

RAPPORT ANNUEL DE GESTION



2016-2017

Rapport annuel de gestion 2016-2017



Rapport annuel de gestion 2016-2017 adopté par le conseil d'administration à la séance du 14 juin 2017.

La version électronique de ce document peut être consultée sur le site Internet du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

ISBN : 978-2-550-78296-4 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-78297-1 (version numérique)

Tous droits réservés. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, ou la diffusion de ce document, même partielle, est interdite sans l'autorisation préalable du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides.

Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise à la condition d'en mentionner la source.

© Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides, 2017

Le message des autorités



Président du conseil
d'administration

André Poirier

Le contenu du rapport annuel de gestion 2016-2017 témoigne du dynamisme et de la compétence des équipes cliniques et administratives du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides. Malgré les nombreux changements qui ont marqué et qui marquent à nouveau le réseau de la santé et des services sociaux, la dimension humaine dans les soins et les services offerts aux usagers demeure une réalité et cela est à l'honneur des employés, des bénévoles, des sages-femmes, des médecins et également des partenaires du CISSS des Laurentides.

Cette année a notamment été marquée par la définition des cinq valeurs organisationnelles : le respect, la collaboration, l'engagement, l'intégrité et la bienveillance. Fruits d'une importante démarche de consultation, ces valeurs guideront nos actions au sein de notre organisation.

Par ailleurs, la santé et le mieux-être des employés sont au cœur de nos préoccupations. La démarche Entreprise en santé est un investissement humain qui bonifie chacune de nos décisions. C'est avec cette conviction que nous visons à offrir à nos équipes un milieu de travail favorable et une bonne santé globale pour ainsi devenir chef de file en matière de santé et mieux-être au travail.

Les préparatifs entourant la visite d'Agrément Canada, une première dans un contexte CISSS, ont aussi mobilisé nos équipes. Cela représentait un réel défi et, jusqu'à maintenant, nous croyons que ce défi a été relevé avec leadership et compétence. Les résultats de cette visite seront d'ailleurs connus en mai prochain.

Le rapport annuel de gestion présente les dossiers qui ont fait partie de la vie de l'établissement au cours de l'année qui s'est terminée le 31 mars 2017, et ce, dans un objectif de reddition de comptes.



Président-directeur
général

Jean-François Foisy



Le message des autorités (suite)

Parmi les grands dossiers qui ont marqué l'année, nous pouvons souligner ceux-ci :

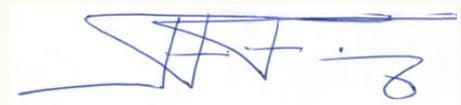
- Les investissements importants annoncés en soutien à domicile pour soutenir les activités de la vie quotidienne en CHSLD, désengorger les urgences et diminuer le temps d'attente dans les hôpitaux;
- La mise en place d'Info-Social à Rivière-Rouge;
- Le lancement de l'appel d'offres pour le pavillon de soins en santé mentale à Saint-Jérôme;
- Les travaux visant l'ouverture du Centre de cancérologie à Saint-Eustache et le démarrage des activités du service d'hémodialyse au même endroit;
- Les travaux d'élaboration du dossier du centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté;
- L'inauguration du Centre de pédiatrie sociale en communauté d'Argenteuil;
- La mise en place du Centre de répartition des demandes de services.

Sans avoir la prétention d'être exhaustive, puisque l'ensemble des dossiers est présenté dans les pages qui suivent, cette courte liste se veut néanmoins le reflet des nombreuses réalisations du CISSS des Laurentides.

Certaines des réalisations de l'établissement ont été faites en collaboration avec les comités des usagers et les comités de résidents, d'autres avec le soutien de nos fondations. L'approche patient-partenaire fait également de plus en plus partie de notre philosophie de gestion et nous en sommes très fiers. Difficile aussi de passer sous silence l'engagement des membres du conseil d'administration qui possèdent des feuilles de route remarquables et qui proviennent des différentes communautés des Laurentides, une richesse pour notre établissement. Le travail accompli par nos partenaires syndicaux et par les conseils professionnels, dans un contexte pas toujours facile, est aussi digne de mention. La contribution de tous ces collaborateurs est exceptionnelle et nous les remercions d'avoir été présents à nos côtés tout au long de l'année.

En terminant, nous tenons à témoigner notre reconnaissance envers l'engagement de toute l'équipe du CISSS des Laurentides de même que des partenaires de la communauté à offrir des soins et des services de grande qualité à la population.

Bonne lecture!



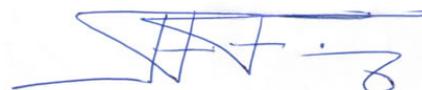
La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2016-2017 du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides :

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

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



Jean-François Foisy
Président-directeur général



Table des matières

Le message des autorités

La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

La présentation de l'établissement et les faits saillants

L'établissement	1
Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives.....	6
Les faits saillants.....	14

Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité.....23

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

L'agrément	43
La sécurité des soins et des services	45
Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par l'établissement	49
L'examen des plaintes et la promotion des droits	50
L'information et la consultation de la population	50

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie53

Les ressources humaines

Les ressources humaines de l'établissement	57
La gestion et le contrôle des effectifs.....	58

Les ressources financières

Les états financiers	61
L'équilibre budgétaire	90
Les contrats de service	91

L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant.....95

Les organismes communautaires..... 101

Les fondations..... 107

Annexes : Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs	111
Les attentes spécifiques de la reddition de comptes - chapitre III.....	135



Sigles et acronymes

AES	Approche École en santé
AMP	Activités médicales particulières
AVC	Accident vasculaire cérébral
CA	Conseil d'administration
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPQS	Commissariat aux plaintes et à la qualité des services (ou commissaire aux plaintes et à la qualité des services)
CRASLA	Comité régional d'accès aux services en langue anglaise
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRDS	Centre de répartition des demandes de service
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DGA	Direction générale adjointe (ou directeur général adjoint)
DGTI	Direction générale des technologies de l'information
DI-TSA	Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
DJ	Direction du programme jeunesse
DL	Direction logistique
DMS	Durée moyenne de séjour
DP	Déficience physique
DPACQ	Direction de la performance, de l'amélioration continue et de la qualité (ou directrice de la performance, de l'amélioration continue et de la qualité)
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
DRF	Direction des ressources financières
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (ou directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques)
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI	Direction des soins infirmiers (ou directrice des soins infirmiers)
DSIEC	Direction des soins infirmiers et de l'éthique clinique
DSM	Direction des services multidisciplinaires (ou directrice des services multidisciplinaires)
DSMDSPGA	Direction santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux adulte
DSP	Direction des services professionnels (ou directrice des services professionnels)
DST	Direction des services techniques
EC	Éthique clinique
EGI	Entente de gestion et d'imputabilité
ETC	Équivalent temps complet
GACO	Guichet d'accès à une clientèle orpheline
GAIN	Global Appraisal of Individual Needs
GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
GIS	Groupe interdisciplinaire de soutien
GMF	Groupe de médecine de famille

Sigles et acronymes

INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LGCE	Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MOI	Main-d'oeuvre indépendante
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PCI	Prévention et contrôle des infections
PDG	Président-directeur général
PDGA	Président-directeur général adjoint
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PS	Plan stratégique
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RH	Ressources humaines
RI	Ressource intermédiaire
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
RLS	Réseau local de services
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
RTS	Réseau territorial de services
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SIV	Soutien d'intensité variable
SPER	Santé physique, enseignement et recherche
TGC	Trouble grave du comportement
TS	Temps supplémentaire
UMF	Unité de médecine familiale



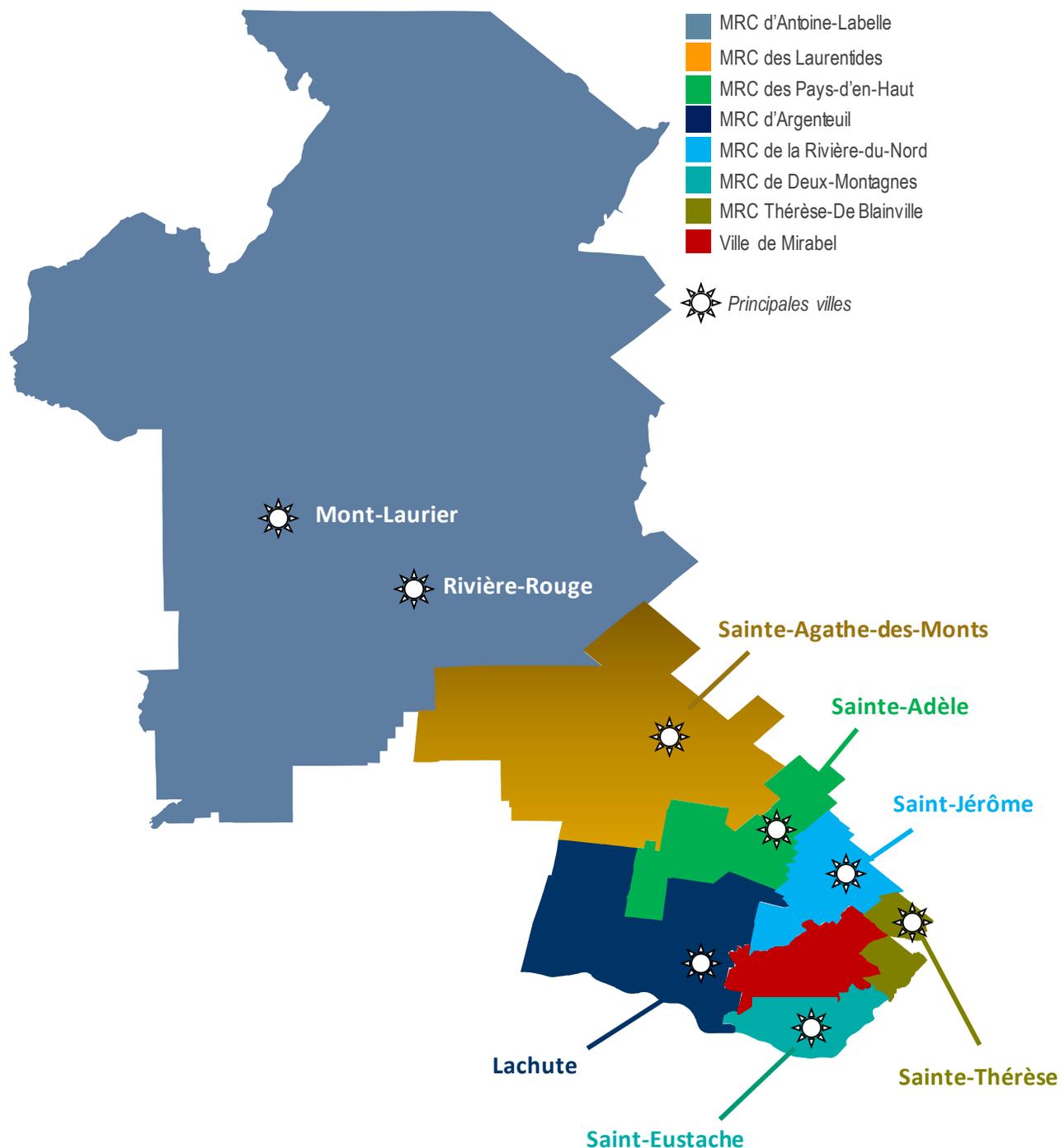
La présentation de l'établissement et les faits saillants

- L'établissement
 - Le conseil d'administration, les comités,
les conseils et les instances consultatives
 - Les faits saillants
- 

L'établissement

Créé le 1^{er} avril 2015, le CISSS des Laurentides est le fruit du regroupement de 13 établissements, dont les centres de santé et de services sociaux, l'agence de la santé et des services sociaux, la Résidence de Lachute, le centre jeunesse et les centres de réadaptation de la région des Laurentides.

L'établissement dispose d'un budget de plus d'un milliard de dollars et est réparti en 80 installations situées sur un territoire de 21 500 km². Le CISSS compte quelque 14 000 employés, plus de 1 000 médecins, des sages-femmes et environ 1 100 bénévoles qui offrent des soins et des services de santé à une population de plus de 600 000 personnes réparties dans l'ensemble des Laurentides.



Mission, vision, valeurs

Notre mission

À la suite de l'adoption de la Loi 10, le CISSS des Laurentides a comme rôles et responsabilités :

- De planifier, coordonner, organiser et offrir à la population de son territoire l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles, et de déterminer les mécanismes de coordination de ces derniers;
- De garantir une planification régionale des ressources humaines;
- De réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du MSSS en fonction de ses attentes;
- D'assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de son territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables;
- D'assurer une gestion de l'accès simplifié aux services;
- D'établir des ententes et des modalités en précisant les responsabilités réciproques et complémentaires avec les partenaires de son réseau territorial de services (RTS) comme les médecins, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies et les autres ressources privées, ainsi qu'avec d'autres établissements du réseau. Intégrer les réseaux locaux de services (RLS) établis au profit du RTS.

