DEBA), il y a déjà plusieurs années et nous effectuons des rappels. Au-delà de la formation, c'est le mandat du CRD de soutenir la 1^{re} ligne. 			
1.07.07 - Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	N/A	3 718	3 509
Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement <ul style="list-style-type: none"> Roulement et mouvement de personnel. Nouvelle gestionnaire engagée. Postes affichés et le personnel engagé. Volume de DÉBA en 1^{re} ligne qui doit être plus soutenu. Volume du scolaire qui reste faible. Mesures mises en place <ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un outil de suivi. Mandat de déployer l'offre de service en troubles concomitants. 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
<ul style="list-style-type: none"> Remise en place de la Table de concertation régionale en dépendance. Intervenant du CRD à même les équipes Premier épisode psychotique (PEP) Nord et Sud depuis le début de la période 10. 			
Santé mentale			
1.08.13-PS - Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) reconnues par le ministère	729	729	729
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Rencontre des psychiatres des cliniques externes afin d'augmenter le référencement; Prise en charge de la clientèle évaluée premier épisode psychotique (PEP) qui répond aux critères du soutien d'intensité variable; Augmentation du référencement pour la clientèle postcure (après hospitalisation). <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Services disponibles pour répondre au besoin de la clientèle ayant un besoin d'intensité variable; Suivi serré de la performance individuelle des intervenants afin de s'assurer que les charges de cas sont complètes; Vigie en continu du référencement afin de répondre à la clientèle ayant besoin de soutien d'intensité variable en temps opportun. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Les services étaient disponibles au 31 mars de l'année précédente. 			
1.08.14-PS - Nombre de places de suivi intensif dans le milieu (SIM) reconnu par le ministère	290,7	290,7	290,7
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Des difficultés de remplacement de congés de maladie et de congés de maternité ont contribué à la non-atteinte de l'entente. Il faut aussi ajouter la pandémie qui a fait chuter le nombre de rencontres en personne. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Harmonisation du formulaire de référencement pour augmenter l'accessibilité et la prise en charge. Poursuite du recrutement et de l'intégration des ressources. Poursuite des réflexions avec le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) pour le SIM de Rawdon afin d'évaluer la possibilité d'un FACT (Flexible assertive community treatments). 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
<ul style="list-style-type: none"> Répartition et déploiement des équipes du SIV pour renforcer les équipes à Rawdon. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> En 2019-2020, 246 usagers ont eu 2 rencontres et plus. Au total, nous avons desservi 306 usagers différents. 			
PQPTM - Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale - 1 ^{re} ligne 5930 adulte	N/A	182	250
PQPTM - Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale - 1 ^{re} ligne 5930 enfant	N/A	32	155
PQPTM - Nombre de personnes en attente d'un service de psychiatrie - 2 ^e ligne 6332 adulte	N/A	453	164
PQPTM - Nombre de personnes en attente d'un service de pédopsychiatrie - 2 ^e ligne 6331 enfant	N/A	56	43
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Disponibilité et mobilité de la main-d'œuvre (au GASMA Nord, nous avons fonctionné avec 50 % des effectifs par moment). Enjeux sur les processus cliniques et sur un bon référencement. 1^{re} ligne en santé mentale qui vient souvent pallier la 2^e ligne à cause du référencement et de la prise en charge « conditionnelle » à un psychiatre de 2^e ligne provoquant des goulots d'étranglement. Enjeu de confiance des médecins de la communauté envers les services d'Info-Social - 811 dans le suivi de leur référence. Ces derniers se retournent vers le CRDS pour être en mesure de faire une référence personnalisée qui transfère la responsabilité à un service et non au client (responsabilisation et volontariat). Pour les services de 2^e ligne, le manque de pédopsychiatres a un impact important sur la prise en charge du nombre d'usagers par les professionnels. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Poursuivre l'orientation de la clientèle en fonction de son besoin réel et non exclusivement sur un profil diagnostique. Poursuivre le travail avec les médecins de la communauté afin que ces derniers utilisent la porte d'entrée pour les services psychosociaux généraux (Info-Social - 811). 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir la plateforme Alliance, créée pour le CISSS de Lanaudière. Poursuivre le travail de collaboration entre les médecins de famille et les services de psychiatrie. Pour les services de 2^e ligne adulte, l'arrivée d'une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale permettra de diminuer la liste d'attente. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Par rapport à l'année précédente, les difficultés de recrutement de main-d'œuvre sont la principale cause de la non-atteinte des résultats. 			
Urgence			
1.09.01-PS - Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	16,41	12	17,26
Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement			
<ul style="list-style-type: none"> CHDL : Non atteinte de l'engagement : Détérioration de la durée moyenne de séjour à la période 13 causée en partie par l'arrivée du COVID diminuant l'accès aux lits. Diminution de l'accès aux lits (chambres à 4 éliminées et nombre plus élevé d'isolements depuis la COVID) donc diminution du nombre de lits. Plusieurs lits bloqués liés aux cas d'isolement et aux troubles de comportement. HPLG : Globalement, la demande est plus grande que l'offre pour l'accès aux lits d'hospitalisation et rend difficiles l'admission et le transfert à l'étage dès que la décision clinique est prise. La planification des ressources médicales est fixe et celle des infirmières est modulée selon l'occupation des civières. Plusieurs lits au permis du HPLG sont des civières et sont restrictifs au niveau du type de clientèle qui peut être couchée. Ceci complexifie et ralentit l'attribution de lits/civière pour les patients de l'urgence. La durée moyenne de séjour avant la prise de décision d'hospitalisation a augmenté de 1 heure par rapport à l'an passé, passant de 11 h 20 à 12 h 38. Le délai global d'orientation clinique est donc plus long. 			
Mesures mises en place			
<ul style="list-style-type: none"> Intégration du projet « La trajectoire de l'utilisateur/cheminement de l'utilisateur ». Mise en place de l'équipe SWAT pour retour à domicile complexe. Réorientation de la clientèle vers des ressources externes, à partir de l'urgence. Identification des usagers NSA en devenir à partir de l'urgence, grâce à une fiche de coordination complétée quotidiennement par la chef d'unité permettant un début immédiat des démarches de collecte de données et l'évaluation des besoins. 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
<ul style="list-style-type: none"> Révision des processus de communication entre l'urgence, le SAD, les RI, les RTF et les RPA permettant la diffusion et l'accès aux intervenants pivots ou leaders cliniques de tous les milieux pour l'équipe SWAT de l'urgence. Mise en place d'une rencontre de suivi de l'orientation des patients à 11 h 30 chaque jour afin de statuer sur l'évolution des DMS de plus de 12 heures et s'assurer que l'orientation clinique est définie et connue des parties prenantes (HPLG). <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> CHDL : Les résultats cumulatifs de 2019-2020 se sont détériorés par rapport à 2018-2019 malgré un nombre de NSA moins élevé (diminution de 21 %) et les NSA ayant une DMS plus basse. Les délais d'inoccupation des lits aux étages sont toujours importants (229 minutes). HPLG : Nombre de visites semblable à 2018-2019. Le délai moyen de prise en charge en cumul en 2018-2019 était de 3,54 heures et est passé à 4,07 heures en 2019-2020. 			
1.09.16 - Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	233 min.	145 min.	241 min.
1.09.43-PS - Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	54,8	85	53,5
Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement			
<ul style="list-style-type: none"> Augmentation du nombre de visites. Difficulté d'accès aux lits (isolements, manque de télémétrie, etc.) 			
Mesures mises en place			
<ul style="list-style-type: none"> Surveillance continue du temps d'attente à l'aire ambulatoire par les ASI et le coordonnateur d'activités et ajout quotidiennement au rapport des coordonnateurs. Ajustement des ressources infirmières nécessaires à l'aire ambulatoire pour soutenir la prise en charge médicale (ajout d'une présence quotidienne par quart de travail). Ouverture de la clinique de relance lors d'un taux d'occupation élevé à l'ambulatoire ou en plan de débordement. Favoriser la fluidité ambulatoire par la mise en place d'une cellule de travail - 1 infirmière et 1 médecin pour 2 cubicules. Réorientation des patients P4 et P5 vers les cliniques et les GMF. 			
Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
<p>précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Détérioration de 8 minutes en présence d'une augmentation de près de 1 500 visites. 			
1.09.44-PS - Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	46,2	85	46,6
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Augmentation du nombre de visites. Faible taux de prise en charge médicale initiale en lien avec le nombre de réévaluations à faire. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Augmentation de la réorientation P4 et P5. Réorganisation de la méthode de travail (jumelage infirmière/médecin dans l'aire ambulatoire). Mise en place de l'équipe SWAT pour retour à domicile complexe. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Légère augmentation (0,4 %). Cependant, augmentation des visites sans détérioration de l'indicateur. 			
<p>Soins palliatifs et de fin de vie</p>			
1.09.05-PS - Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 111	1 307	1 145
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Aucun usager n'est refusé et ceux-ci sont priorités. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Démarches continues réalisées auprès des équipes hospitalières et des intervenants qui suivent les usagers en fin de vie pour assurer une diffusion adéquate des services offerts à domicile pour ces usagers et de la possibilité de vivre ses derniers jours à domicile. Déploiement des services 24/7 en soutien à domicile, mis en place graduellement depuis novembre 2019, qui améliorera le suivi offert à cette clientèle et devrait nous permettre une amélioration des prises en charge à domicile pour ces cas. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p>			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
<ul style="list-style-type: none"> Malgré la non-atteinte de la cible, le résultat à la période 13 démontre une augmentation de 34 usagers par rapport à l'an dernier. Cette augmentation représente une amélioration de 3 %. 			
1.09.45-PS - Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	45	45	45
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	15,4	20,0	16,6
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Aucun usager n'est refusé et ceux-ci sont priorisés. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Démarches continues réalisées auprès des équipes hospitalières et des intervenants qui suivent les usagers en fin de vie pour assurer une diffusion adéquate des services offerts à domicile pour ces usagers et la possibilité de vivre ses derniers jours à domicile. Déploiement des services 24/7 en soutien à domicile, mis en place graduellement depuis novembre 2019, qui améliorera le suivi offert à cette clientèle et devrait nous permettre une amélioration des prises en charge à domicile pour ces cas. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Malgré la non-atteinte de la cible, le résultat à la période 13 démontre une amélioration de 1,2 % par rapport à l'année dernière. 			
Santé physique – Services de 1^{re} ligne			
1.09.25-PS - Nombre total de GMF	21	21	21
1.09.27-PS - Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	82,1	85	82,43
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Défi d'accompagnement des jeunes médecins à favoriser et à augmenter leur taux de prise en charge. Défi de prise en charge de certains profils de clientèle (santé mentale). Nouvelles ententes incitatives méconnues des médecins. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Procéder à l'analyse des départs à la retraite des médecins et de l'arrivée des nouveaux facturants afin d'évaluer l'impact et la capacité réelle en termes de 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
nouvelles inscriptions. <ul style="list-style-type: none"> Élaborer un plan d'action avec les stratégies retenues. Identifier les mesures alternatives visant à assurer un accès temporaire aux services des patients en attente sur le GAMF. Faire l'arrimage avec les services et les programmes concernés afin de promouvoir leur offre de service et de mettre en place des corridors de services alternatifs et des mécanismes de communication soutenus et étroits entre le GAMF et les différents guichets d'accès. Procéder à l'optimisation du rôle des professionnels déployés en GMF (reconnaître et promouvoir le rôle et les responsabilités de chacun afin de mieux soutenir les équipes médicales au regard de la prise en charge de leur patient dans une optique de travail en interdisciplinarité). Poursuivre le déploiement des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en 1^{re} ligne selon le plan de déploiement régional. 			
1.09.27.01 - Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF (2) TB DSP	305 776	355 649	363 492
1.09.48-PS - Nombre de groupes de médecine de famille réseau (GMF-R) ou super-cliniques	1	2	1
Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement <ul style="list-style-type: none"> Prioriser et déployer les efforts nécessaires visant la création de GMF-A vs la création d'un nouveau GMF-R. Mesures mises en place <ul style="list-style-type: none"> Concertation auprès des GMF ayant démontré un intérêt (possibilité de 1 ou plusieurs GMF). Offrir le soutien nécessaire à ces milieux. 			
Chirurgie			
1.09.32.00-PS - Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	25	0	187
1.09.32.10 - Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	453	672	1457
Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement <ul style="list-style-type: none"> Absence temporaire d'un chirurgien orthopédique, retard dans sa liste d'attente. Réduction de l'accessibilité en raison du départ d'un urologue. 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité restreinte en plastie. Absence temporaire d'un anesthésiste. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Prolongation des journées opératoires jusqu'à 20 h. Attribution majorée des priorités opératoires en orthopédie pour les hors délais. Remplacement du PREM vacant en urologie à partir de janvier 2020. Réorganisation de l'offre de service en plastie par une couverture régionale à partir de janvier 2020 et l'arrivée de 2 nouveaux plasticiens à l'automne 2020. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Le retour au travail de l'orthopédiste absent a permis d'écouler sa liste d'attente de plus de 1 an, mais l'arrêt des activités au 13 mars, compte tenu de la pandémie, entraîne une accumulation encore plus grande de plus de 1 an. L'amélioration de l'accessibilité en chirurgie a été compromise par des impondérables et des conditions difficilement contrôlables. Sans ces éléments, les engagements auraient été respectés. Attente de plus de 6 mois : La situation est critique par rapport à l'an passé. Cette situation est attribuable au départ de l'équipe de plastie et à la période où l'orientation clinique de cette clientèle n'était pas encore définie. Il faut donc augmenter la capacité de production des blocs afin de rattraper le retard accumulé tout en maintenant l'offre de service priorisée pour les urgences et les cas oncologiques. 			
Santé physique – Imagerie médicale			
1.09.34.02-PS - Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois pour les scopies	64,3	90	90,1
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Suivi étroit des listes d'attente par les gestionnaires et ajustement en continu en collaboration avec les radiologistes. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Comblent les garanties mises en place en juin 2019. Collaborer avec d'autres établissements. Épurer les listes d'attente en continu. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> En décembre, la cible de 100 % est atteinte. À la période 13, la pandémie est 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
venue affecter la productivité de réalisation des examens.			
1.09.34.03-PS - Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois pour les mammographies diagnostiques	100	100	100
Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement <ul style="list-style-type: none"> Objectif atteint à la période 6. Mesures mises en place <ul style="list-style-type: none"> Épuration des listes d'attente en continu. Gestion des examens de contrôle. Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente <ul style="list-style-type: none"> En décembre, la cible de 100 % est atteinte 			
Plan stratégique 1.09.34.04-PS - Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois pour les échographies obstétricales	100,0	100	100
Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement <ul style="list-style-type: none"> Atteinte et maintien du 100 %. Gestion en continu des listes d'attente par les commis et le gestionnaire. Mesures mises en place <ul style="list-style-type: none"> Épuration des listes d'attente en continu. Gestion des examens de contrôle. Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente <ul style="list-style-type: none"> Cible de 100 % maintenue. 			
1.09.34.05-PS - Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois pour les échographies cardiaques	79,5	100	57,3
Mesures mises en place <ul style="list-style-type: none"> Demande d'un 5^e appareil (en attente d'autorisation budgétaire) et d'un 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
<p>technologue.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation en cours pour avoir un technologue autonome en écho cardiaque en supplément de l'équipe. • Plan de réaménagement des locaux en cours. • Épuration des listes d'attente en continu. • Arrivé d'un nouveau cardiologue en janvier avec équipement supplémentaire. 			
<p>Plan stratégique</p> <p>1.09.34.06-PS - Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois pour les échographies mammaires</p>			
	100	100	100
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi étroit des listes d'attente par les gestionnaires et ajustement en continu en collaboration avec les radiologistes. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> • Épuration des listes d'attente en continu. • Gestion des examens de contrôle. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cible de 100 % maintenue. 			
<p>1.09.34.07-PS- Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois pour les autres échographies</p>			
	71,2	90	80,2
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • À la période 13, la pandémie est venue affecter négativement la production des examens, également pour nos partenaires LIM. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> • Épuration des listes d'attente en continu. • Gestion des examens de contrôle. • Blitz en écho musculo-squelettique. • Augmentation de la présence des radiologistes. • Collaboration extérieure. 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
1.09.34.08-PS - Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois pour les tomodensitométries	80,7	100	91,4
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Le délestage de plusieurs examens pendant la COVID-19 (période 13); Les mesures de prévention des infections qui augmentent le temps par examen, ce qui impacte négativement la productivité. Manque de technologues. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Épuration des listes d'attente en continu. Gestion des examens de contrôle. Collaboration extérieure afin d'augmenter l'offre de service. Ouverture étendue des plages horaires (8 h de plus par établissement). Ouverture de plages à temps supplémentaire. Retour des maladies long terme. Formation de nouveaux en raison des garanties. 			
1.09.34.09-PS - Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois pour les résonances magnétiques	70,7	90	59,4
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Le délestage de plusieurs examens (COVID-19) durant la fin de la période 13; Les mesures de prévention qui augmentent le temps par examen, ce qui impacte négativement la productivité. Manque de technologues. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Augmentation de l'offre de service par plage horaire de nuit. Épuration des listes d'attente en continu. Embauche par des garanties d'heures. Gestion des examens de contrôle. 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Cancérologie			
1.09.33.01-PS - Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	74,1	90	76,6
1.09.33.02-EG2 - Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	95,6	100	95,8
Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement			
<ul style="list-style-type: none"> • PREM vacants en urologie au CHDL engendrant une inadéquation entre l'offre et la demande. • Augmentation des délais lors de cas conjoints de mastectomies avec reconstruction mammaire reliée à l'offre de service en plastie. 			
Mesures mises en place			
<ul style="list-style-type: none"> • Vigie hebdomadaire des requêtes de chirurgie oncologique. • Prolongation de programmes opératoires ponctuellement lors de retards dans les listes d'attente oncologiques. • Programmation systématique des patients de chirurgie oncologique. • Arrivée d'un nouvel urologue au CHDL. • Révision de l'offre de service en plastie au CHDL par une offre régionale pour le CISSS. 			
Ressources matérielles			
2.02.02-EG2 - Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100,0	100	100
Ressources humaines			
3.01-PS - Ratio d'heures en assurance salaire	8,07	7,97	7,92
Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement			
<ul style="list-style-type: none"> • Le tableau de bord est en place à 100 %. • Soutien des gestionnaires au niveau de l'application des interventions adaptées aux problématiques entourant la gestion de la présence au travail. 			
Mesures mises en place			
<ul style="list-style-type: none"> • Révision et harmonisation des processus de gestion médico-administrative, 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
<p>notamment en ce qui a trait à la gestion des dossiers d'absence chronique.</p> <ul style="list-style-type: none"> Mise en place des mécanismes structurants afin d'éliminer certains délais administratifs qui prolongeaient la durée des absences indûment, notamment la réduction des délais pour la prise en charge de l'absence par l'équipe santé-sécurité au travail (SST). Mise en place des mécanismes structurants permettant de dépister les employés ayant des enjeux en lien avec la présence au travail à court terme. Mise en place en 2019-2020 d'un tableau de bord affichant les différents indicateurs SST. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Malgré une hausse d'heures travaillées de 3,78 % par rapport à l'exercice précédent, augmentation des heures en assurance salaire en deçà de cette proportion par rapport à l'année 2018-2019 (+ 1,82 %). Diminution de 0,15 % du ratio par rapport à l'exercice précédent (8,05 % vs 7,92 %). 			
3.05.02-PS - Taux d'heures supplémentaires	4,97	4,72	6,28
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> L'année 2019-2020 a été marquée par des investissements importants dans certains secteurs d'activité qui se sont traduits par la création de nouveaux postes. Dans le processus de dotation de ces postes, nous avons pu observer une propension du personnel œuvrant dans les secteurs 24/7 à quitter ce milieu en vue d'obtenir des postes associés aux investissements. Ce phénomène a aggravé la pénurie de personnel sur les quarts de soir, de nuit et de fins de semaine entraînant ainsi une augmentation du temps supplémentaire. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Poursuite des efforts de recrutement et élaboration d'un plan d'action visant l'attraction et la rétention des ressources, notamment au nord de la région. Mise en place d'un exercice de rehaussement des postes et de surdotation dans le but de stabiliser les équipes, notamment dans les secteurs où les indicateurs de temps supplémentaires sont élevés. Révision de l'organisation du travail à la gestion des horaires. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Augmentation de 196 511 heures en temps supplémentaires par rapport à l'exercice précédent, représentant une augmentation de 30,92 %. Le taux de temps supplémentaires a ainsi augmenté de 1,31 %. 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
3.06.00-PS - Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	2,32	2,18	1,41
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> La cible sera atteinte en 2019-2020. L'une des causes principales est l'embauche d'agents d'intervention en centres de réadaptation, ce qui réduit le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI). <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Syndicalisation des agents d'intervention en centres de réadaptation jeunesse. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Diminution de 118 083 heures de MOI par rapport à l'exercice précédent représentant une diminution de 37,61 %. Le taux de recours à la MOI a ainsi diminué de 0,91 %. 			
3.05.03 - Ratio de présence au travail	N/A	89,42	89,45
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Cette cible a été atteinte grâce, entre autres, aux différentes mesures associées à la réduction du ratio d'assurance salaire, mais également au déploiement du Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale. <p>Mesures mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'une équipe dédiée associée à la prévention en milieu de travail. Accompagnement et soutien des directions dans la mise en œuvre du plan d'action local. <p>Appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> Il n'y a pas d'historique pour cet indicateur qui a été introduit en 2019-2020. 			
Multiprogrammes			
7.01.00-PS - Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	72,7	78,0	71,2
<p>Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> La révision des processus au guichet d'accès jeunesse pour le JED et SMJ a certainement contribué à l'amélioration de la cible. 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Mesures mises en place <ul style="list-style-type: none"> • Suivi des indicateurs via les salles de pilotage en jeunesse. • Réorganisation du traitement des demandes au guichet d'accès en jeunesse. 			
7.02.00-PS - Taux d'implantation de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir - Nouveau	42	100	N/D
Facteurs expliquant l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement <ul style="list-style-type: none"> • La fiche GESTRED est divisée en 13 étapes. Les étapes 5, 6, 7, 8, 9 (a) 9 (b) et 10 nécessitent un outil provenant du MSSS et un guide des bonnes pratiques qui n'est pas encore disponible. Il devrait être disponible sous peu afin de poursuivre et d'atteindre cette reddition de compte. Le MSSS a reporté les échéanciers des étapes 12 et 13 du GESTRED au 1^{er} décembre 2020. Mesures mises en place <ul style="list-style-type: none"> • Travaux pour intégrer le CRIL avec la TAPIL. • Travaux sur l'accès coordonnés. • Comité sortie d'établissement et comité pour le développement d'une clinique de proximité en cours. • Gestion du programme de financement « Vers un chez-soi » pour soutenir les groupes communautaires. 			