Afin d'assurer une véritable intégration des services offerts à la population, le CISSS des Laurentides :

- Est au coeur d'un RTS;
- A la responsabilité d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, incluant le volet santé publique;
- Assume une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire;
- Veille à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions (centre hospitalier, centre local de services communautaires, centre d'hébergement et de soins de longue durée, centre de réadaptation et centre de protection de l'enfance et de la jeunesse), et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales;
- Conclut des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son RTS (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de médecine de famille, cliniques réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.).

Notre vision

La vision du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides se définit ainsi :

Assurer des soins de santé et de services sociaux accessibles et efficaces, qui s'adaptent aux besoins de la population des Laurentides.

Nos valeurs

L'identification des valeurs organisationnelles de l'établissement résulte d'une démarche de consultation auprès de l'ensemble des membres du personnel. À la suite du sondage effectué, les cinq valeurs suivantes ont été retenues :



Respect

Le respect est une considération que doit recevoir une personne en raison de la valeur humaine qu'on lui reconnaît et qui nous porte à nous conduire envers elle avec politesse, tact et diplomatie. Le respect implique des comportements empreints de discrétion dans un environnement attentif de la vie privée de la personne. Le respect sous-tend également une capacité à exploiter la richesse des différences, des forces et des ressources de la personne. Le respect implique également que chaque acteur de l'organisation agisse conformément à la mission, à la vision et aux valeurs de l'organisation.

Collaboration

La collaboration se construit sur une relation de confiance et d'ouverture où l'engagement et l'apport de l'autre visent l'atteinte d'un but commun. La collaboration est essentielle au travail d'équipe, au partenariat et au mieux-être.

Elle implique le partage d'information, de connaissance, d'expériences, ainsi que des actions concertées. Elle se manifeste par l'entraide et l'interdépendance entre les acteurs, les usagers et les ressources de l'organisation.

Engagement

L'engagement se manifeste par les gestes et les comportements des acteurs de l'organisation qui, par leur implication au travail d'équipe, contribuent spontanément à l'amélioration de la qualité des services offerts aux usagers par l'établissement et donc à l'atteinte des objectifs découlant de sa mission et de ses orientations.

L'engagement des acteurs de l'organisation ainsi que des citoyens et partenaires contribue directement à l'amélioration de la santé et du mieux-être des individus et de la communauté.

Intégrité

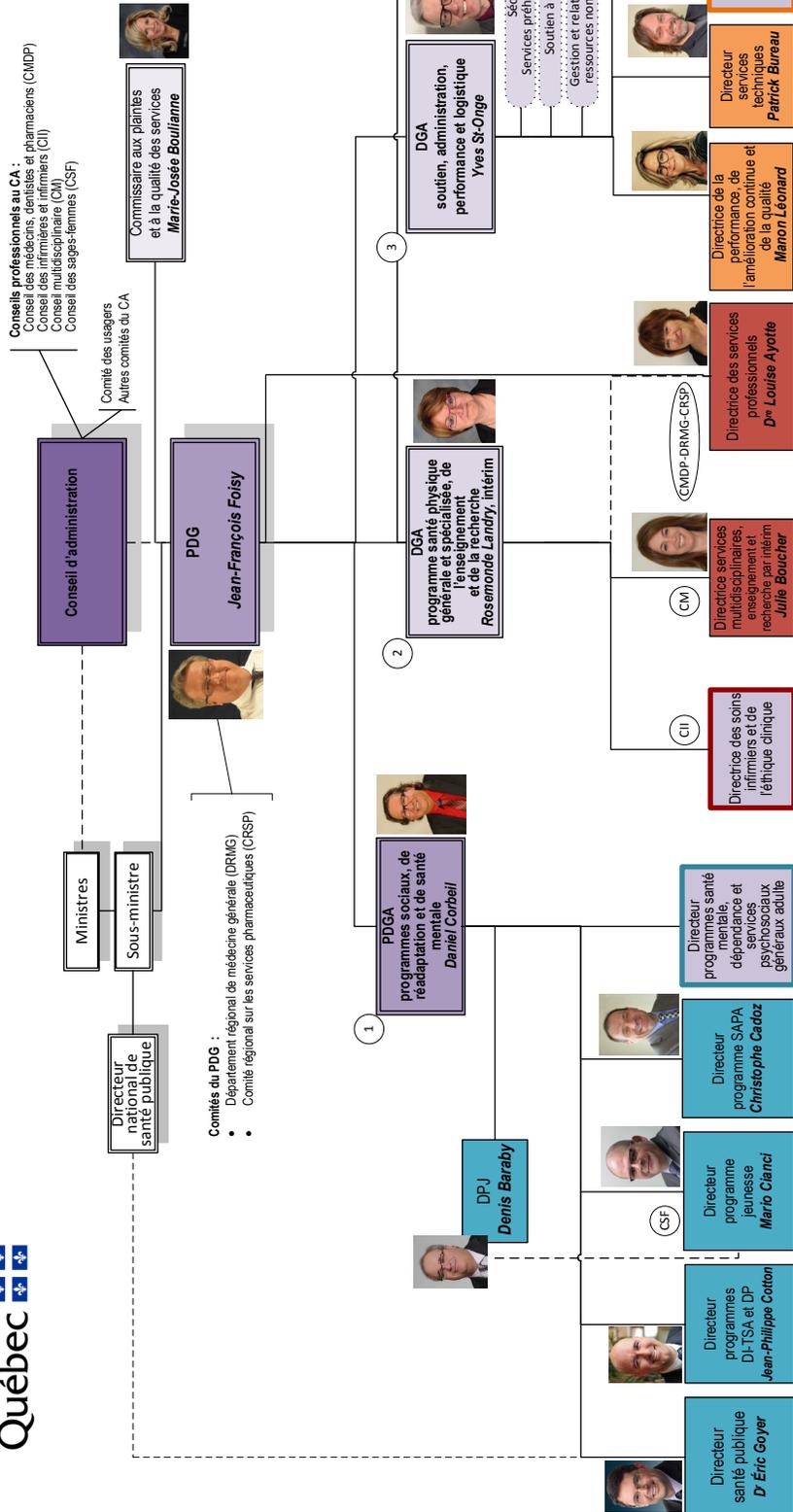
L'intégrité sous-tend l'honnêteté, l'authenticité et la franchise, qui doivent teinter l'ensemble des rapports à tous les niveaux de l'organisation et envers les usagers.

Elle désigne aussi la capacité d'une personne à respecter ses engagements et ses principes, tout en respectant également les règles et les codes en vigueur. L'intégrité favorise la communication et le climat de confiance, engendre la crédibilité et développe la responsabilité entre les différents acteurs.

Bienveillance

La bienveillance est un souci de l'autre se traduisant par des relations empreintes d'humanisme et de considération. La bienveillance vise la préservation et l'amélioration du mieux-être d'autrui. Elle invite chaque acteur à agir avec empathie et sollicitude et guide les actions et les décisions dans toutes les sphères de l'organisation.

La structure organisationnelle au 31 mars 2017



- 1 Le PDGA est aussi responsable de la Direction programmes santé mentale et dépendance
- 2 La DGA est aussi responsable de la Direction de l'enseignement et de la recherche
- 3 Le DGA est aussi responsable de la Direction logistique

Le conseil d'administration

Le 1^{er} octobre 2015, le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, ainsi que la ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique, M^{me} Lucie Charlebois, ont annoncé la nomination des membres du conseil d'administration du CISSS des Laurentides.

Constitué de 18 personnes, le conseil d'administration de l'établissement compte six membres désignés, deux membres nommés, neuf membres indépendants et un membre observateur.

Les officiers



Président

André Poirier
Compétence
en gouvernance
ou éthique



Vice-président

Michel Couture
Expertise en
protection
de la jeunesse



**Président-directeur
général et secrétaire**

Jean-François Foisy

Il est à souligner qu'aucun manquement au code d'éthique et de déontologie des administrateurs n'a été constaté au cours de l'année 2016-2017.

Le code d'éthique et de déontologie se trouve à l'annexe du présent rapport. Il est également disponible sur le site Internet du CISSS des Laurentides au www.santelaurentides.gouv.qc.ca



François Bédard
Conseil des
infirmières et
infirmiers



Raymond Carrier
Compétence en
ressources
immobilières,
informationnelles
ou humaines



Jocelyne Chevrier
Comité des usagers



Paule Fortier
Milieu de
l'enseignement



Lyne Gaudreault
Expérience vécue
à titre d'usager
des services
sociaux



Rola Helou
Expertise en
santé mentale



Frédéric Houle
Expertise dans les
organismes
communautaires



**Dr. François
Lamothe**
Conseil des
médecins,
dentistes et
pharmaciens



François Lavoie
Comité régional
sur les services
pharmaceutiques



Hugh Mitchell
Compétence
en vérification,
performance
ou gestion
de la qualité



Alain Ouellette
Expertise en
réadaptation



**Claire
Richer-Leduc**
Compétence
en gestion des
risques, finances
et comptabilité



Donald Vezeau
Conseil
multidisciplinaire



Nadia Dahman
Siège réservé
aux fondations
(observatrice)



**Absence de
désignation**

Département
régional de
médecine
générale

Les comités, les conseils et les instances consultatives

Les rapports annuels d'activités des comités, conseils ou instances mentionnés ci-dessous sont disponibles sur le site Internet du CISSS des Laurentides.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

D ^{re} Louise Ayotte, DSP	D ^r Stéphane Gingras
D ^r Charles Bertrand	D^r Paul-André Hudon, président
D ^r Jean-Sébastien Carrier	D ^{re} Maude Latulippe
D ^{re} Marie-Josée Chouinard	D ^r Charly-Claude Morel
D ^{re} Véronique Côté-Pagé	D ^{re} Marjory Nicole
D ^{re} Malak El-Rayes	D ^r Richard Racette
M. Jean-François Foisy, PDG	D ^r Yves Rouleau
D ^r Marc-Olivier Fournier	D ^{re} Mylène Vandal

Un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est institué pour chaque établissement qui exploite un ou plusieurs centres où exercent au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens.

Ce conseil est composé de tous les médecins, les dentistes et les pharmaciens qui exercent dans tout centre exploité par l'établissement et qui jouissent du statut requis par règlement pris en vertu du paragraphe III de l'article 506 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux. Ce conseil est composé de l'ensemble des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans tout centre exploité par le CISSS des Laurentides.

Le comité exécutif a principalement pour mandat de (art. 214) :

- Contrôler et appréhender la qualité et la pertinence des actes médicaux, dentistes et pharmaceutiques;
- D'évaluer et maintenir la compétence des médecins;
- Faire des recommandations sur les règles de soins médicaux;
- Donner son avis sur les aspects professionnels de la distribution des soins ainsi que sur l'organisation médicale.

Conseil des infirmières et infirmiers

M ^{me} Julie Boisclair	M ^{me} Sylvie Lalande
M ^{me} Carolle Dallaire	M ^{me} Rosemonde Landry, DGA-SPER, DSI-EC
M. Cédric Desbiens, président	M ^{me} Renée Ménard
M ^{me} Josée Duplantie	M ^{me} Sophie Meunier
M ^{me} Alexandra Fex	M ^{me} Caroline Normand
M. Jean-François Foisy, PDG	M ^{me} Isabelle Thibault
M. Jérôme Gauvin-Lepage	

Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) est une instance consultative officielle prévue par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Tous les infirmiers et infirmières de l'établissement en sont membres.

Le CII est responsable envers le conseil d'administration :

- D'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers;
- De faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à ses membres;
- De faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par ses membres;
- D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Le CII est responsable envers le président-directeur général de donner son avis sur l'organisation scientifique et technique de l'établissement, des moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmiers et des infirmières et de toute autre question que le président-directeur général porte à son attention.

Conseil multidisciplinaire

M^{me} Josée Boudreault
M^{me} Julie Boucher, DSM et DER par intérim
M^{me} Martine Brière
M^{me} Annie Cloutier
M^{me} Cynthia Desjardins
M. Jean-François Foisy, PDG

M. Vincent Fortin
M^{me} Claudia Poulin, présidente
M^{me} Julie Raiwez
M. Jérôme Ryckewaert
M^{me} Caroline Sauvé
M^{me} Alexandra Turpin

Le conseil multidisciplinaire (CM) est composé de toutes les personnes qui sont titulaires d'un diplôme collégial ou universitaire et qui exercent, pour l'établissement, des fonctions caractéristiques du secteur d'activité couvert par ce diplôme et reliées directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement. Les membres du personnel-cadre font partie du conseil dans la mesure où leur diplôme et les fonctions exercées sont en lien direct avec les services de santé et les services sociaux offerts aux usagers, même s'ils n'interviennent pas directement auprès de ceux-ci.