Autres résultats

Autres résultats pour certains indicateurs du plan stratégique du MSSS		
Indicateur	Résultats au 31 mars 2020	Commentaires
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	405	Services de 1 ^{re} ligne, mission CLSC
Nombre total de personnes recevant des services en soutien à domicile	8 123	Le résultat au 31 mars 2020 porte le nombre d'utilisateurs actifs à 8 123, soit 282 de plus que l'année précédente. Il s'agit d'une augmentation de 3,6 %.
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	1 112 530	Le résultat au 31 mars 2020 porte le nombre d'heures à 1 112 530 heures, soit 254 030 de plus que l'année précédente. Il s'agit d'une augmentation de 29,6 %.
Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours	68,2%	Résultat de la période 13 produit et diffusé par le MSSS

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

L'agrément

Le CISSS de Lanaudière est agréé pour le prochain cycle, soit jusqu'en 2023.

Suivis apportés aux recommandations dans son dernier rapport

Une première visite du nouveau cycle d'agrément par Agrément Canada a eu lieu en février 2019 (séquence 1) concernant les normes de Gouvernance et de Leadership ainsi que les normes transversales (retraitement des dispositifs médicaux, gestion des médicaments et prévention et contrôle des infections). Le rapport de cette visite de la séquence 1 comportait 10 critères nécessitant un suivi de preuve de conformité auprès d'Agrément Canada. Les équipes ont donc été en action afin d'améliorer leur processus en continu et de remettre les preuves de conformité requises en janvier 2020. Ces preuves ont été jugées plus que satisfaisantes et les suivis obligatoires de cette séquence sont maintenant terminés. Les équipes de ces normes sont toutefois toujours en action afin de travailler sur l'ensemble des critères jugés non conformes afin d'assurer l'amélioration en continu de leur pratique.

Séquence 2 d'évaluation

En ce qui concerne la visite de la séquence 2 (Manuel Jeunesse ainsi que Santé mentale et dépendance) qui a eu lieu en février 2020, l'établissement est fier d'avoir été reconnu conforme à un taux de plus de 96 %. Tout le mérite revient aux équipes et aux membres du personnel qui font de la qualité et de la sécurité des soins une priorité.

À la suite de cette visite, les pratiques organisationnelles requises (POR) suivantes devront faire l'objet de travaux :

- Bilan comparatif des médicaments (BCM) aux points de transition;
- Transfert de l'information aux points de transitions des soins;
- Conformité aux pratiques d'hygiène des mains;
- Stratégie de prévention des chutes.

La sécurité et la qualité des soins et des services

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

- Présentation des attentes en lien avec la gestion des risques et la déclaration des événements au tronc commun de la Direction des soins infirmiers (DSI) (présentation réalisée à plus de 30 reprises);
- Formation offerte en continu auprès des gestionnaires et des personnes responsables de la complétion de l'analyse sommaire depuis septembre 2019 (plus de 70 personnes ont été formées);
- Consultations réalisées pour la révision du règlement et la procédure concernant la divulgation des événements indésirables;
- Rappels faits auprès des membres du personnel des ressources intermédiaires sur l'importance de la déclaration;
- 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;

- Rencontre de plusieurs équipes cliniques qui désirent approfondir les processus entourant la déclaration et la divulgation des incidents/accidents, à la demande des gestionnaires;
- Mise à la disposition d'outils d'aide à la déclaration ainsi que de données sur la déclaration sur le site Intranet de l'établissement;
- Vigie du Service de la qualité et de la gestion des risques quant à la qualité des déclarations et des données déposées au registre local des incidents/accidents du CISSS.

La nature des 3 principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance

1. Problèmes de retraitement des dispositifs médicaux : 200 déclarations représentant 1,1 % du total des déclarations;
2. Médication : 370 déclarations représentant 2,1 % du total des déclarations;
3. Tests diagnostiques de laboratoire : 691 déclarations représentant 4 % du total des déclarations.

La nature des 3 principaux types d'accidents (indices de gravité C à I) mis en évidence au moyen du système local de surveillance

1. Autres : 1 498 déclarations représentant 8,5 % du total des déclarations;
2. Médication : 4 088 déclarations représentant 23,3 % du total des déclarations;
3. Chutes : 7 904 déclarations représentant 45 % du total des déclarations.