Il est à noter que les personnes qui sont infirmières praticiennes, infirmières ou infirmières auxiliaires, font partie du conseil des infirmières et infirmiers (CII) et que les médecins, dentistes et pharmaciens font partie du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement. Elles ne peuvent donc être membres du conseil multidisciplinaire.

Il est également à noter que les sages-femmes font partie du conseil des sages-femmes de l'établissement. Toutefois, aux fins de la désignation d'un membre du conseil multidisciplinaire au sein du conseil d'administration de l'établissement, elles sont réputées faire partie du conseil multidisciplinaire (art. 11 de la Loi).

Conseil des sages-femmes

M^{me} Joanne Boudreault, présidente
M^{me} Claire Godin, directrice adjointe DJ
M^{me} Valérie Leuchtmann

M^{me} Marie-Laure Vachon
M^{me} Mongia Saïd

Conformément à l'article 225.3

- Contrôler et apprécier de manière générale la qualité et la pertinence des actes posés par les sages-femmes pour l'établissement.
- Faire des recommandations sur les règles de soins applicables à ses membres.
- Faire des recommandations sur la distribution appropriée des services dispensés par ses membres.
- Faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'une sage-femme qui adresse une demande au conseil d'administration en vue de conclure avec l'établissement un contrat en vertu de l'article 259.2 de la LSSSS.
- Faire des recommandations sur les obligations qui doivent être rattachées à l'exercice de la profession de sage-femme conformément à un contrat conclu en vertu de l'article 259.2 de la LSSSS.
- Assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Les comités, les conseils et les instances consultatives (suite)

Département régional de médecine générale

D^r Louise Ayotte, DSP, invitée d'office

D^r Bertrand Bissonnette, chef du DRMG

D^{re} Caroline Cantin

D^r Gilles Émond

D^{re} Catherine Foley

D^{re} Louise Gaudet

D^r Nicolas Hélie Martel

D^r Zahi Khoury

D^r Luc Laurin

D^r Dominique Legault

D^r Sylvain Ménard

D^r Éric Morin

D^{re} Christine Slythe

Le département régional de médecine générale exerce, sous l'autorité du président-directeur général du CISSS, les responsabilités suivantes :

- Faire des recommandations sur le plan régional des effectifs médicaux (PREM) des médecins de famille;
- Définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux pouvant inclure le réseau de garde intégré, la garde en disponibilité pour les services dispensés en centre d'hébergement et de soins de longue durée et pour le programme de maintien à domicile et en assurer la mise en place, le tout devant s'inscrire à l'intérieur du plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- Faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux découlant des programmes prioritaires;
- Faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières (AMP);
- Évaluer l'atteinte des objectifs relativement au plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- Donner son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux généraux;

Nouveau mandat :

- Assurer la direction des sept guichets d'accès de la clientèle sans médecin (GAMF-GACO) de famille de la région.

Comité régional sur les services pharmaceutiques

M^{me} Krystal Beaucage

M^{me} Ariane Dumoulin-Charette

M^{me} Frédérique Charet-Denault

M. Frédérique Julien Baker

M. Stéphane Gingras

M. François Lavoie

M. Patrick Long, président

M. Sylvain Pomerleau

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le comité régional sur les services pharmaceutiques exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes :

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

Comité de gouvernance et d'éthique

M. Michel Couture
M. Jean-François Foisy, PDG
M^{me} Lyne Gaudreault

M. Alain Ouellette
M^{me} Claire Richer-Leduc, présidente
M. Donald Vezeau

Le comité de gouvernance et d'éthique a comme mandat de s'assurer de la bonne gouvernance de l'établissement et de proposer des moyens pour le faire. Il fait également la promotion de l'application du code d'éthique et de déontologie des administrateurs et enquête sur toute situation de manquement aux règles pour ensuite proposer les mesures appropriées au conseil d'administration.

Le comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions d'élaborer :

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

Comité d'audit

M. Raymond Carrier, président
M. Bruno Cayer, DRF, invité d'office
M. Michel Couture

M. Jean-François Foisy, PDG
M. Frédéric Houle
M^{me} Claire Richer Leduc

Le comité d'audit exerce les fonctions prévues à la Loi. Il doit notamment aviser le conseil sur le choix de l'auditeur, assister l'auditeur, examiner l'étendue du travail de vérification de l'auditeur, prendre connaissance des résultats de l'audit et assurer le suivi des recommandations et faire des recommandations au conseil concernant les états financiers et le rapport de l'auditeur.

Le comité d'audit doit également :

- Formuler des avis au conseil sur le contrôle interne de l'établissement et le travail de vérification;
- Faire les recommandations au conseil d'administration sur l'adoption du budget annuel;
- Faire le suivi budgétaire de l'établissement;
- Faire l'analyse des résultats concernant les bonis au rendement de l'équipe de gestion et des cadres supérieurs et intermédiaires et recommander le versement au conseil d'administration;
- Réaliser des mandats spécifiques relatifs à la gestion de l'établissement que lui confie, de temps à autre, le conseil d'administration;
- S'assurer que soit mis en place et appliqué un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement.

Les comités, les conseils et les instances consultatives (suite)

Comité de vigilance et de la qualité

M^{me} Marie-Josée Boulianne, CPQS
M^{me} Jocelyne Chevrier, secrétaire
M. Michel Couture, président

M. Jean-François Foisy, PDG
M^{me} Rola Helou
M^{me} Manon Léonard, DPACQ, invitée d'office

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services.

À cette fin, le comité de vigilance et de la qualité doit notamment :

- Recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
- Établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations prévues au paragraphe 3;
- Faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
- Assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il a faites en application du paragraphe 3;
- Favoriser la collaboration et la concertation des intervenants concernés par le paragraphe 1;
- Veiller à ce que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
- Exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié en vertu du premier alinéa.

Comité de gestion des risques

M. Denis Baraby, DPJ
M^{me} Lisane Choinière-Bédard
M. Luke De Block
M. Steve Desjardins
M^{me} Julie Duval
M^{me} Kristine Gagnon
M. Marcelo Gomez-Molina

M^{me} Rosemonde Landry, présidente
DGA-SPER, DSI-EC
M^{me} Nicole Leblanc
M^{me} Manon Léonard, DPACQ, représentante du PDG
M. Alain Masson
M. Pierre Morin
M^{me} Chantale Séguin

Tel que la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* l'indique (LSSS article 183.2), le mandat du comité de gestion des risques est de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

- Identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers;
- S'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;
- Assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et accidents;
- Recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents, ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu;
- Voir à l'application des orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substance chimique.

Comité des ressources humaines

M. François Bédard
M^{me} Sylvie Boulanger, DRHCAJ
M. Jean-François Foisy, PDG
M^{me} Paule Fortier

M^{me} Lyne Gaudreault
M. Hugh Mitchell, président
M. Donald Vezeau

Le comité des ressources humaines est informé à propos des activités des secteurs suivants : dotation, santé et sécurité du travail, développement organisationnel ainsi que relations de travail. Plus particulièrement, il s'intéresse à la mobilisation des personnes, à la planification globale de la main-d'œuvre et aux activités qui y sont rattachées, à la présence au travail, au développement des compétences et aux programmes associés, ainsi qu'au climat de travail.

Le comité des ressources humaines (RH) fait des recommandations au conseil d'administration (CA) concernant les orientations RH, exerce un rôle de vigie et agit à titre de promoteur des meilleures pratiques de gestion des ressources humaines afin de faire du CISSS des Laurentides un employeur de choix.

Comité des usagers

M. Gilles Biron
M^{me} Jocelyne Chevrier
M^{me} Lisane Choinière Bédard, vice-présidente
M^{me} Reine Claveau
M. Normand Lajoie, président
M. Daniel Landry
M^{me} Francine Leroux

M. Alain Masson
M^{me} Lorraine Monk
M. Alain Paquette, invité d'office
M. Pierre Proulx
M^{me} Denise St-Jean
M^{me} Edna Young

Le comité des usagers, conformément à la LSSSS, renseigne les usagers sur leurs droits et leurs obligations, fait la promotion de l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évalue le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus, défend les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'usager. Il accompagne ou assiste sur demande un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il porte plainte auprès du Commissariat aux plaintes et à la qualité des services. La région des Laurentides compte plusieurs comités de résidents, douze comités locaux et un comité régional. Un membre du comité régional siège au conseil d'administration de l'établissement.

Comité régional d'accès aux services en langue anglaise

Le comité régional d'accessibilité aux services en langue anglaise n'a pu être mis en place, comme prévu, et ce, puisque le ministère procède actuellement à la révision du règlement du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise (sur lequel sera basé le règlement modèle des comités régionaux). Nous demeurons donc en attente de recevoir les nouvelles directives ministérielles.

Les faits saillants

PDGA – programmes sociaux, de réadaptation et de santé mentale

Les grands enjeux de l'année 2016-2017 pour les programmes sociaux, de réadaptation et de santé mentale prennent assises sur les orientations ministérielles et se situent sur la mise en place et la poursuite de projets visant les soins et services offerts à la population des Laurentides.

- Obtention de la recertification Initiative des Amis des Bébé pour l'installation CLSC de Thérèse-De Blainville et élaboration de la politique en allaitement maternel au CISSS des Laurentides démontrant ainsi un réel appui aux meilleures pratiques.
- Inauguration du Centre de pédiatrie sociale en communauté d'Argenteuil à Lachute, permettant ainsi une action concrète auprès des enfants les plus vulnérables et leur famille.
- Consolidation des services d'accès à l'hébergement jeunesse.
- Adoption d'un plan d'action régional de santé publique « Tous ensemble, près de vous, pour la santé de tous » visant principalement à maintenir et améliorer la santé, ainsi que réduire les inégalités sociales de santé pour la population dont nous avons la responsabilité.
- Accompagnement des municipalités à la mise en place d'environnements favorables aux saines habitudes de vie.
- Mise en place du continuum de services pour le retard et le trouble du langage, et ce, afin d'améliorer l'accès à ce programme pour les jeunes ayant une atteinte du langage.
- Mise en place du programme des troubles relationnels en consolidant et déployant l'ensemble des approches thérapeutiques (éducation psychologique, la psychothérapie de groupe et la psychothérapie individuelle) dans son continuum de services.
- Implantation d'un nouveau guichet d'accès régional en santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux pour orienter les références reçues au programme approprié selon le besoin de l'utilisateur.
- Poursuite des travaux pour la mise en place d'un projet de trajectoire sur le trouble grave du comportement (TGC) afin de répondre aux besoins des personnes requérant une intervention spécialisée et adaptée à leur TGC (DI-TSA-DP conjointement avec la DSMDPGA).
- Harmonisation des pratiques en CHSLD avec, entre autres, la mise en place d'un guide d'accueil commun pour tous les centres d'hébergement et la mise en place de communautés de pratique touchant la pratique infirmière, la physiothérapie, l'ergothérapie, le travail social et les loisirs.
- Sur le plan de l'organisation communautaire, mise en place d'un cadre de référence régional, de modalités quant à la délégation et de mandats aux diverses tables de concertation avec les partenaires du réseau.

Les faits saillants

DGA – programme santé physique générale et spécialisée, de l’enseignement et de la recherche

- Dépôt au MSSS d’un dossier de mise à niveau des unités en endoscopie digestive du CISSS des Laurentides, dans le cadre des travaux d’implantation du programme québécois de dépistage du cancer colorectal.
- Ouverture d’une salle d’endoscopie 5 jours sur 5 à Argenteuil et d’une deuxième salle à Des Sommets afin de diminuer les listes d’attente.
- Diminution du délai d’attente des usagers pour une chirurgie oncologique sur tout le territoire du CISSS des Laurentides.
- Mise en place du service en éthique clinique et de sa structure de gouvernance.
- Mise en place de la structure de gouvernance de la cancérologie au sein du CISSS des Laurentides. Planification du nouveau centre de cancérologie de Saint-Eustache pour une ouverture prévue en mai 2017.
- Mise en place d’une structure d’organisation entourant la standardisation et l’optimisation des produits cliniques en collaboration avec l’équipe de la logistique.
- Désignation de l’Hôpital régional de Saint-Jérôme comme centre secondaire pour les services et soins AVC et dépôt du plan d’action régional 2016-2018 du continuum AVC.
- Mise en place d’un processus d’optimisation des séjours afin d’améliorer la fluidité des clientèles dans nos lits de courte durée.
- Mise en place d’un comité d’optimisation du continuum de soins et services aux patients.
- Coordination du groupe interdisciplinaire de soutien pour les demandes d’aide médicale à mourir.
- Standardisation du processus d’évaluation des compétences pour les professionnels de la DSIEC et de la DSM en collaboration avec la DRHCAJ.
- Déploiement du dossier médical électronique dans les trois UMF de la région.
- Application du nouveau cadre de référence GMF - rehaussement des postes d’infirmières cliniciennes dans les 18 GMF. Soutien clinique par la DSM - volet des pratiques professionnelles à l’intégration des travailleurs sociaux en GMF.
- Réalisation et maintien des cibles d’un plan d’action CISSS pour le programme de dépistage du cancer du sein.
- Stratégie de lecture à distance et de pratique autonome en échographie pour pallier au manque de radiologistes au nord de la région.
- Transfert des activités des laboratoires au CISSS de Laval dans le cadre du projet « Optilab 3L ».
- Coordination régionale des régimes de protection.
- Mise en place d’un guichet unique pour les trois services de la direction : enseignement, recherche et services documentaires.
- Réalisation de 5 452 stages, pour un total de 71 652 jours de stage.
- 92 projets de recherche réalisés ou terminés en cours d’année, dont 42 nouveaux projets.

Les faits saillants

Direction des services professionnels

- Début du Centre de répartition des demandes de services (CRDS) le 24 octobre 2016. Le CRDS Lanaudière-Laurentides-Laval est le plus achalandé au Québec en volume de requêtes reçues et un des plus efficaces en nombre de rendez-vous donnés. Le CRDS-LLL couvre neuf spécialités pour les premières demandes de consultation de la part des médecins de famille.
- Nomination des sept premiers chefs de département du CISSS : anesthésiologie, gynécologie-obstétrique, chirurgie, médecine spécialisée, médecine générale et imagerie médicale, ainsi que la nomination des chefs adjoints de département.
- Organisation d'une couverture régionale en anesthésiologie pour les Laurentides.
- Meilleure couverture des services médicaux de spécialité au Centre multiservices de santé et de services sociaux d'Argenteuil, ainsi qu'une occupation plus importante des plateaux techniques du bloc opératoire et de l'endoscopie, principalement par les médecins de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme.
- Inscription de la rénovation de la pharmacie de l'Hôpital de Mont-Laurier dans le plan de rénovation de l'hôpital.
- Implantation du bilan comparatif des médicaments à l'arrivée dans toutes les urgences du CISSS.
- Implication active des archives dans le déploiement des dossiers médicaux électroniques pour les trois unités de médecine de famille de la région.
- Regroupement de l'équipe médicale avec l'équipe santé mentale sous un même toit au CLSC de Mont-Laurier.
- Adhésion des trois unités de médecine familiale (Saint-Eustache, Saint-Jérôme et Hautes-Laurentides) au programme GMF, bonifiant la prise en charge de la clientèle en plus d'offrir une couverture médicale plus étendue.



Les faits saillants

DGA – Soutien, administration, performance et logistique

La Direction générale adjointe soutien, administration, performance et logistique est composée de la Direction des services techniques (DST) et du génie biomédical, de la Direction de la performance, de l'amélioration continue et de la qualité et de la Direction de la logistique (DL), s'ajoutent les Services préhospitaliers d'urgence et le Service de gestion et relations contractuelles des ressources intermédiaires et de type familial.

La DST a procédé avec son Service d'hygiène et salubrité à l'élimination des zones grises sur les unités de soins de courte durée ainsi que les soins critiques. Le Service des activités d'alimentation s'est assuré que tous les usagers de courte et longue durée du secteur de Saint-Jérôme nécessitant une alimentation en purée lisse puissent profiter de purées reformées. Une nouvelle politique sur les stationnements a été adoptée et nous avons procédé à un appel d'offres régional pour la mise en commun des six services de sécurité du CISSS. Nous avons réalisé plus de 70 % de notre plan directeur de maintien d'actifs permettant dans les cinq prochaines années des investissements majeurs pour la mise à niveau du parc immobilier.

La DPACQ a consolidé divers processus de gestion intégrée de la performance. Notons le déploiement du comité stratégique de gestion des risques et des sous-comités par programme, l'adoption d'un cadre de référence en gestion intégrée des risques ainsi que la coordination des travaux d'élaboration du cadre en éthique et du code d'éthique. La mise en place de la structure de pilotage de la démarche d'agrément et la gestion soutenue de ce processus fut prioritaire, considérant en mai 2017 la première visite d'agrément au CISSS. La DPACQ a assuré l'implantation de la salle de pilotage stratégique de la Direction générale ainsi que plusieurs salles tactiques et opérationnelles. L'année a été marquée par le développement de tableaux de bord de gestion et d'outils en soutien à l'évaluation et à la gestion de la performance, notamment une application de suivi des portefeuilles de projets. Des travaux de structuration de la gestion documentaire de l'établissement sont assurés par l'équipe. Finalement, la DPACQ soutient, par des formations et du coaching, le développement d'une culture de partenariat de soins et de services afin de mettre à profit l'expérience des patients dans l'amélioration continue de la performance organisationnelle.

La DL gère les différents processus allant de l'acquisition à la distribution du matériel, en passant par les contrats avec les fournisseurs et l'entreposage. Ce sont ces grands processus qui structurent l'offre de service logistique pour assurer à l'organisation l'obtention des bons produits ou services, en bonne quantité, en bonne condition, livrés au bon endroit, au bon moment et au bon prix. L'année 2016-2017 a été marquée pour cette direction, par la production d'un premier plan directeur logistique et l'amorce d'un plan de gestion de risques logistiques. Une salle de pilotage tactique a été implantée, assurant un suivi de la performance et l'amélioration continue. La direction s'est par ailleurs démarquée par un partenariat avec le pôle d'expertise en logistique du HEC-Université de Montréal dans la réalisation de plusieurs projets menés en 2016-2017, afin d'optimiser ses modes de gestion des opérations logistiques.

Les faits saillants

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Promotion de la civilité

L'équipe des affaires juridiques a procédé à l'adoption ainsi qu'au déploiement de la politique sur la promotion de la civilité et de la prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail. Elle a assuré que celle-ci s'applique dans toutes les sphères de l'organisation par la réalisation d'un vaste plan de communication prévoyant notamment des outils pour gestionnaires et employés.

Plan d'action en matière de réduction de l'assurance salaire

L'année 2016-2017 a été marquée par le déploiement majeur d'un plan d'action transversal en matière de réduction de l'assurance salaire et d'accident de travail. Ce plan d'action a pour objectifs de mettre en place différentes actions de prévention favorisant la présence au travail et d'améliorer les retours au travail. Ce plan implique tous les publics internes du CISSS.

Mise en œuvre de mesures d'amélioration du processus de dotation

Le service planification de la main-d'œuvre, dotation, rémunération et avantages sociaux a mis en œuvre à l'hiver 2017 dix chantiers visant une meilleure qualité des services. L'objectif de ce changement était d'améliorer la synergie, favoriser l'harmonisation des pratiques et des processus et ultimement assurer la disponibilité du personnel autant en qualité qu'en quantité.

Préparation des négociations locales dans un contexte de regroupements syndicaux

La DRHCAJ a entamé la gestion entourant les prochaines négociations pour le renouvellement des ententes locales. Les comités pour chacune des tables de négociation ont été mis en place. Leurs travaux ont grandement été influencés par la cueillette de données effectuée à travers différents « focus group » composés de gestionnaires de l'organisation. La négociation des ententes locales s'échelonnait sur les 18 mois suivants le 1^{er} avril 2017.

La fusion des systèmes de paie et ressources humaines

Le projet Fusion Paie-RH a permis de fusionner 13 systèmes de paie et RH permettant de faciliter la gestion des ressources humaines et du traitement de la paie. Le comité fusion composé de plusieurs intervenants des RH et du service de la paie, soutenu par une équipe de deux chargés de projet et de plusieurs collaborateurs, a mené à terme cet important chantier.

Entreprise en santé

Le CISSS a poursuivi ses travaux d'implantation d'Entreprise en santé, l'une des quatre priorités organisationnelles. Ont été déployés : un vaste plan de communication visant la mobilisation de tous les publics internes, la mise en œuvre de quatre comités locaux composés d'une cinquantaine d'employés, une série d'activités reliées aux saines habitudes de vie et la réalisation d'un plan d'action rigoureux visant la promotion de la santé psychologique au travail.

Appréciation de la contribution et soutien

Une nouvelle démarche d'appréciation de la contribution et de soutien au développement du personnel a été mise en place. Cette démarche simple et participative est branchée sur les valeurs organisationnelles et vise, entre autres, à favoriser l'engagement et le développement des compétences des employés.

Les faits saillants

Direction des ressources financières

La Direction des ressources financières (DRF), en étroite collaboration avec la DRHCAJ et la DL, a procédé à l'intégration des systèmes d'information dans les domaines financiers et de paie. Le soutien de la Direction des ressources informationnelles ainsi que celui de nos fournisseurs de systèmes a joué un rôle très important dans la réalisation de ces grands chantiers qui consistaient à fusionner 13 systèmes d'information en un seul.

Tout le personnel de la DRF a été mis à contribution dans ces chantiers et nous désirons le remercier pour les efforts qu'il y a consacrés.

Le prochain exercice financier 2017-2018 constituera la troisième année d'existence du CISSS des Laurentides. La première fut une année de continuité et de fusion d'équipe. La deuxième a été une année d'intégration des systèmes d'information et celle qui s'amorce en sera une d'harmonisation et de consolidation. En effet, ces changements de systèmes d'information nous obligent à revoir nos différentes pratiques de travail et de gestion.

Le principal défi pour 2017-2018 sera d'arriver à construire un budget jugé réaliste, équilibré et performant pour tous les services afin d'assurer la pérennité de notre santé financière.



**Les résultats au regard
de l'entente de gestion et
d'imputabilité**



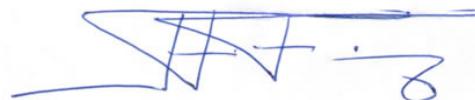
Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité et des contrôles afférents

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les engagements convenus à l'entente de gestion et d'imputabilité 2016-2017 entre le MSSS et le CISSS des Laurentides, ainsi que les résultats obtenus, présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de l'année financière de l'exercice 2016-2017.

Signé à Saint-Jérôme, le 14 juin 2017



Jean-François Foisy
Président-directeur général

Reddition de comptes du CISSS des Laurentides

Chapitre III : Les attentes spécifiques

Le chapitre III de l'entente de gestion et d'imputabilité précise les attentes spécifiques des directions générales du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) au CISSS des Laurentides. L'ensemble des livrables attendus a été réalisé et transmis au MSSS dans les délais impartis. Le tableau suivant présente un résumé des attentes. Les détails peuvent être consultés dans les fiches en annexe du rapport annuel de gestion 2016-2017.

N°	Titre de l'attente spécifique	État
Section I – Santé publique (DGSP)		
1.1	Bilan des activités réalisées	Réalisée
1.2	Comité prévention et contrôle des infections nosocomiales	Réalisée
Section II – Services sociaux (DGSS)		
2.1	Liste des installations et organismes au sein du RSSS devant implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance	Reporté par le MSSS à 2017-2018
2.2	Programme d'intervention en négligence	Réalisée
2.3	Consolidation du service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social)	Réalisée
2.4	Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en centre d'hébergement de soins de longue durée public	Réalisée
2.5	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité	Réalisée
2.6	Application du nouveau lexique des variables du relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier	Réalisée
2.7	Portrait des lits de soins et services postaigus	Réalisée

N°	Titre de l'attente spécifique	État
Section III – Services de santé et de médecine universitaire (DGSSMU)		
3.1	Suivi de l'accès aux services spécialisés et atteinte des cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec	Réalisée
3.2	Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs : plan d'action triennal 2016-2019 et suivi des réalisations	Réalisée
3.3	Plan d'action par établissement réalisé sur la base du plan d'action national 2016-2018	Réalisée
3.4	Déploiement des groupes de médecine de famille	Réalisée
3.6	Poursuite du développement et du soutien de l'offre de service en soins palliatifs et de fin de vie	Annulé par le MSSS
Section IV – Financement, infrastructure et budgets (DGFIB)		
4.1	Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années par installation principale	Réalisée
4.2	Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Réalisée
Section V – Coordination réseau et ministérielle (DGCRM)		
5.1	Addenda – comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	Reporté par le MSSS
5.3	Sécurité civile	Réalisée
5.4	Gestion des risques en sécurité civile - santé et services sociaux	Réalisée
Section VI – Planification, évaluation et qualité (DGPEQ)		
6.1	Plan d'action ministériel en réponse aux recommandations issues des rapports du groupe vigilance pour la sécurité des soins	Réalisée
6.2	Diagnostic et plan d'action à l'égard des personnes handicapées	Réalisée
Section VII – Technologies de l'information (DGTI)		
7.1	Orientation stratégique du ministre en technologie de l'information des systèmes d'information unifiés	Réalisée

Reddition de comptes du CISSS des Laurentides

Chapitre IV

Les engagements de l'établissement en regard, notamment, du plan stratégique 2015-2020 du MSSS

Plus des deux tiers des engagements ont été respectés à plus de 90 % en 2016-2017, soit pour 30 des 44 indicateurs de l'entente de gestion et d'imputabilité. Les tableaux suivants présentent les détails entourant le respect de ces engagements. La couleur verte indique le respect de l'engagement à 100 %, la couleur jaune un respect supérieur à 90 et inférieur à 100 % alors que le rouge signifie un respect de moins de 90 % de l'engagement.