Au chapitre des incidents/accidents, le total des événements déclarés pour 2019-2020 est de 17 580 en date du 16 mars 2020.

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 médicaments ainsi que des événements sentinelles tout en suivant les rapports trimestriels produits pour les directions, incluant les rapports trimestriels en prévention et contrôle des infections (PCI).

De même, à chacune des rencontres, le comité effectue un suivi de l'évolution des actions identifiées suivant l'analyse des événements sentinelles et s'assure de l'application des recommandations identifiées.

Enfin, les politiques et les procédures internes de l'établissement (Procédure sur la déclaration obligatoire des réactions graves à un médicament ou un incident lié à un instrument médical, Procédure sur la divulgation des événements indésirables, etc.) sont revues avec le comité.

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 large spectre) 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 4 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 exceptionnelle des mesures de contrôle ont été complétés en 2018. Un plan de transfert des connaissances a été complété à la fin de 2019. Un plan de pérennité est en cours depuis la fin de 2019-2020 et s'actualise en fonction des priorités établies par les différentes directions cliniques de l'établissement.

La consignation des informations relatives à l'utilisation des mesures de contrôle est maintenant centralisée dans un *sharepoint*. Ceci permet aux différentes directions de suivre leurs données à la fin de chaque période financière et de pouvoir apporter les correctifs nécessaires pour offrir des soins sécuritaires et de qualité aux usagers.

Les données consignées permettent de suivre les indicateurs suivants :

- Taux d'utilisation par secteur/jour présence;
- Pourcentage de mesures de contrôle en situation non planifiée/planifiée par secteur;
- Pourcentage de mesures de contrôle par type par secteur;
- Durée moyenne de la mesure d'isolement par secteur;
- Durée moyenne de la mesure de contention par secteur;
- Nombre de mesures chimiques appliquées par secteur.

La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) procède à la production du rapport annuel à partir des données qui sont inscrites.

En ce qui concerne la pérennité des meilleures pratiques en matière d'application de mesures de contrôle, une formation continue partagée est en développement et est accessible sur une plateforme électronique (Moodle), depuis juin 2019. Cette formation est incorporée au programme d'accueil des nouveaux employés de la DSI.

De plus, des mécanismes d'évaluation de la mesure de la qualité ont été mis en place en milieu hospitalier et en milieu d'hébergement par l'entremise d'audits de dossiers. Ces résultats d'audits sont des leviers pertinents pour les gestionnaires des secteurs visés et permettent une rétroaction aux équipes dans une perspective d'amélioration continue de la qualité.

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 la qualité des services

Au cours de l'année 2019-2020, l'analyse des plaintes des usagers et les interventions menées par les membres du Service du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ont généré 435 mesures 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.

Motifs des plaintes pour lesquelles des mesures ont été émises	Nombre
Accessibilité	68
Aspects financiers	25
Droits particuliers	23
Loi sur la maltraitance	38
Relations interpersonnelles	57
Soins et services dispensés	133
Organisation des services et ressources matérielles	91
Total	435

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

- Les employés respectent les protocoles, les politiques et les procédures en vigueur;
- Les communications entre le personnel soignant et les usagers/familles soient efficaces et continues;
- Les soins d'hygiène soient prodigués de façon régulière et adéquate;
- Les mesures de sécurité soient prises pour assurer la protection des effets personnels des usagers dans l'incapacité d'en assurer eux-mêmes la garde;
- Les évaluations effectuées au triage à l'urgence respectent les normes de pratiques en vigueur;
- Les résidences pour personnes âgées offrent les services tels qu'inscrits sur le bail;
- Les exploitants de résidences pour personnes âgées respectent le Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat d'exploitation d'une résidence privée pour aînés;
- La Procédure sur la gestion des codes blancs soit revue;
- Les employés de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) rédigent des notes complètes et précises au dossier;
- Les changements d'intervenants à la DPJ soient autorisés lorsque requis;
- La condition de santé de l'utilisateur soit réévaluée afin de confirmer que l'orientation en vue d'un hébergement respecte son profil d'autonomie.

Le Protecteur du citoyen

Trente-cinq dossiers ont été ouverts en 2^e instance. Le Protecteur du citoyen a conclu 44 dossiers, soit 39 sans recommandation et 5 avec recommandations. Les 9 recommandations adressées à l'établissement portaient sur un ajustement financier en lien avec les frais de chambre, l'adoption et le respect de protocoles de soins, l'amélioration des communications, la tenue de dossiers et le regroupement de certaines clientèles sur les unités de soins. Elles s'adressaient à la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA), à la DSI et la Direction des ressources financières et de la logistique (DRFL). Également, 2 organismes communautaires du territoire ont été visés par les recommandations.

Toutes les 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.

Au 31 mars 2020, 17 dossiers étaient toujours à l'étude.

Le Protecteur du citoyen a également procédé à l'ouverture de 2 dossiers d'intervention qui sont toujours en cours d'étude.

Le Coroner

Pour l'année 2019-2020, 8 rapports du coroner ont été adressés au CISSS de Lanaudière. Ces rapports ont généré 4 recommandations, dont 3 qui ont été adressées spécifiquement à l'établissement et 1 à l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Ainsi, voici les 3 recommandations adressées spécifiquement à l'établissement ainsi que le suivi des mesures mises en place pour donner suite à ces recommandations :

- S'assurer que soit revue et approuvée une version finale de la Procédure d'application du code jaune et cela dans les plus brefs délais. Cette procédure a été revue et est en cours d'approbation;
- S'assurer qu'une formation à l'application du code jaune soit dispensée le plus rapidement possible au personnel de l'établissement. Cette formation est actualisée pour certains secteurs névralgiques. Les autres secteurs seront formés dès l'approbation de la procédure;
- Procéder à l'évaluation des services médicaux dispensés lors du passage d'un usager à l'urgence de l'HPLG peu de temps avant le décès. La Direction des services professionnels (DSP) ainsi que le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ont fait les suivis adéquats. Cette recommandation a été adressée au Collège des médecins ainsi qu'au CISSS (en lien avec un événement spécifique survenu à l'HPLG).

La 4^e recommandation, adressée à l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, est la suivante :

- Effectuer la vérification de la sécurité des fauteuils roulants à assises surbaissées et avec ceinture à boucle d'auto. La vérification de tous ces types de fauteuils a été réalisée dans l'ensemble de l'établissement.

Autres instances

Inspection professionnelle de l'OIIAQ

Une visite de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) était prévue du 10 au 13 mars 2020. Elle a cependant été annulée en raison de la pandémie.

Inspection de l'OPIQ

Les 4 et 5 mars 2020, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec a effectué une visite à l'HPLG. L'établissement est toujours en attente des recommandations écrites de l'organisme.

Office québécois de la langue française

L'Office québécois de la langue française (OQLF) a effectué une tournée de validation de la francisation dans différentes installations du CISSS, en novembre 2019. L'objectif était de visiter les espaces communs et les lieux de travail pour vérifier, entre autres, l'utilisation du français comme langue de travail ainsi que dans les activités et les communications internes et externes. Les conseillers de l'OQLF effectuant la tournée ont aussi échangé avec le personnel présent sur les normes linguistiques en vigueur. Un certificat de conformité sera transmis au CISSS à la suite des quelques ajustements mineurs requis.

Bureau de normalisation du Québec

En novembre 2018, la grappe Lanaudière – Laurentides – Laval (LLL) a débuté sa démarche en vue de l'accréditation ISO 15189 du Bureau de normalisation du Québec (BNQ), dépositaire des normes ISO pour le Québec. Le BNQ a d'abord effectué une visite des 9 laboratoires de la grappe LLL et produit pour chacun d'eux un rapport de non-conformité.

Le CHDL a reçu son rapport de visite le 20 décembre 2019. Celui-ci faisait état de 22 éléments de non-conformités mineurs et attendus. Respectant l'échéancier, des preuves documentaires de corrections immédiates, d'actions correctives et de plans d'action précisant un responsable et un calendrier d'avancement ont été soumises au BNQ pour chacune des non-conformités le 21 février 2020.

L'établissement a reçu l'évaluation des preuves soumises le 9 avril 2020 et y donnera suite.

Visite ministérielle en CHSLD

Dans l'actuel cycle 2018-2021 des visites ministérielles, 9 des 14 CHSLD de l'établissement ont fait l'objet d'une évaluation de la qualité du milieu de vie. Un centre d'hébergement a obtenu une évaluation globale qualifiée de « très adéquate », 3 d'« adéquate », 4 d'« acceptable » et 1 de « préoccupante ».

La grille ministérielle d'évaluation est divisée en 3 parties et porte sur :

- L'engagement de l'établissement à une gouvernance visant l'amélioration continue de la qualité des soins et des services;
- L'engagement de l'installation à offrir des soins et des services de qualité;
- Le résident reçoit les soins et les services dans un environnement social et physique propice au maintien de son identité et de son bien-être.

Les rapports ministériels d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD permettent de dégager les principaux constats en ce qui concerne les forces et les réalisations ainsi que les cibles d'amélioration.