Santé publique

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Cible 2020
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles ayant mis en oeuvre des interventions globales et concertées en promotion et prévention de la santé selon l'approche École en santé	64.8	54	58	N/A
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais (anciennement 1.01.14)	N/A	90	86.2	N/A
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais (anciennement 1.01.15)	N/A	90	74.8	N/A
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (anciennement 1.01.24)	2222	2300	2840	2500

1.01.13 Mise en œuvre des interventions globales et concertées selon l'approche École en santé

L'engagement est respecté. Deux enjeux se posent pour l'amélioration de la performance de l'Approche École en santé, soit : la concertation avec le milieu scolaire est à consolider et la mobilisation des ressources infirmières via les campagnes de vaccination pose un défi pour intervenir de façon continue en prévention en milieu scolaire.

1.01.27 Vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais

L'engagement n'est pas respecté: une non-présence aux rendez-vous est remarquée. Dans certains secteurs plus éloignés, la présence des vaccinateurs une fois par mois restreint les possibilités de donner un rendez-vous dans les délais. Il y a eu harmonisation et renforcement des procédures de rappel et relance auprès des parents de nouveau-nés et une augmentation de plages horaires de vaccination dans les temps (« timely »).

1.01.28 Vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais

L'engagement n'est pas respecté. Facteurs contraignants : une non présence aux rendez-vous est remarquée. Beaucoup de réactions ou d'hésitation face à la vaccination. Dans certains secteurs plus éloignés, la présence des vaccinateurs une fois par mois restreint les possibilités de donner un rendez-vous dans les délais. Il y a eu harmonisation et renforcement des procédures de rappel et relance auprès des parents d'enfants âgés d'un an et une augmentation de plages horaires de vaccination dans les temps (« timely »).

1.01.29 Dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans

L'engagement est respecté. Des travaux sont en cours pour optimiser l'offre de service en prévention des ITSS, incluant l'accès au dépistage. Ces efforts devraient permettre d'améliorer encore la performance régionale au cours de l'année 2017-2018. D'autre part, la saisie des données est maintenant plus complète. Des travaux de la Direction de la performance auprès des pilotes locaux dans les installations devraient permettre d'améliorer et de standardiser davantage les pratiques de saisies.

Vert : 100% et plus de l'engagement Jaune : respect supérieur à 90 et inférieur à 100% Rouge : respect inférieur à 90 %

Santé publique - Infections nosocomiales

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Cible 2020
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 (DACD)	60	80	80	95
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	100	100	80	95
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	100	100	100	N/A
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse	N/A	100	100	95

1.01.19.01 Conformité aux taux établis - Diarrhées associées au Clostridium difficile

L'engagement est respecté. Les résultats dépassant le taux établi pour une de nos installations sont essentiellement reliés à deux éclosions. Le faible volume de jours-présence fait en sorte qu'un petit nombre de cas suffit à dépasser le seuil établi pour cette installation. Suite à ces éclosions, un plan d'action visant entre autres la gestion des zones grises a été mis en place. Il n'y a eu aucun cas à partir de la période 11 jusqu'à la fin de l'année, soit depuis la mise en œuvre du plan d'action.

1.01.19.02 Conformité aux taux établis - Bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline

L'engagement n'est pas respecté. Une installation a dépassé le taux établi en présentant un seul cas de Bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline au cours des trois dernières années de surveillance. Le dépassement de taux est relié aux petits nombres.

1.01.19.03 Conformité aux taux établis - Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs

L'engagement est respecté, la seule installation visée par l'indicateur ayant maintenu des taux inférieurs aux seuils établis.

1.01.19.04 Conformité aux taux établis - Bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse

L'engagement est respecté. Cet indicateur est suivi aux deux ans, c'est pourquoi il n'y a pas de résultats en 2015-2016.

Vert : 100% et plus de l'engagement Jaune : respect supérieur à 90 et inférieur à 100% Rouge : respect inférieur à 90 %

Services généraux

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Cible 2020
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	83	90	90.6	N/A

L'engagement est respecté. L'implantation d'Info-Social des Laurentides a contribué au respect de l'engagement. Le résultat représente un gain appréciable par rapport à l'année 2015-2016 (83%). Info-Social est un service de réponse téléphonique 24/7 favorisant l'accessibilité des services psychosociaux.

Vert : 100% et plus de l'engagement Jaune : respect supérieur à 90 et inférieur à 100% Rouge : respect inférieur à 90 %

Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Cible 2020
1.03.07.01-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	0	100	50	N/A
1.03.07.02-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	66.7	66.7	100	N/A
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100	57.1	100	100
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	N/A	78	80.5	N/A

1.03.07.01 Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier. Implantation des composantes 1, 2 et 6

L'engagement n'est pas respecté. Toutefois, les composantes 1 et 6 sont implantées à 100% dans l'ensemble de nos six hôpitaux. Quant à la composante 2, bien que nous notions une amélioration par rapport à l'année 2015-2016, elle n'est implantée que dans trois de nos six milieux. Au cours des prochaines années, des travaux auront lieu pour consolider l'interdisciplinarité et développer le partenariat de soins dans l'ensemble de nos milieux. De plus, la contribution des médecins est actuellement sollicitée afin qu'ils s'impliquent davantage dans l'AAPA, notamment au Centre de services de Rivière-Rouge, à l'Hôpital Laurentien et à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme.

1.03.07.02 Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Implantation des composantes 3, 4 et 5

L'engagement est respecté. Les composantes 3, 4 et 5 sont maintenant implantées dans l'ensemble des milieux hospitaliers. La formation est disponible dès l'embauche pour l'ensemble des intervenants cliniques, de même qu'en formation continue ayant été intégrée au programme de développement des ressources humaines (PDRH). De plus, l'ensemble des documents AAPA produits par le MSSS a été rendu disponible. Le travail se poursuit afin d'adapter graduellement l'environnement physique de toutes les unités de soins. Par ailleurs, le profil AINÉES a été implanté dans l'ensemble de nos salles d'urgence. Il s'agit d'un outil d'évaluation sommaire de la condition des personnes âgées. Y sont évalués, l'autonomie, l'intégrité de la peau, la nutrition et l'hydratation, l'élimination, l'état cognitif et le sommeil.

1.03.10 RSIPA implantés de façon optimale

L'engagement est respecté. En effet, l'ensemble des réseaux locaux de services ont un taux d'implantation supérieur à 87 %, soit 7 % de plus que la cible identifiée par le MSSS. Également, cinq réseaux locaux de services sur sept ont progressé significativement au niveau du taux d'implantation par rapport à l'année dernière.

1.03.13 Personnes nouvellement admises en CHSLD

L'engagement est respecté. Tous les dossiers ayant un profil inférieur à 10 sont autorisés par le chef de programme, afin de s'assurer qu'aucune autre ressource ne puisse accueillir l'utilisateur. Une collaboration plus étroite avec le SAD ainsi que la création des lits gériatriques alternatifs ont contribué à réduire le nombre de profils 9 admis en CHSLD.

Vert : 100 % et plus de l'engagement Jaune : respect supérieur à 90 et inférieur à 100 % Rouge : respect inférieur à 90 %

Soutien à domicile de longue durée

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Cible 2020
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	750 923	770 792	781 789	N/A
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	8244	8571	8247	9300
1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	68.8	90	90.4	90

1.03.05.01 Heures de soutien à domicile longue durée

L'engagement est respecté. L'octroi de budgets de développements en SAD a permis de rehausser les enveloppes des allocations de service, et ainsi accroître le nombre d'heures de service direct de façon importante.

1.03.11 Personnes desservies en soutien à domicile (SAD) longue durée

L'engagement n'est pas respecté. Deux principales raisons expliquent cette situation. En assurant une plus grande vigie des dossiers, les intervenants ont mis l'accent sur l'évaluation des personnes desservies et sur la pertinence de garder un dossier ouvert au SAD. Ainsi, ils ont fermé un plus grand nombre de dossiers au cours de l'année. En ayant nettement amélioré le nombre d'usagers qui ont une évaluation à jour, une meilleure qualité de suivi est offerte aux usagers. Par ailleurs, le nombre d'usagers différents desservis s'est accru. En effet, 518 personnes de plus ont été desservies par rapport à 2015-2016. Il s'agit d'une augmentation de 3,2% pour un total de 16 796 usagers en soins de longue durée.

De plus, l'engagement avait été établi en fonction de l'ajout de ressources. Suite à l'annonce des développements en SAD, des difficultés de recrutement au niveau des professionnels, n'ont pas permis de bénéficier des effectifs à la hauteur des attentes.

1.03.12 Personnes recevant du SAD ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention

L'engagement est respecté. Les équipes ont déployé des efforts importants ce qui a permis d'atteindre la cible en P13. Nous sommes fiers des résultats obtenus. Ils représentent le fruit des efforts, qui visent à assurer une pertinence des services offerts.

Vert : 100% et plus de l'engagement Jaune : respect supérieur à 90 et inférieur à 100% Rouge : respect inférieur à 90 %

Déficiences

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Cible 2020
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	82.1	90	74.3	N/A
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	81.8	90	90.3	N/A
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	88.4	90	86.4	N/A
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	81.8	90	80.7	N/A

1.45.04.01 DP/ Mission CLSC

L'engagement n'est pas respecté. L'arrimage est à poursuivre avec la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées, responsable du soutien à domicile pour la clientèle DP. Les travaux d'harmonisation de l'offre de service 1^{re} ligne se poursuivent. L'harmonisation des nomenclatures de sous-programmes dans le système d'information I-CLSC favorisera la qualité de données pour la prochaine année financière.

1.45.04.05 DP/CRDP

Malgré une hausse marquée des demandes de service pour la majorité des déficiences, l'engagement est respecté. Une réponse rapide aux demandes a pu être réalisée grâce à la réorganisation de l'offre de service en déficience langagière.

1.45.05.01 DI-TSA/ Mission CLSC

L'engagement n'est pas respecté dû à l'augmentation de clientèle. En effet, l'accroissement du volume de demandes d'environ 30 %, particulièrement au sud du territoire, a entraîné des délais d'accès pour la clientèle. Malgré cette pression de services, le niveau d'accès est similaire à celui de l'année 2015-2016.

1.45.05.05 DI-TSA/CRDITED

L'engagement n'est pas respecté dû à l'augmentation de clientèle. En effet, nous remarquons une hausse significative des demandes, soit plus de 20% par rapport à l'an dernier alors que le résultat obtenu est similaire.

Vert : 100% et plus de l'engagement Jaune : respect supérieur à 90 et inférieur à 100% Rouge : respect inférieur à 90 %

Déficiences (suite)

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Cible 2020
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	N/A	90	92.9	90

1.05.15 Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA

L'engagement n'est pas respecté. Les efforts ont été redoublés pour analyser l'ensemble des dossiers en attente depuis la période 6. Un plan d'action permettant d'uniformiser la prise en charge selon les différents territoires desservis par le CISSS des Laurentides a été établi. Des mesures d'optimisation permettent d'obtenir ces résultats tout en assurant le maintien d'une excellente offre de service. Des travaux ont été réalisés afin de s'assurer que les professionnels et les chefs de programme aient une compréhension uniforme de cet indicateur.

Dépendances

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Cible 2020
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	70.7	80	81.2	N/A
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	81.3	75	92.9	90

1.07.04 Personnes évaluées dans un délai de 15 jours

L'engagement est respecté et constitue une nette amélioration en regard de l'année précédente. Malgré que la durée de l'évaluation spécialisée soit plus longue avec l'utilisation du GAIN (Global Appraisal of Individual Needs) qu'avec les outils antérieurs, l'accessibilité aux services a été facilitée notamment par : l'harmonisation des pratiques et la mise en place d'une équipe dédiée à l'évaluation pour le secteur centre. Ainsi, notre capacité à accueillir un plus grand nombre de personnes lors de l'évaluation a eu un impact appréciable sur le délai d'attente.

1.07.06 Implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce

L'engagement est respecté. Une saisie incomplète des données antérieures ne permettait pas d'apprécier les efforts réels déployés en 2015-2016 sur le terrain au plan de la formation en matière de repérage et de détection en dépendance. L'harmonisation des pratiques ainsi que les formations continues ont permis de respecter l'engagement. De plus, la mise en place d'Info-Social et du guichet d'accès dépendance ont grandement amélioré la détection et l'orientation en matière de dépendance. Finalement, les intervenants des équipes de prévention, éducation et réadaptation en dépendance ont travaillé en étroite collaboration afin que l'offre de service d'intervention précoce en dépendance soit accessible dans tous les réseaux locaux de services du CISSS des Laurentides.