Les forces et les réalisations

- L'établissement a développé des pratiques structurées et des outils cliniques conformes aux orientations ministérielles (Politique de lutte contre la maltraitance, Programme d'accueil structuré, Programme d'accompagnement en fin de vie, Procédure d'élaboration des plans d'intervention en interdisciplinarité, documents permettant l'analyse des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) avec des stratégies d'intervention en cohérence avec l'approche non pharmacologique);
- Le processus de communication est efficace entre l'établissement et ses installations;
- L'engagement de l'établissement à mettre en place des pratiques administratives, organisationnelles et professionnelles structurantes;
- Le processus structuré d'évaluation de la satisfaction de la clientèle;
- L'absence de pratiques institutionnelles;
- Les attitudes et les interactions positives du personnel.

Les cibles d'amélioration

- S'assurer que les comités milieu de vie soient actifs dans chacune des installations;
- S'assurer que les comités de résidents demeurent actifs dans la promotion des droits;
- Offrir en continu des activités de sensibilisation et de formation sur les syndromes comportementaux et psychosociaux de la démence (SCPD);
- Maintenir les rencontres formelles des équipes de soins sur une base hebdomadaire;
- Poursuivre les regroupements de clientèles ayant des profils apparentés;
- S'assurer d'un suivi post-admission structuré et systématique;
- S'assurer que les « histoires de vie » soient complétées pour tous les résidents et que leur contenu soit considéré pour favoriser l'intégration du résident;
- Consolider les fonctions et les rôles des préposés accompagnateurs;
- Réaliser les plans de travail des préposés en intégrant des indications sur les SCPD;
- S'assurer que les soins de fin de vie soient réalisés en interdisciplinarité;
- S'assurer que la présence du personnel soit optimisée au moment des repas;
- Réaliser des calendriers d'activités de loisirs qui couvrent les 7 jours de la semaine;
- Favoriser et consolider la participation du personnel aux activités de loisirs;
- Recruter en continu des bénévoles et les soutenir dans leurs actions;
- S'assurer d'une stabilité chez les gestionnaires des installations.

Suivi des visites ministérielles

Les recommandations ministérielles d'amélioration de la qualité du milieu de vie ont fait l'objet d'un plan d'amélioration dans toutes les installations. Plusieurs mesures mises en place pour donner suite aux recommandations se trouvent dans les réalisations de l'établissement précédemment énumérées. Par ailleurs, les centres d'hébergement ont chacun élaboré de nombreux moyens pour atteindre la réalisation des recommandations plus spécifiques à leur installation.

Des mises à jour et des suivis de ce plan sont réalisés 2 fois par année dans toutes les installations. Ces mises à jour et ces suivis sont cependant trimestriels dans l'installation ayant eu une évaluation qualifiée de préoccupante. C'est la DQEPE qui assure ces suivis en collaboration principalement avec les gestionnaires des installations.

Pour ce cycle de visites 2018-2021, les 9 installations ont fait l'objet de 69 recommandations d'amélioration dont certaines se trouvent dans plusieurs installations. D'autres s'adressent à l'établissement et celles-ci sont entièrement réalisées. Sur ces 69 recommandations, 38 sont en cours de réalisation et 31 sont réalisées, soit respectivement 55 % et 45 %.

Visites ministérielles d'évaluation de la qualité du milieu de vie en RI-RTF

Dans l'actuel cycle 2018-2021 des visites ministérielles, des ressources intermédiaires (RI) et de type familial (RTF) ont fait l'objet de l'évaluation de la qualité du milieu de vie. Il s'agissait de ressources jeunesse ayant été choisies de manière aléatoire. L'établissement est toujours en attente du rapport de cette visite.

Le nombre de mises sous garde selon la mission

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 elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001).

Mises sous garde 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020 - CISSS de Lanaudière		
	Mission CH	Total établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	1 177	1 177
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	Sans objet	256
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	174	174
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	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)	141	141

Il n'y a eu aucune mise sous garde pour les missions CHSLD, CLSC et CR de l'établissement en 2019-2020.

L'examen des plaintes et la promotion des droits

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

L'information et la consultation de la population

Tout au long de l'année, le CISSS a mis en place plusieurs actions pour informer la population de ses activités de même que pour lui faire connaître son offre de service et les moyens pour y avoir accès.

Site Web et page Facebook

Le site Web du CISSS a connu des changements et des améliorations au cours de la dernière année. Dédié à l'information sur les services de santé et les services sociaux

offerts par le réseau public lanauchois et aux modalités d'accès, la qualité de l'information transmise au public y est primordiale. Cette plateforme d'information est mise à jour en continu afin d'assurer à la population une information juste et utile.

La page Facebook du CISSS sert quant à elle à informer sur les activités de l'organisation, le recrutement ou à diffuser des conseils de santé publique ou toute autre information pertinente destinée à la population. En 2019-2020, plus de 5 620 utilisateurs de ce média social y étaient abonnés, soit près de 2 000 abonnés de plus que l'an dernier.

Au cours de l'année 2019-2020, le Service des communications a répondu à plusieurs questions et commentaires provenant de la population, transmis par le biais des différentes plateformes électroniques à sa disposition.

Plus de 490 questions ont été reçues et traitées via le site Web. De plus, de nombreuses questions ont également été reçues via la page Facebook de l'organisation par le biais de Messenger. Ces moyens de communication sont de plus en plus utilisés par la population et permettent de réagir rapidement.

Séance publique annuelle

Le CISSS a tenu une séance publique d'information lors de la séance du CA du 4 novembre 2019. Le rapport annuel de gestion 2018-2019 de l'établissement y a été présenté.

Forums populationnels

Le CISSS a tenu deux forums populationnels, le 2 octobre à Mascouche, dans la MRC Les Moulins, et le 6 novembre à Saint-Lin-Laurentides, dans la MRC de Montcalm. 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.

Relations médias

Le CISSS de Lanaudière entretient des relations avec les médias régionaux et nationaux afin de bien informer la population des différents enjeux concernant la santé et les services sociaux de la région. Au total, l'établissement a répondu à 308 demandes médias entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020.

De même, 123 communiqués de presse ont été diffusés par l'établissement afin d'informer la population sur les modalités d'accès aux services et de lui offrir des informations pertinentes sur la santé et les services sociaux.

Relations avec les partenaires

La Direction du CISSS entretient des liens avec différents partenaires (élus municipaux, Table des préfets, députés, milieux scolaire et communautaire) afin de les informer et de collaborer avec eux sur divers enjeux de santé et de services sociaux. Au cours de la dernière année, plus de 385 demandes provenant des bureaux des députés de la région ont été reçues et traitées dans le but de résoudre différentes situations concernant des usagers.

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

Exercice 2019-2020 : du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020		
Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée	1 286
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) pour la période.	90
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1145
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs	193
Sédation palliative continue (SPC)	Nombre de sédations palliatives continues administrées	70
Aide médicale à mourir (AMM)	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	264
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	141
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : <ul style="list-style-type: none"> • 11 usagers ont retiré leur demande/ont changé d'avis; • 48 usagers sont décédés avant la fin de l'évaluation; • 14 usagers sont décédés avant l'administration; • 18 usagers ne répondaient pas aux critères au moment de la demande d'AMM; • 21 usagers répondaient aux conditions au moment de la demande d'AMM, mais ont cessé d'y répondre au cours du processus d'évaluation; • 1 usager a été transféré vers un autre établissement; • 10 usagers dont la demande est en cours d'évaluation ou de processus. 	123

7. Les ressources humaines

Les ressources humaines de l'établissement

11045275 - Répartition des effectifs en 2018 par catégorie de personnel		
	Nombre d'emplois au 31 mars 2019	Nombre d'ETC en 2018-2019
1- Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	3 230	2 589
2- Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	3 047	2 365
3- Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 574	1 413
4- Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 436	2 039
5- Personnel non visé par la loi 30	57	45
6- Personnel d'encadrement et autre	318	321
Total	10 662	8 771

Nombre d'emplois : Nombre d'emplois occupés dans le réseau de la santé et des services sociaux au 31 mars de l'année concernée et ayant au moins une heure, rémunérée ou non, dans les 3 mois suivant la fin de l'année financière. Les personnes qui, au 31 mars, occupent un emploi dans plus d'un établissement sont comptabilisées pour chacun de ces emplois.

Nombre d'équivalents temps complet (ETC) : L'équivalent temps complet permet d'estimer le nombre de personnes qui aurait été nécessaire pour effectuer la même charge de travail, à l'exclusion des heures supplémentaires payées, si tous avaient travaillé à temps complet. C'est le rapport entre le nombre d'heures rémunérées, ce qui inclut les jours de vacances, les jours fériés et les autres congés rémunérés ainsi que les heures supplémentaires prises en congé compensé et le nombre d'heures du poste pour une année, lequel tient compte du nombre de jours ouvrables dans l'année.