Vert : 100% et plus de l'engagement Jaune : respect supérieur à 90 et inférieur à 100% Rouge : respect inférieur à 90 %

Santé mentale

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Cible 2020
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	569	639	630	869
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	287	264	284	315
1.08.15-EG2 Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours	894	1450	1169	N/A

1.08.13 Places en soutien d'intensité variable (SIV)

L'engagement n'est pas respecté. Toutefois, des efforts ont été déployés permettant de maintenir et même de rehausser l'offre de service. L'amélioration par rapport aux résultats de 2015-2016 s'explique en incluant le programme de retour en communauté suite à un séjour en prison pour les usagers présentant des troubles mentaux qui ont été judiciairisés. Le programme alternatif justice en santé mentale (PAJ-SM) offre aussi un soutien, un suivi et une alternative à la judiciarisation pour les personnes présentant des troubles mentaux graves.

1.08.14 Places en suivi intensif dans le milieu

L'engagement est respecté. De plus, une réorganisation administrative permettant de consolider des postes aura eu un effet bénéfique sur la qualité et la continuité du service auprès des usagers.

1.08.15 Attente d'une consultation médicale ou psychiatrique de plus de 30 jours

L'engagement est respecté. La hausse globale du nombre d'usagers en attente est plus marquée pour les services adultes. Dans certains territoires, le nombre de demandes a connu une hausse alors que l'absence long terme de psychiatre a eu un impact sur le nombre de nouveaux patients vus dans certaines installations et donc sur l'attente. L'assignation répartie de liste d'attente aux psychiatres avec la demande du dépôt d'un plan de prise en charge par la Direction des services professionnels (DSP) aura un effet soutenant une baisse de l'attente dans la prochaine année. On constate déjà un certain effet (ex : + 30 jrs adulte P6 = 817 P13 = 770). En pédopsychiatrie, des demandes de rehaussement du plan d'effectif médical ont été réalisées afin de répondre aux besoins populationnels. La standardisation de la cueillette de données d'un territoire à l'autre est actuellement en cours afin de produire des résultats fiables et comparables.

Vert : 100% et plus de l'engagement Jaune : respect supérieur à 90 et inférieur à 100% Rouge : respect inférieur à 90 %

Santé physique – Urgence

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Cible 2020
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	19.73	18	19.15	12
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	48.3	60	49.8	85
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	46.5	55	47.8	85

1.09.01 DMS clientèle sur civière

L'engagement n'est pas respecté alors qu'une amélioration est notée par rapport à 2015-2016. La révision de processus des salles d'urgence est en cours. Cette révision inclut les audits de qualité de triage et le processus de mise sur civière. La collaboration interdisciplinaire avec les autres services diagnostics permettra l'efficacité du fonctionnement de l'urgence. En amont et en aval de l'urgence, le processus de réorientation vers la première ligne est en cours de déploiement. L'optimisation de la gestion des lits de courte durée se poursuit pour faciliter l'accès, incluant la gestion des usagers en niveau de soins alternatifs (NSA).

1.09.43 Délai de prise en charge à l'urgence moins de 2 heures

L'engagement n'est pas respecté, alors que les résultats se sont améliorés. La révision de processus des salles d'urgence est en cours.

1.09.44 Clientèle ambulatoire DMS moins de 4 heures

L'engagement n'est pas respecté, alors que les résultats se sont améliorés. Des travaux sont en cours afin d'améliorer la fluidité des services ambulatoires en lien avec les collaborateurs des services diagnostics et de diminuer les taux de priorité 4 et 5 (P4-P5) en réorientant les usagers vers les services de proximité.

Santé physique - Soins palliatifs et de fin de vie

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Cible 2020
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1328	1375	1392	1501
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	43	55	46	63

1.09.05 Soins palliatifs et de fin de vie à domicile

L'engagement est respecté. Tous les usagers nécessitant des services de soins palliatifs à domicile sont desservis. Les processus de référence sont bien établis afin que les patients souhaitant recevoir des soins à domicile aient accès aux services. Il n'y a aucune attente pour la prise en charge des usagers.

1.09.45 Lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie

L'engagement n'est pas respecté. Toutefois, des travaux sont en cours pour le développement de lits dans la région.

- La maison de soins palliatifs de la Fondation La Traversée est un projet de neuf lits dans le secteur de Pays-d'en-Haut et des Sommets auquel pourrait s'ajouter un dixième lit.
- La maison SERCAN a soumis un projet d'agrandissement pour lequel six lits additionnels ont été demandés.

Ces deux projets porteraient le nombre de lits à 62 dans la région.

Vert : 100% et plus de l'engagement Jaune : respect supérieur à 90 et inférieur à 100% Rouge : respect inférieur à 90 %

Santé physique - Services de première ligne

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Cible 2020
1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)	18	19	18	20
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	70.25	77	74.9	85

1.09.25 Groupe de médecine de famille (GMF)

L'engagement n'est pas respecté. Toutefois, deux nouveaux GMF ont été accrédités au 1^{er} avril 2017. L'union du groupe de médecine universitaire (GMF-U) de Saint-Eustache et de l'unité de médecine familiale (UMF) de Saint-Jérôme a permis de créer le 19^e GMF du territoire. De son côté, le GMF-U des Hautes-Laurentides a adhéré, de façon autonome, au programme GMF, créant le 20^e GMF du territoire des Laurentides.

1.09.27 Population inscrite auprès d'un médecin de famille

L'engagement n'est pas respecté. La population prise en charge par un médecin de famille a toutefois augmenté considérablement au cours des derniers mois. Il en est de même pour le nombre de patients inscrits au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF). Le Département régional de médecine générale (DRMG) suit régulièrement l'évolution du dossier et continue à inciter les médecins à augmenter leurs efforts afin d'atteindre la cible.

Vert : 100% et plus de l'engagement Jaune : respect supérieur à 90 et inférieur à 100% Rouge : respect inférieur à 90 %

Santé physique – Chirurgie

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Cible 2020
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies	214	0	73	0
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	64.3	90	57.9	90
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier	92.1	100	88.5	100

1.09.32.00 Ensemble des chirurgies

L'engagement n'est pas respecté malgré une diminution de 143 requêtes chirurgicales en attente de plus d'un an par rapport à 2015-2016. Les efforts se poursuivent afin de prioriser les usagers hors délais. Maintenant, les chirurgiens sont sensibilisés à traiter les usagers en fonction des délais (par priorisation). Par ailleurs, depuis le début de l'année 2017, des mesures ont été prises relativement à certaines spécialités, afin d'en ouvrir l'accès à d'autres sites de la région.

1.09.33.01 Chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours

L'engagement n'est pas respecté. L'ensemble des sites traite les patients pour une chirurgie oncologique en moins de 25 jours, exception faite de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme (35 jours pour deux spécialités – urologie et vasculaire). Des travaux ont été effectués sur la qualité des données saisies. Des suivis rigoureux ont été réalisés auprès de l'équipe chirurgicale. Le processus de demande de chirurgie oncologique a été optimisé afin que ces chirurgies soient complétées au bon moment et non comme une demande d'investigation.

Depuis septembre 2016, les équipes de chirurgiens et de gestionnaires travaillent conjointement au respect des délais prescrits pour les usagers en attente d'une chirurgie oncologique. Des changements ont été apportés dans le processus de suivi des requêtes de chirurgie oncologique de façon à diminuer les délais.

1.09.33.02 Chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours

L'engagement n'est pas respecté. Il est important de savoir que cet indicateur est un résultat cumulé depuis le début de l'année. Or, depuis septembre 2016, les équipes de chirurgiens et de gestionnaires travaillent conjointement et sur une base périodique à respecter les délais requis pour les usagers en attente d'une chirurgie oncologique. Des changements ont été apportés dans le processus de suivi des requêtes de chirurgie oncologique de façon à diminuer les délais et ainsi améliorer le processus. Les résultats périodiques obtenus au cours des dernières périodes de l'année 2016-2017 traduisent les effets de ces mesures avec un résultat pour la période 13 de 94%.

Vert : 100% et plus de l'engagement Jaune : respect supérieur à 90 et inférieur à 100% Rouge : respect inférieur à 90 %

Santé physique - Imagerie médicale

Indicateur (imagerie médicale)	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Cible 2020
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	50.9	72	64.9	100
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	73.3	88	65.8	100
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	97.6	100	100	100
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	32.3	42	45.2	100

Commentaire relatif à la transmission des données pour tous les indicateurs

Il est à noter qu'à la suite de contraintes technologiques, une entente a été convenue avec le MSSS afin de réduire la transmission des données GESTRED aux périodes 6, 9 et 13 pour plusieurs de nos installations. De ce fait, les analyses sont faussées lorsque les résultats des autres périodes sont utilisés. Pour 2017-2018, la transmission se fera à chacune des périodes pour tous les services d'imagerie médicale du CISSS des Laurentides.

1.09.34.02-PS (Scopies)

L'engagement n'est pas respecté. Afin de corriger la situation, l'établissement embauchera cinq radiologistes supplémentaires à l'été 2017. Par conséquent, une réouverture partielle de la scopie diagnostique à Argenteuil pourra s'actualiser. Le non-respect de l'engagement 2016-2017 est lié au déséquilibre entre la capacité de production et la capacité d'interprétation. De ce fait, une réduction volontaire des scopies a été réalisée suite à une demande de l'équipe médicale.

1.09.34.03-PS (Mammographie diagnostique)

L'engagement n'est pas respecté. Afin de corriger la situation, des blitz seront organisés dans différentes installations. Le non-respect de l'engagement 2016-2017 est lié entre autres à la fermeture de deux salles de mammographies pendant six semaines à Saint-Jérôme et la priorisation des patientes au Programme québécois de dépistage de cancer du sein (PQDCS). Notons aussi qu'il y a peu de mobilité de la population pour le dépistage en clinique privée, ce qui monopolise les plages disponibles dans les hôpitaux.

1.09.34.04-PS (Échographie obstétricale)

L'engagement est respecté grâce aux corridors de services développés avec les cliniques privées.

1.09.34.05-PS (Échographie cardiaque)

L'engagement est respecté grâce à la disponibilité des cardiologues et au partage des équipements entre l'imagerie et la cardiologie. Par ailleurs, l'ajout d'un échographe est prévu en cardiologie à Saint-Jérôme afin d'augmenter l'accès et une demande de deuxième équipement à Saint-Eustache sera déposée sous peu au MSSS.

Vert : 100% et plus de l'engagement Jaune : respect supérieur à 90 et inférieur à 100% Rouge : respect inférieur à 90 %

Santé physique - Imagerie médicale (suite)

Indicateur (imagerie médicale)	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Cible 2020
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	31.9	36	46.8	100
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	49.1	48	39.5	100
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	77.1	88.1	62.3	100
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	62.7	62	53.7	100

1.09.34.06-PS (Échographie mammaire)

L'engagement est respecté. Belle évolution entre 2015-2016 et 2016-2017 grâce à la mise en place de corridors de services avec les cliniques privées et une gestion serrée des listes d'attente.

1.09.34.07-PS (Autres échographies)

L'engagement n'est pas respecté. L'établissement poursuivra ses discussions avec les cliniques privées afin d'améliorer l'accès. On note une légère détérioration principalement due au manque de radiologistes à l'Hôpital de Mont-Laurier et malgré l'ajout de quelques heures de pratiques autonomes à Mont-Laurier et au recours aux corridors de services avec les cliniques privées. La pratique autonome à Mont-Laurier sera consolidée en août 2017. Le recrutement médical est actuellement en cours.

1.09.34.08-PS (Tomodensitométrie)

L'engagement n'est pas respecté. Afin de corriger la situation, l'établissement embauchera cinq radiologues à l'été 2017, ouvrira des services de tomodensitométrie le soir à l'Hôpital Laurentien en mai 2017 et 24 heures, 7 jours par semaine (24/7) à Saint-Eustache en septembre 2017. Le non-respect de l'engagement 2016-2017 est lié au déséquilibre entre la capacité de production et la capacité d'interprétation ainsi qu'à l'augmentation des volumes. De ce fait, une diminution des activités à Saint-Jérôme a été demandée par l'équipe médicale pour une période de six mois. Le recrutement de technologues est aussi un élément problématique. Pour cette raison, l'ouverture 24/7 à Saint-Eustache ne pourra s'actualiser avant septembre 2017. Un dernier enjeu se situe au niveau de la faible mobilité de la population entre les installations, ce qui freine l'optimisation du plateau technique régional.

1.09.34.09-PS (IRM)

L'engagement n'est pas respecté. Afin de corriger la situation, l'établissement embauchera quatre radiologues (Saint-Eustache et Saint-Jérôme) à l'été 2017. L'ouverture du service IRM 24/7 à Saint-Eustache est prévue pour septembre 2017. Le non-respect de l'engagement 2016-2017 est lié au déséquilibre entre la capacité de production et la capacité d'interprétation ainsi qu'à l'augmentation des volumes. Le recrutement de technologues est aussi un élément problématique. Pour cette raison, l'ouverture 24/7 à Saint-Eustache ne pourra s'actualiser avant septembre 2017. Un autre enjeu se situe au niveau de la faible mobilité de la population entre les installations, ce qui freine l'optimisation du plateau technique régional. De plus, le financement du MSSS a été octroyé en mi-année pour 2016-2017. Une année complète aurait permis assurément d'atteindre la cible 2016-2017 de 62%. Une diminution est notée entre 2015-2016 et 2016-2017. Toutefois, l'ouverture de nuit à Saint-Jérôme et de fin de semaine le jour et le soir à Saint-Eustache n'a été autorisée qu'en mi-année. De plus, dans ces conditions, l'engagement 2017-2018 de 90 % ne pourra être atteint.

Vert : 100% et plus de l'engagement Jaune : respect supérieur à 90 et inférieur à 100% Rouge : respect inférieur à 90 %

Ressources matérielles

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Cible 2020
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	20	100	100	N/A

L'engagement est respecté. Les équipes d'hygiène et salubrité, les équipes de prévention des infections et le personnel des unités de soins ont travaillé en étroite collaboration afin d'éliminer les zones grises sur les unités de courte durée et de soins critiques à travers le CISSS.

Ressources humaines

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Cible 2020
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	7.97	7.5	9.12	6.98

L'engagement de cet indicateur n'est pas respecté malgré toutes les actions mises de l'avant. Ces résultats peuvent s'expliquer en partie par la transformation actuelle du réseau, les nombreux changements ainsi que les réorganisations. En effet, nous connaissons une augmentation de 17.7 % du taux d'assurance-salaire par rapport aux résultats de l'année 2015-2016. Plusieurs mesures correctives ont été mises en place et seront poursuivies au cours de la prochaine année soit :

- mise en place d'indicateurs de suivi en collaboration avec la Direction de la performance et de la qualité pour chacune des directions;
- adoption, lors du comité de direction du CISSS des Laurentides le 24 mai 2016, d'un plan d'action transversal pour réduire l'assurance-salaire et les accidents de travail;
- déploiement de plans d'actions spécifiques dans les secteurs ciblés où le taux d'assurance salaire et d'accidents de travail est plus élevé;
- augmentation des actions de prévention dans les secteurs ciblés;
- augmentation de l'accompagnement pour favoriser les retours au travail;
- mise en place d'ateliers de formation et de développement d'outils pour les gestionnaires sur la gestion de la présence au travail, l'enquête et l'analyse d'accidents;
- mise en place d'ateliers de formation et de développement d'outils pour les gestionnaires sur l'identification des symptômes de détresse psychologique;
- déploiement de la démarche Entreprise en santé.

Vert : 100 % et plus de l'engagement Jaune : respect supérieur à 90 et inférieur à 100 % Rouge : respect inférieur à 90 %

Ressources humaines (suite)

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Cible 2020
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3.02	3.02	3.45	2.95
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1.45	1.79	1.34	1.79

3.05.02 Heures supplémentaires

L'engagement n'a pas été respecté. Différents facteurs peuvent expliquer cette augmentation dont la hausse du ratio d'assurance salaire et les difficultés d'attraction et de rétention pour certains titres d'emplois, tels que les préposés aux bénéficiaires et les infirmières. De plus, un nombre important de quarts de travail supplémentaires a été généré par des surcroûts de travail et des services privés durant la période estivale (plus de 2500), le tout accompagné par une gestion non optimale des horaires de travail et des demandes/autorisations de congé.

Différentes mesures de redressement ont été mises en place au cours de l'année et se poursuivent présentement, soit :

- la poursuite des activités de recrutement;
- la révision et l'harmonisation d'une politique sur la gestion des congés;
- des ateliers de formation aux gestionnaires sur la gestion efficace des horaires de travail;
- l'analyse de la situation à l'égard de l'utilisation des services privés et des surcroûts de travail.

3.06.00 Main-d'œuvre indépendante (MOI)

L'engagement est respecté. L'utilisation maximale des disponibilités du personnel à travers le territoire de l'établissement a permis le respect de l'engagement, tout comme l'harmonisation des pratiques en matière d'activités de remplacement.

Ressources technologiques

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Cible 2020
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	86.7	95	95.1	N/A

L'engagement est respecté. L'identification de répondants dans l'ensemble des directions concernées, l'appropriation du rôle et des responsabilités de ces répondants, le suivi trimestriel par la Direction générale adjointe soutien, administration, performance et logistique, incluant des relances lors de délais de mises à jour, ont contribué à l'amélioration des résultats. Par ailleurs, les liens et références avec la Sogique ont favorisé l'intégration de certaines modalités de fonctionnement. L'harmonisation des pratiques a été favorable à la nette progression observée cette année.

Vert : 100% et plus de l'engagement Jaune : respect supérieur à 90 et inférieur à 100% Rouge : respect inférieur à 90 %

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

- L'agrément
- La sécurité des soins et des services
- Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par l'établissement
- L'examen des plaintes et la promotion des droits
- L'information et la consultation de la population



L'agrément

Au cours de l'année 2016-2017, le CISSS des Laurentides a assuré des suivis en lien avec les cycles d'agrément des cinq anciens établissements suivants : le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes, le CSSS des Sommets, le CSSS d'Antoine-Labelle, le Centre jeunesse des Laurentides ainsi que le Centre du Florès.

L'ensemble de ces suivis faisait suite à des recommandations d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément lors des dernières visites dans ces anciens établissements. Le CISSS des Laurentides est maintenant conforme pour l'ensemble de ces éléments.

Aux installations du Lac-des-Deux-Montagnes, les améliorations réalisées ont porté sur les sujets suivants :

- La protection de la vie privée des usagers et la confidentialité de leurs renseignements;
- Le consentement éclairé des usagers ou de leurs mandataires avant d'entreprendre des services;
- Le maintien et le développement des compétences du personnel qui assure la surveillance des clients sous sédation dans les services d'imagerie diagnostique;
- La sécurité des procédures du personnel du laboratoire lorsqu'il manipule, examine ou détruit des produits biologiques et chimiques.

Aux installations de Des Sommets, les travaux ont porté sur les éléments suivants :

- Les stratégies de prévention des chutes;
- La double vérification indépendante des pompes à perfusion avant l'administration de médicament;
- La prévention de la violence au travail;
- Le suivi et l'évaluation de l'efficacité du programme d'entretien préventif des équipements biomédicaux;
- La mise en place d'un cadre conceptuel en matière d'éthique;
- L'appréciation de la contribution du personnel;
- La confidentialité des dossiers des ressources humaines;
- Les mesures d'urgence;
- La traçabilité des articles stérilisés qui sont entreposés ou transportés jusqu'aux unités de soins;
- L'aménagement sécuritaire des aires de travail en endoscopie;
- La révision des aires de retraitement et la manipulation sécuritaire des appareils d'endoscopie;
- L'information fournie aux usagers lors de la transfusion de produits sanguins.

Aux installations d'Antoine-Labelle, plusieurs travaux ont été effectués afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et services dispensés dans les secteurs suivants :

Gestion des médicaments

- La gestion des médicaments à niveau d'alerte élevé.
- La gestion sécuritaire des médicaments dont l'apparence et les noms sont semblables.
- La réduction du recours à des fioles à usage multiple dans les unités de soins.
- La manipulation et l'entreposage des gaz anesthésiques et des agents anesthésiques.

Unités de soins

- Les stratégies de prévention des chutes.
- L'identification sécuritaire des usagers.
- La prévention des plaies de pression.
- Le consentement éclairé des usagers et de leurs mandataires.
- Le respect des lois, des règlements et des codes en lien avec l'environnement physique.
- La politique et le processus pour gérer les questions d'ordre médico-légal à l'urgence.
- Imagerie diagnostique.
- La formation et les mises à jour sur les règlements relatifs au Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT).
- La mise en place d'un programme de sécurité.

Bloc opératoire

- La sécurité des aires de retraitement des appareils d'endoscopie.
- La surveillance et le maintien de la circulation et de la qualité de l'air au bloc opératoire.
- Le nettoyage complet et régulier des salles d'opération.
- La gestion des spécimens ou cultures prélevées durant des interventions.

Laboratoire

- L'orientation du personnel.
- L'amélioration des pratiques en lien avec les activités de biologie médicale délocalisées.
- La prévention et le contrôle des infections par différentes actions : port d'équipement protecteur, accès limité aux locaux, nettoyage et stérilisation des équipements, transport et manipulation des échantillons.
- Le maintien d'un système d'alarme efficace et sécuritaire pour les équipements concernés. Le suivi des plaintes des usagers et des utilisateurs du laboratoire.
- La mise en place d'un système complet de gestion de la qualité et de sécurité.
- Le consentement éclairé de l'usager ainsi que l'approbation du médecin du receveur lors de transfusions de produits sanguins.
- La gestion sécuritaire des composants sanguins qui ne répondent pas aux critères de mise en circulation.

Pour le Centre du Florès (centre de réadaptation en déficience intellectuelle et du trouble du spectre de l'autisme), des travaux ont été effectués afin de s'assurer de l'entretien régulier, du nettoyage et de la désinfection du matériel et des équipements utilisés en réadaptation.

Finalement, pour le Centre jeunesse des Laurentides, des travaux ont été achevés au chapitre de l'évaluation de la satisfaction des jeunes et des parents à l'égard des services reçus.

En complément, le CISSS des Laurentides a travaillé activement au courant de la dernière année afin d'être fin prêt pour sa première visite d'agrément qui se tiendra au début de l'année 2017-2018.

La sécurité des soins et des services

Le comité de gestion des risques

L'année 2016-2017 aura permis au CISSS des Laurentides de mettre en place les différentes composantes de son comité de gestion des risques. Comme la loi le prévoit, un comité stratégique de gestion des risques est en place depuis octobre 2016. Composé de membres du personnel, d'usagers et de partenaires, celui-ci s'assure que la gestion des risques s'intègre à l'ensemble des services du CISSS.

Le CISSS a également voulu s'assurer que ce comité soit appuyé par des sous-comités qui lui permettent de s'acquitter de ses responsabilités dans l'ensemble de ses missions. Ainsi, cinq sous-comités ont été mis en place :

- Santé physique;
- Soutien à l'autonomie des personnes âgées;
- Santé mentale – Dépendance – Services psychosociaux généraux;
- Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique;
- Jeunesse et Santé publique.

La déclaration

Sur le plan des incidents et accidents ainsi que des actions réalisées pour en promouvoir la déclaration de façon continue, le CISSS a misé, cette année, sur la formation.

La stratégie retenue a donc été de mettre en place un module de formation en ligne afin de faciliter l'accès à celui-ci. Les contraintes liées à un horaire de formation et au déplacement du personnel étant diminuées, les différents services peuvent maintenant plus facilement libérer du personnel afin que celui-ci puisse suivre cette formation.

En 2016-2017, il y a eu 22 994 événements déclarés dans l'ensemble des installations du CISSS¹.

Nombre de déclarations		
2015-2016	2016-2017	Diminution
25 235	22 994	- 9 %

¹ Pour 2016-2017, il s'agit d'une donnée en date du 15 juin 2017.

Les risques identifiés

Le tableau suivant dresse le portrait des différents types de déclarations d'incidents et d'accidents complétées au courant de la dernière année.

Le comité de gestion des risques a porté une attention plus particulière aux chutes et aux événements en lien avec la médication qui ont eu des impacts plus graves pour les usagers. L'analyse de ce type d'événement a permis de déterminer que seulement 1,4 % des chutes rapportées avaient eu ce genre d'impact pour la clientèle. Pour la médication, ce taux est de moins de 1 %.

Ces deux types d'événements représentent tout de même 67 % des événements déclarés dans notre organisation. Afin de déployer des stratégies pour diminuer la fréquence de ces types d'événements, deux comités ont été récemment mis en place : le comité permanent de prévention des chutes ainsi que le comité du circuit du médicament.