La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement

Comparaison sur 364 jours pour avril à mars (31-03-2019 au 28-03-2020)			
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
1- Personnel d'encadrement	558 752	3 454	562 206
2- Personnel professionnel	2 436 373	20 007	2 456 380
3- Personnel infirmier	4 561 788	345 089	4 906 877
4- Personnel de bureau, techniciens et assimilés*	7 431 149	320 127	7 751 276
5- Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 358 591	49 937	1 408 528
6- Étudiants et stagiaires	34 271	319	34 590
Total 2019-2020	16 380 925	738 933	17 119 858
Total 2018-2019			16 637 779

*Ce terme vise à inclure toutes les déclinaisons de titre d'emploi que nous retrouvons dans cette catégorie de personnel de bureau (agent administratif classe 1, 2, 3, 4; adjoint à la direction; spécialiste en procédés administratif, etc.)

Cible 2019-2020	17 020 449
Écart*	99 409
Écart en %	0,6 %

La cible n'a pas été respectée. L'écart entre la cible établie en 2019-2020 et les heures réellement rémunérées sont attribuables aux nouveaux investissements réalisés pendant le présent exercice.

8. Les ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Dépenses par programmes-services						
Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	18 761 627	1,92	21 116 502	2,02	2 354 875	12,55
Services généraux - activités cliniques et d'aide	47 998 685	4,92	53 825 330	5,15	5 826 645	12,14
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	191 212 542	19,60	209 532 869	20,06	18 320 327	9,58
Déficiance physique	31 475 959	3,23	29 132 552	2,79	(2 343 407)	(7,45)
Déficiance intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme	50 892 625	5,22	55 469 306	5,31	4 576 681	8,99
Jeunes en difficulté	76 015 579	7,79	80 197 552	7,68	4 181 973	5,50
Dépendance	5 590 456	0,57	6 420 098	0,61	829 642	14,84
Santé mentale	59 285 919	6,08	61 491 528	5,89	2 205 609	3,72
Santé physique	302 611 710	31,01	321 881 417	30,82	19 269 707	6,37
Administration						
Administration	60 412 476	6,19	65 953 388	6,32	5 540 912	9,17
Soutien aux services	63 362 331	6,49	67 036 780	6,42	3 674 449	5,80
Gestion des bâtiments et des équipements	68 168 950	6,99	72 269 409	6,92	4 100 459	6,02
Total	975 788 859	100	1 044 326 731	100	68 537 872	7,02

Pour plus d'informations sur les ressources financières, le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471, publié sur le site Web 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 3 427 557 \$ 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 3 965 736 \$ et est imputé aux déficits cumulés.

Le résultat des activités du fonds d'immobilisations se solde par un déficit des revenus sur les charges au montant de 538 179 \$ 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 (RLRQ, chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit engager 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 2020, l'établissement a respecté cette obligation légale.

Les contrats de service

Contrats de service de plus de 25 000 \$ Pour la période du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020		
Contrats	Nombre de contrats	Valeur (incluant les options)
Contrats de service avec une personne physique ¹	16	692 798 \$
Contrats de service avec un contractant autres qu'une personne physique ²	102	158 628 293 \$
Total des contrats de service	118	159 321 091 \$

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

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

9. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

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 formulés par l'auditeur indépendant						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Contrat de location 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.	2009-2010	R	En attente d'une directive du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Par ailleurs, le MSSS a mentionné qu'il prévoyait réactiver la démarche permettant de régulariser la réserve à l'égard des contrats de location d'immeubles conclus avec la SQI. Toutefois, cette réserve n'a pas d'incidence sur la fidélité des états financiers du gouvernement.			X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure						
6830 – Imagerie médicale Selon l'annexe G de la circulaire codifiée 03.04.01.01, les procédures effectuées par un médecin sans assistance du technologue ne peuvent pas faire l'objet d'un décompte d'unités. Nous avons	2013-2014	R	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			X

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.						
5203 – Mécanismes d'accès Le système de compilation des unités de mesure du centre d'activités - 5203 mécanismes d'accès ne permet pas de compiler les demandes d'accès refusées ou annulées tel qu'exigé par le Manuel de gestion financière.	2011-2012	R	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. En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			X
7644 – Hygiène et salubrité – Tâches opérationnelles 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	R	La Direction des services techniques a terminé des travaux supportant le calcul des mètres carrés. En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			X
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Le Transfert inc. L'établissement n'a pas consolidé l'organisme Le Transfert inc. Les documents comptables de l'organisme au 31 mars 2020 indiquent	2017-2018	C	Le CISSS de Lanaudière étant en attente d'une décision administrative soumise au MSSS, il a			X

que, si les états financiers de celui-ci avaient été intégrés au rapport financier annuel de l'établissement, l'actif aurait été supérieur de 2 218 330 \$, le résultat de l'exercice aurait été supérieur de 48 949 \$ et le surplus cumulé à la fin aurait été supérieur de 2 218 330 \$.			été convenu d'attendre pour la consolidation >des états financiers de l'organisme Le Transfert inc. aux états financiers du CISSS.			
<p>Contrôles internes – technologie de l'information</p> <p>Nous avons observé que plusieurs utilisateurs du service des finances et de la paie sont responsables de la gestion des droits des utilisateurs à l'égard des applications Virtuo et Espresso Paie. Ces fonctions devraient être assurées par les membres autorisés des technologies de l'information. De plus, nous avons noté qu'un grand nombre d'utilisateurs du service des TI possédaient des accès administrateurs au contrôleur de domaine. Il est cependant à noter qu'un processus de révision de ces comptes administrateurs est en cours afin de restreindre ceux-ci.</p>	2019-2020	C	<p>Ce commentaire s'applique dans une majorité des CISSS et des CIUSSS. Le CISSS de Lanaudière préconise également cette façon de faire, soit de laisser la responsabilité aux différents pilotes de systèmes (ressources financières, approvisionnement et paie) de gérer les droits des utilisateurs sans passer par les membres autorisés des technologies de l'information, et ce, dans un souci d'efficacité.</p> <p>Une analyse sur les meilleures pratiques et les contrôles compensatoires à mettre en place afin d'assurer une bonne gestion des accès sera faite.</p>			X

10. La divulgation des actes répréhensibles

Il n'y a eu aucun acte répréhensible divulgué dans notre établissement.

11. Les organismes communautaires

En 2019-2020, le CISSS de Lanaudière a financé 187 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 30,35 M\$. Par ailleurs, en cours d'année, le MSSS y a injecté en mission globale un développement budgétaire de 35 M\$ pour l'ensemble des régions du Québec. Ainsi, une somme de 1 957 800 \$ pour Lanaudière a permis de financer un OC reconnu en attente d'un premier financement à la mission globale et d'en rehausser 150 autres supplémentaires.

Cet ajout historique de ressources financières au PSOC est une reconnaissance de l'importance qu'accorde le gouvernement à la contribution des OC en santé et services sociaux pour l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes en besoin.

Les travaux du comité bipartite TROCL (Table régionale des organismes communautaires) - 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 leur est transmis afin de rappeler que, conformément à la Convention de soutien financier et au Cadre de gestion lanauois du PSOC, leurs documents de reddition de comptes doivent être fournis au CISSS dans les 3 mois suivant la date de fin de leur année financière. Le document ministériel de référence concernant la reddition de comptes requise y est joint pour les OC financés à la mission globale.

De plus, dans les mois suivant la réception de leurs documents de reddition de comptes, chaque OC financé à la mission globale 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. Toutes ces informations sont colligées et transmises au MSSS au besoin.

Organisme	2019-2020	2018-2019
Action famille Lanoraie	3 510 \$	3 448 \$
Action famille Lavaltrie	3 510 \$	3 448 \$
Ailes de l'espoir de Saint-Calixte (Les)	48 752 \$	30 505 \$
Albatros Lanaudière inc.	47 719 \$	29 415 \$
Amandiers (Les)	283 816 \$	273 886 \$
Amis de la déficience intellectuelle, Rive-Nord (Les)	249 391 \$	240 070 \$
Amis de Lamater (Les)	118 308 \$	103 906 \$
Association Carrefour Famille Montcalm	276 340 \$	228 954 \$
Association de parents d'enfant trisomique-21 Lanaudière (L')	121 024 \$	106 773 \$
Association de parents PANDA Matawinie	23 085 \$	47 828 \$
Association de parents PANDA MRC Les Moulins	78 851 \$	48 757 \$
Association des devenus sourds et des malentendants du Québec Secteur des MRC de L'Assomption et Les Moulins	51 031 \$	32 910 \$
Association des personnes handicapées de	0 \$	41 000 \$

Organisme	2019-2020	2018-2019
Saint-Michel-des-Saints et Saint-Zénon inc.		
Association des personnes handicapées de Brandon	109 740 \$	102 765 \$
Association des personnes handicapées Matawinie APHM (L')	259 256 \$	228 898 \$
Association des personnes handicapées physiques et sensorielles secteur Joliette (APHPS)	154 676 \$	136 002 \$
Association des personnes handicapées physiques Rive-Nord inc.	197 674 \$	185 954 \$
Association des personnes handicapées, secteur Berthier	229 293 \$	215 109 \$
Association des sourds de Lanaudière inc.	78 131 \$	61 508 \$
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (Montréal) (AQEPA)	4 735 \$	4 651 \$
Association Handami pour personnes handicapées et leur famille	108 419 \$	101 467 \$
Association pour les jeunes de la rue de Joliette	157 818 \$	146 026 \$
Association régionale de la fibromyalgie de Lanaudière	43 228 \$	24 675 \$
Association sclérose en plaques de Lanaudière	94 358 \$	78 632 \$
Association Un cœur pour tous Lanaudière inc. (L')	25 119 \$	24 675 \$
Ateliers éducatifs « Les Petits Mousses »	129 350 \$	104 832 \$
Avec des Elles inc.	207 435 \$	198 223 \$
Bonheurs des aînés Lanaudière (Aux)	58 698 \$	41 000 \$
Bonne étoile Joliette inc. (La)	167 769 \$	150 167 \$
C.A.L.A.C.S. Coup de cœur (Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel)	280 788 \$	269 391 \$
C.A.L.A.C.S. La Chrysalide (Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel)	264 303 \$	244 806 \$
Café de rue Terrebonne	46 437 \$	28 062 \$
Cancer-Aide Lanaudière	42 704 \$	24 122 \$
Carrefour Émilie de Lanoraie inc.	40 630 \$	35 000 \$
Carrefour familial des Moulins (Le)	3 511 \$	3 449 \$
Centre « Au Cœur des Femmes inc. »	207 711 \$	198 513 \$
Centre Arc-en-ci-Elle inc.	207 431 \$	198 219 \$
Centre d'action bénévole Brandon inc.	141 267 \$	131 647 \$
Centre d'action bénévole communautaire Matawinie	556 711 \$	541 956 \$
Centre d'action bénévole D'Autray inc.	434 777 \$	422 177 \$
Centre d'action bénévole de Montcalm	456 348 \$	443 368 \$
Centre d'action bénévole Des Moulins inc.	388 438 \$	378 097 \$
Centre d'action bénévole Émilie-Gamelin	503 871 \$	500 869 \$
Centre d'action bénévole MRC de L'Assomption	483 861 \$	480 762 \$
Centre de F.A.M. des Moulins	207 431 \$	198 219 \$
Centre de femmes Marie-Dupuis	212 961 \$	204 032 \$
Centre de femmes Montcalm	207 433 \$	198 221 \$
Centre de jour Jardin D'Étoiles	140 565 \$	138 080 \$
Centre de prévention du suicide de Lanaudière (Le)	635 582 \$	619 432 \$

Organisme	2019-2020	2018-2019
Centre de ressources pour hommes du Sud de Lanaudière	129 944 \$	29 415 \$
Centre d'entraide en santé mentale du secteur Brandon « Le Croissant de Lune »	104 363 \$	85 499 \$
Centre d'entraide et de dépannage de Saint-Zénon	43 342 \$	22 261 \$
Centre Le Diapason	380 802 \$	374 069 \$
Chaumière jeunesse de Rawdon (La)	400 947 \$	381 799 \$
Cible famille Brandon	14 551 \$	14 294 \$
Clef familiale Saint-Barthélemy (La)	58 698 \$	41 000 \$
Club jeunesse de Lanoraie inc.	78 710 \$	62 119 \$
Cœur de l'il, Centre d'accompagnement lanaudois pour des relations respectueuses et égalitaires (Au)	374 396 \$	289 191 \$
Collatines de L'Épiphanie	45 500 \$	32 685 \$
Comptoir alimentaire de la Haute-Matawinie (Le)	61 040 \$	41 000 \$
Comptoir alimentaire L'Essentiel de Lavaltrie	58 698 \$	41 000 \$
Corporation les enfants de ma rue	86 969 \$	65 426 \$
Corporation Répit-Dépannage de Lanaudière	271 082 \$	245 180 \$
Couleurs de la vie Lanaudière (Aux)	58 698 \$	41 000 \$
Cuisines collectives de Matha (Les)	85 220 \$	66 519 \$
Cuisines collectives La Joyeuse Marmite	94 190 \$	77 700 \$
Cyber-Cible	135 341 \$	122 379 \$
Défi-Famille Matawinie	3 510 \$	3 448 \$
Défi-Intégration-Développement-Accompagnement (DIDA)	107 320 \$	92 311 \$
Défis-logis Lanaudière	103 772 \$	88 567 \$
Denrées Matha et ses voisins	14 972 \$	29 415 \$
Diabétiques de Lanaudière inc.	58 698 \$	41 000 \$
Dysphasie Lanaudière	221 483 \$	212 655 \$
Enfance Libre Lanaudière	152 372 \$	140 297 \$
Entraide pour la déficience intellectuelle du Joliette Métropolitain inc.	323 765 \$	313 129 \$
Fin à la faim...	58 698 \$	41 000 \$
Groupe d'entraide en santé mentale de la région Berthier/Lavaltrie « L'Envol' »	108 890 \$	93 968 \$
Groupe d'entraide En toute amitié	67 080 \$	49 846 \$
Groupe d'entraide et d'amitié de Sainte-Julienne	74 296 \$	57 461 \$
Groupe des montagnards de Chertsey inc.	61 039 \$	41 000 \$
Groupe populaire d'entraide de Lavaltrie inc.	63 912 \$	46 502 \$
Groupe populaire d'Entrelacs	61 039 \$	41 000 \$
GymnO Lanaudière	63 823 \$	41 000 \$
Habitat jeunesse, Mascouche	315 687 \$	292 104 \$
Habitations Ciné des Cœurs	56 000 \$	41 000 \$
Hébergement d'urgence Lanaudière	326 517 \$	291 105 \$
Hébergement d'urgence Terrebonne	99 801 \$	63 433 \$

Organisme	2019-2020	2018-2019
Inter-Femmes inc.	207 433 \$	198 221 \$
Jardins du Méandre	91 268 \$	75 371 \$
Joujouthèque Farfouille (La)	3 510 \$	3 448 \$
Lachenaie action jeunesse	85 077 \$	78 661 \$
L'Arche Joliette	160 401 \$	148 743 \$
L'Avenue, justice alternative (Équijustice Lanaudière Sud)	357 454 \$	346 222 \$
Lueur du phare de Lanaudière (La)	365 012 \$	353 646 \$
Maison d'accueil La Traverse	807 879 \$	788 683 \$
Maison de la Famille Aux quatre vents	3 510 \$	3 448 \$
Maison de la Famille La Parenthèse (La)	3 510 \$	3 448 \$
Maison de Parents de la Matawinie Ouest (La)	3 510 \$	3 448 \$
Maison des aînés de Chertsey (La)	57 286 \$	43 082 \$
Maison des jeunes « Le Gros orteil »	94 856 \$	79 158 \$
Maison des jeunes « Les Mayais » (La)	77 637 \$	60 986 \$
Maison des jeunes « Sens unique » secteur Brandon	113 291 \$	98 613 \$
Maison des jeunes D.O. Ados	85 123 \$	68 887 \$
Maison des jeunes de Crabtree	73 592 \$	56 718 \$
Maison des jeunes de L'Assomption (La)	121 354 \$	107 121 \$
Maison des jeunes de L'Épiphanie	67 692 \$	50 491 \$
Maison des jeunes de Mascouche	104 110 \$	88 923 \$
Maison des jeunes de Rawdon	78 404 \$	61 797 \$
Maison des jeunes de Repentigny inc.	179 233 \$	168 554 \$
Maison des jeunes de Saint-Donat	61 744 \$	60 652 \$
Maison des jeunes de Saint-Liguori	7 700 \$	0 \$
Maison des jeunes de Sainte-Marcelline	77 637 \$	60 986 \$
Maison des jeunes de Saint-Esprit-de-Montcalm inc.	85 123 \$	68 887 \$
Maison des jeunes de Saint-Félix-de-Valois (La)	58 168 \$	48 567 \$
Maison des jeunes de Saint-Sulpice (La)	77 637 \$	60 986 \$
Maison des jeunes du Nord	76 296 \$	59 572 \$
Maison des jeunes La Piaule de Joliette	75 948 \$	59 204 \$
Maison des jeunes La Relève de Saint-Calixte	97 123 \$	80 675 \$
Maison des jeunes Laurentides/Saint-Lin	85 123 \$	68 887 \$
Maison des jeunes Place jeunesse Berthier	124 062 \$	110 514 \$
Maison des jeunes, Café-rencontre 12-17 du Grand Joliette (La)	125 548 \$	112 077 \$
Maison d'hébergement Accueil Jeunesse Lanaudière inc.	406 539 \$	387 682 \$
Maison d'hébergement jeunesse Roland-Gauvreau	430 009 \$	412 372 \$
Maison L'Intersection (La)	99 801 \$	63 433 \$
Maison Mémoire du cœur	36 052 \$	35 415 \$
Maison Oxygène Joliette-Lanaudière	282 458 \$	36 126 \$
Maison Parent-Aïse	17 162 \$	16 859 \$

Organisme	2019-2020	2018-2019
Maison Pauline Bonin	98 377 \$	61 930 \$
Maison populaire de Joliette	58 698 \$	41 000 \$
Maisons d'à côté Lanaudière (Les)	905 662 \$	884 737 \$
Manne quotidienne (La)	73 130 \$	56 230 \$
Marraines coup de pouce	38 500 \$	27 666 \$
Milieu d'Intervention et de Thérapie en Agression Sexuelle (MITAS)	324 048 \$	261 785 \$
Mi-Zé vie inc.	95 000 \$	95 000 \$
Moisson Lanaudière	76 645 \$	59 940 \$
Mouvement organisé des mères solidaires (M.O.M.S.)	3 510 \$	3 448 \$
Naître et grandir avec les amies de l'allaitement	6 050 \$	6 031 \$
Néo (Le)	261 726 \$	245 337 \$
Nourri-Source - Lanaudière	58 698 \$	41 000 \$
Œuvres de Galilée (Les)	41 000 \$	0 \$
Organisation de la communauté anglophone de Lanaudière	46 062 \$	27 666 \$
Original tatoué, café de rue	58 698 \$	41 000 \$
PANDA de la MRC de L'Assomption	83 674 \$	53 848 \$
Parentfants de Mascouche	3 510 \$	3 448 \$
Parrainage civique Lanaudière	155 237 \$	143 311 \$
Pas de deux (Le)	81 472 \$	80 031 \$
Pleins droits de Lanaudière inc.	222 319 \$	213 476 \$
Popote roulante Les Moulins	54 697 \$	36 779 \$
Popote roulante Rive-Nord	47 719 \$	29 415 \$
Propulsion Lanaudière	319 920 \$	296 558 \$
Regard en Elle	837 872 \$	818 145 \$
Regroup'Elles inc.	881 195 \$	860 702 \$
Regroupement des aidants naturels du comté de L'Assomption	58 698 \$	41 000 \$
Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale de Lanaudière	20 360 \$	20 000 \$
Relais jeunesse de Lavaltrie (Le)	95 720 \$	80 070 \$
REPARS (Équijustice Lanaudière Nord)	341 867 \$	330 911 \$
Répits de Gaby (Les)	421 946 \$	403 890 \$
Rescousse amicale (La)	158 475 \$	155 673 \$
Rescousse Montcalm (La)	141 878 \$	129 256 \$
Réseau communautaire d'aide aux alcooliques et autres toxicomanes (Le)	550 349 \$	535 706 \$
Réseau des aidants naturels D'Autray (Le)	59 219 \$	41 550 \$
Réseau des proches aidants Les Moulins	56 139 \$	38 300 \$
Rose Bleue, Association des personnes handicapées Les Moulins (La)	192 914 \$	182 947 \$
Ruche de Saint-Damien (La)	61 039 \$	41 000 \$

Organisme	2019-2020	2018-2019
Santé à cœur D'Autray Matawinie	33 164 \$	27 666 \$
Service d'entraide Saint-Lin-Laurentides inc.	66 301 \$	48 468 \$
Service régional d'interprétariat de Lanaudière	136 996 \$	134 574 \$
Services amitiés L'Assomption	64 473 \$	63 333 \$
Services de crise de Lanaudière (Les)	982 510 \$	960 226 \$
Société Alzheimer de Lanaudière (SADL)	203 506 \$	194 089 \$
Société de l'autisme Région de Lanaudière	388 287 \$	376 510 \$
Solidarité sociale de Rawdon	86 662 \$	68 040 \$
Soupière Joliette-Lanaudière (La)	68 468 \$	51 311 \$
Source de vie Saint-Gabriel inc.	58 698 \$	41 000 \$
Support aux aînés anglophones de Lanaudière	33 032 \$	33 612 \$
Table de concertation régionale des associations de personnes handicapées de Lanaudière	2 898 \$	2 847 \$
Table des partenaires en développement social de Lanaudière	31 029 \$	30 480 \$
Table régionale des organismes communautaires de Lanaudière	213 616 \$	204 927 \$
Tournesol de la Rive-Nord (Le)	187 418 \$	166 061 \$
Travail de rue Lavaltrie	111 018 \$	96 213 \$
Travail de rue Le Trajet	155 174 \$	143 244 \$
Travail de rue Repentigny	150 462 \$	138 287 \$
Travail de rue, secteur Brandon	58 698 \$	41 000 \$
Trouvailles de Mandeville (Aux)	72 165 \$	55 212 \$
Unité d'information et d'action en toxicomanie (UNIATOX)	564 037 \$	549 153 \$
Unité point de départ inc.	60 193 \$	42 579 \$
Vaisseau d'or (Des Moulins) (Le)	515 596 \$	480 061 \$
Zone Ados	127 963 \$	114 618 \$
Total des subventions accordées (\$)	30 348 620 \$	27 389 543 \$
Nombre total d'organismes communautaires subventionnés	187	186

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)***

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

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 circonstances¹.

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

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

de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

10. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant,

toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

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

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

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

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

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

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

Section 4 – APPLICATION

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

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

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

ANNEXES
Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

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

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

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

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

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

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

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

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

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

1. Intérêts pécuniaires

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

Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'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 _____.

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

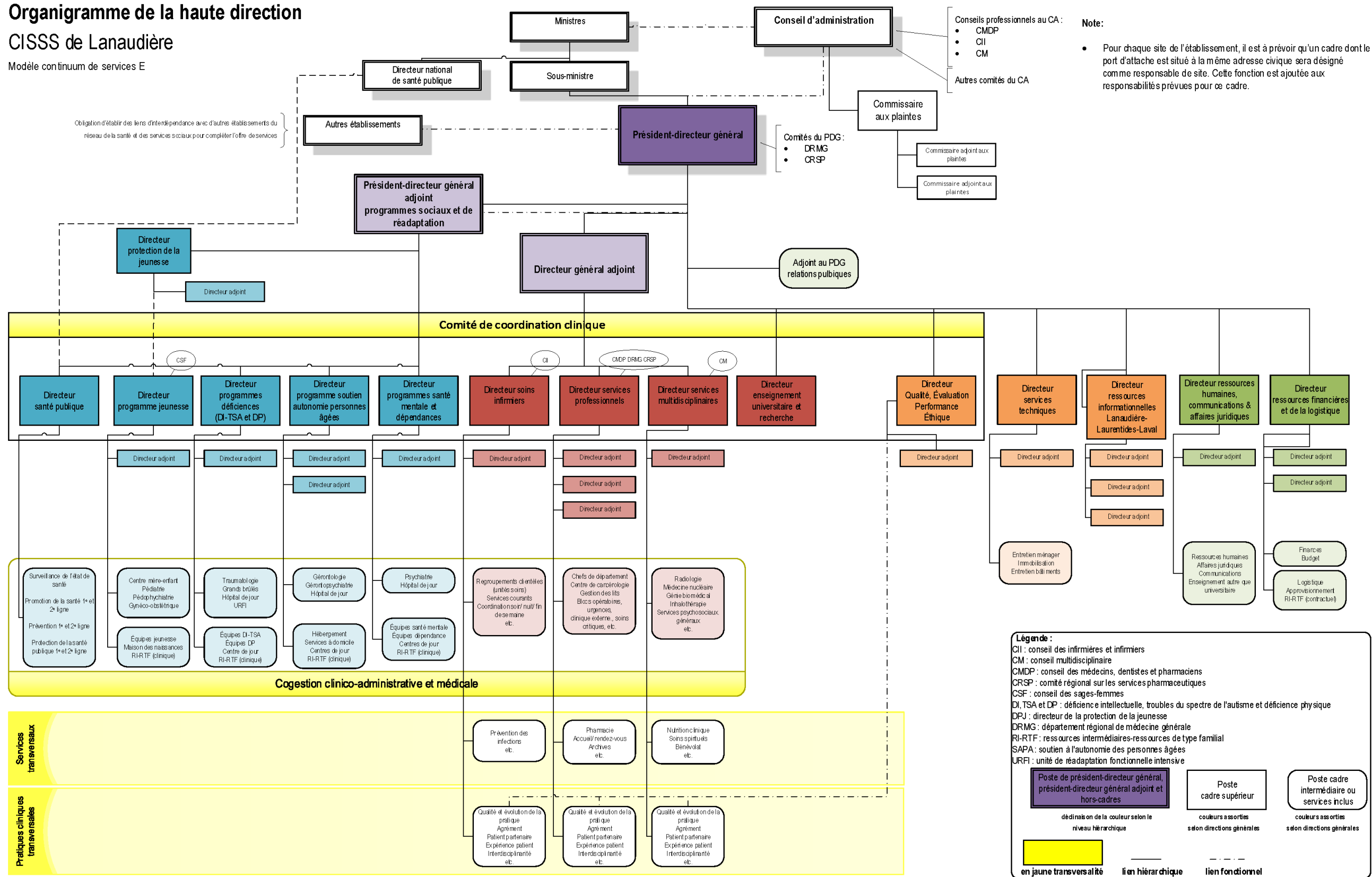
Date (aaaa-mm-jj)

Lieu

Organigramme de la haute direction

CISSS de Lanaudière

Modèle continuum de services E



Note:

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

Obligation d'établir des liens d'interdépendance avec d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour compléter l'offre de services

- Conseils professionnels au CA :**
- CMDP
 - CII
 - CM
- Autres comités du CA**

- Comités du PDG :**
- DRMG
 - CRSP

Services transversaux

Pratiques cliniques transversales

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

Québec 