Type d'événement **		
Type	Nombre	Pourcentage
Chute	8267	36,83 %
Médication	6693	29,82 %
Traitement	1184	5,27 %
Abus/Agression/Harcèlement/Intimidation	774	3,45 %
Test diagnostique Laboratoire	596	2,66 %
Lié au matériel	332	1,48 %
Test diagnostique Imagerie	275	1,23 %
Lié aux effets personnels	217	0,97 %
Stérilisation	213	0,95 %
Lié à l'équipement	167	0,74 %
Diète	121	0,54 %
Lié au bâtiment	37	0,16 %
Autre	3572	15,91 %
Total	22448	100 %

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

Pour l'année 2016-2017, le comité de gestion des risques du CISSS des Laurentides n'a pas émis de recommandation spécifique. Cependant, le comité stratégique de prévention et contrôle des infections a, quant à lui, émis les cinq recommandations suivantes :

Date	Description des recommandations
11 octobre 2016	<p>Recommandations pour le dispositif médical « coupeur de pince » du cordon ombilical</p> <p>À la suite de la découverte de la pratique de retraiter un dispositif médical classifié comme étant à usage unique, les recommandations suivantes ont été émises :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suivre les recommandations du fabricant. Ne pas retraiter les dispositifs médicaux « coupeur de pince » du cordon ombilical qui sont classifiés comme étant à usage unique; 2. Analyser la possibilité d'acheter un dispositif médical « coupeur de pince » classifié comme étant réutilisable et pour lequel le manufacturier fournira des instructions de retraitement de haut niveau ou de stérilisation; 3. Analyser la possibilité de laisser le cordon ombilical sécher et donc la pince du cordon tombera toute seule, sans intervention. <p>Suivi de la recommandation : L'usage du dispositif à usage unique a été cessé.</p>
13 octobre 2016	<p>Recommandation pour la mise sur pied d'un comité tactique PCI-SAPA</p> <p>Les membres du comité stratégique appuient la proposition de créer un comité tactique de prévention et contrôle des infections - SAPA. Le mandat principal du comité est de standardiser et d'harmoniser les mesures de PCI aux volets d'hébergement et de soutien à domicile, et ce, à travers le CISSS des Laurentides.</p> <p>Suivi de la recommandation : Un comité en prévention et contrôle des infections spécifique au programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées a été mis en place.</p>
13 décembre 2016	<p>Recommandation concernant les mesures de PCI lors d'une IVRS chez un enfant</p> <p>À la suite d'une demande du chef de département en pédiatrie, les mesures de PCI (les précautions additionnelles requises et la durée de celles-ci) pour un enfant ayant des symptômes d'une infection des voies respiratoires supérieures (IVRS), mais pour lequel les résultats de dépistage de virus respiratoire syncytial (VRS) et d'influenza sont négatifs, ont été standardisées et diffusées au CISSS des Laurentides.</p>
13 décembre 2016	<p>Recommandation concernant les éclosions de gale</p> <p>À la suite de l'analyse d'une éclosion de gale survenue à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme, une recommandation a été émise d'élaborer une politique pour la prise en charge des employés exposés à un agent pathogène transmissible afin de bien préciser les rôles et les responsabilités des différents acteurs concernés.</p> <p>Suivi de la recommandation : La politique est en processus d'élaboration et d'adoption.</p>
29 mars 2017	<p>Recommandation concernant la disposition d'un salon pour les usagers dans le cadre de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA)</p> <p>À la suite d'une demande formulée à l'effet d'aménager un salon avec un téléviseur pour les usagers de l'Hôpital Laurentien sur les unités de courte durée comme projet pilote dans le cadre de l'AAPA, mais ayant une vision de l'exporter le projet dans d'autres hôpitaux du CISSS des Laurentides, le comité stratégique a émis la recommandation suivante :</p> <p>Le regroupement d'usagers sur une unité de courte durée demeure un risque important pour la transmission des infections. Il serait difficile de contrôler les allées et venues des utilisateurs de ce salon. Nous considérons donc que les risques dépassent les bénéfices estimés de ce projet.</p> <p>Suivi de la recommandation : La recommandation a été transmise au comité stratégique pour l'AAPA afin de revoir ce projet.</p>

Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers

La dernière année a fait ressortir la grande diversité de modèles d'application des protocoles sur les mesures de contrôle des différents secteurs d'activités de l'établissement. En effet, les travaux sur les procédures d'application entamés avec les directions cliniques basés sur le protocole harmonisé d'application des mesures de contrôle a fait ressortir plusieurs enjeux importants qui devront être adressés et réglés au cours de la prochaine année afin d'achever les travaux et faire adopter le nouveau protocole par le conseil d'administration.

Les principaux enjeux relevés sont :

- La mise à jour et l'harmonisation des pratiques conformément à la loi et aux directives de 2015 du MSSS, dans une perspective CISSS;
- La mise en place d'une culture basée sur la priorisation des mesures de remplacement;
- L'application de la loi en fonction des ressources humaines et matérielles qui diffèrent selon les secteurs cliniques et les différentes installations;
- La formation et l'harmonisation des outils de travail (formulaires, guide de pratique, etc.) en tenant compte de la diversité des clientèles des différents secteurs cliniques;
- La diversité des systèmes d'information (SIPAD, SICHELD, PIJE, etc.) et l'optimisation de leur utilisation pour constituer des registres d'utilisation des mesures de contrôle et le suivi des indicateurs (tableau de bord).

Nous prévoyons finaliser le protocole de l'établissement, les procédures d'application par secteur clinique et les outils de travail en 2017-2018.

Suivis apportés aux recommandations formulées par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services et par le Protecteur du citoyen

Au cours de l'année 2016-2017, 2465 dossiers ont été traités par l'équipe du commissariat aux plaintes et à la qualité des services lesquels ont générés 412 mesures correctives concrètes. L'ensemble des recommandations formulées par le commissaire aux plaintes, les médecins examinateurs et le Protecteur du citoyen ont été suivies, permettant ainsi de prévenir la récurrence de situations similaires à l'avenir.

Les correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du coroner

Au cours de la dernière année, le CISSS des Laurentides a été interpellé pour cinq rapports de coroner, dont deux étaient en lien avec des événements survenus dans ses installations.

Les recommandations de deux de ces rapports étaient en lien avec l'amélioration des pratiques de réglage et des mesures de sécurité pour les fauteuils roulants et autres équipements de réadaptation. Les professionnels concernés du CISSS ont été avisés et ont ainsi pu ajuster leur pratique.

Deux autres rapports, en lien avec le décès d'usagers survenu dans des installations du CISSS, ont été transmis au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens afin que ceux-ci puissent évaluer si l'étude de ces dossiers pourrait mener à des améliorations en matière de pratiques médicales.

Finalement, un dernier rapport, en lien avec un suicide survenu dans une organisation d'une autre région, a mené à une vérification des différentes unités de psychiatrie du CISSS, et ce, afin d'évaluer si celles-ci présentaient des risques (environnement physique) pouvant augmenter la probabilité d'un passage à l'acte (suicide) pour les usagers qui y sont hospitalisés.

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

	Installation					
	St-Jérôme	LDDM	Argenteuil	Des Sommets	Antoine-Labelle	Total
1. Nombre de mises sous garde préventive appliquées	1422	977	402	208	81	3090
2. Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	1129	737	Sans objet	166	72	2104
3. 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	2	1	Sans objet	0	2	5
4. Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	2	1	Sans objet	Sans objet	0	3
5. Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	2	1	Sans objet	2	1	6
6. Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	573	5	Sans objet	25	25	628
7. Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	301	5	Sans objet	20	18	344
8. Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	424	5	Sans objet	22	18	469
9. Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1er avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de garde auxquels il a été soumis)	1553	738	Sans objet	188	92	2571



L'examen des plaintes et la promotion des droits

Le rapport annuel du Commissariat aux plaintes et à la qualité des services portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits est disponible sur le site Internet du CISSS des Laurentides au www.santelaurentides.gouv.qc.ca.

L'information et la consultation de la population

Le CISSS des Laurentides s'est doté de plusieurs mécanismes et instances afin de recueillir les commentaires, suggestions et préoccupations de la population. Un comité régional des usagers a été créé pour assurer un accès privilégié à la Direction générale du CISSS pour les comités d'usagers locaux qui sont solidement implantés dans leur milieu respectif et qui accueillent les réactions de la population quant aux soins et services offerts.

Un représentant du comité régional siège au conseil d'administration de l'établissement. Le conseil d'administration a mis sur pied un comité de vigilance et de la qualité afin de s'assurer de la qualité et de la satisfaction de la population à l'égard des services offerts dans la région.

Plusieurs autres liens sont également faits auprès de la population, notamment par l'implication des dirigeants et par l'équipe de l'organisation communautaire qui entretient des relations privilégiées avec les différents organismes et les différentes instances de la communauté.

Le CISSS siège au sein du comité Laurentian English Services Advisory Network afin de recueillir les préoccupations des communautés anglophones de la région et soutenir les différentes initiatives visant à améliorer l'accès aux soins et aux services en langue anglaise.

Pour toute information, la population peut consulter le site Internet de l'établissement (www.santelaurentides.gouv.qc.ca), téléphoner ou se rendre dans l'une des installations du CISSS des Laurentides.

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





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

Rapport du président-directeur général au Conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie (Loi 2, Chapitre III, art. 8)

Si l'année 2015-2016 a été l'année de l'entrée en vigueur de la Loi 2 et de l'adoption de nombreuses nouvelles procédures relatives aux soins de fin de vie, l'année 2016-2017 aura été marquée par l'implantation, l'application et l'ajustement des processus, notamment en ce qui a trait aux activités du groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) :

- Formation des intervenants concernés à la loi 2 (volet 1);
- Planification et implantation du mentorat sur les soins de fin de vie des préposés aux bénéficiaires en CHSLD (volet 3);
- Planification du déploiement de la formation générale en soins de fin de vie au SAD (volet 2);
- Rédaction d'un programme d'accompagnement en soins de fin de vie en CHSLD;
- Mise à jour du programme clinique de soins de fin de vie et des procédures afférentes suite à l'adoption de la loi C14, modifiant le Code criminel;
- Deux séances d'information aux comités d'usagers et à la population sur la Loi 2;
- Nomination d'un gestionnaire d'accès au registre des directives médicales anticipées et attribution d'accès aux intervenants ciblés ;
- Révision du fonctionnement du GIS dans le traitement des demandes de soutien;
- Soutien au traitement de 53 demandes d'aide médicale à mourir par le GIS;
- Production de deux rapports semestriels sur les soins de fin de vie;
- Application du processus d'agrément des maisons de soins palliatifs.

Synthèse des rapports du président-directeur général au conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie ((Loi 2, Chapitre III, art. 8) (Du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016¹ et du 10 juin 2016 au 10 décembre 2016)

Activité	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	3547
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	24
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	44
	Nombre d'aide médicale à mourir administrées	25
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs <ul style="list-style-type: none"> • Décès de l'utilisateur avant la fin du processus : 6 • Ne répondaient pas aux critères d'admissibilité : 6 • Usager opte pour la sédation palliative ou la sédation palliative continue : 3 • Perte de l'aptitude de l'utilisateur à consentir avant l'administration : 2 • Modification dans le choix de l'utilisateur : 1 • Report de la demande : 1 	19

¹ Il est à noter que les données présentées dans le rapport annuel de l'an dernier (2015-2016) étaient celles de la période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016.

Les ressources humaines

- Les ressources humaines de l'établissement
 - La gestion et le contrôle des effectifs
- 

Les ressources humaines de l'établissement

Personnel cadre (en date du 31 mars 2017)	
Temps complet, nombre de personnes	365
Temps partiel, nombre de personnes	22
ETC (t.partiel)	15,86
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	7

Personnel régulier (en date du 31 mars 2017)	
Temps complet, nombre de personnes	6234
Temps partiel, nombre de personnes	3472
ETC (t.partiel)	2165,78
Personne bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi	7

Personnel non détenteur de postes (occasionnels)	
Nombre de personnes	3196

La gestion et le contrôle des effectifs

Dans le cadre du suivi de la *Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État*, le MSSS transmet à l'établissement le niveau annuel des heures rémunérées à respecter. Pour la période d'avril 2016 à mars 2017, le Secrétariat du Conseil du trésor a fixé une cible de réduction de 1 % par rapport au nombre total d'heures rémunérées d'avril 2014 à mars 2015.

Le nombre total d'heures rémunérées a augmenté de 2,7 %. Le CISSS des Laurentides n'a donc pas atteint la cible de réduction de 1 % selon le Ministère, pour la période 2016-2017. L'écart à la cible en heures rémunérées est établi à 171 647 heures. Cet écart prend en considération l'intégration du Pavillon Sainte-Marie, l'intégration de 52 % des activités du Centre de réadaptation Le Bouclier, l'ajout d'effectifs dans les CHSLD et l'augmentation des heures rémunérées due au chevauchement des quarts de travail des infirmières auxiliaires en CHSLD.

Toutefois, cet écart ne prend pas en considération le remplacement de la main-d'œuvre indépendante par la main-d'œuvre réseau (76 641 heures rémunérées), la mise en place du Centre de répartition des demandes de service (22 610 heures rémunérées) et l'intégration des activités cliniques du centre de détention (38 682 heures rémunérées). Ces trois facteurs totalisent 137 933 heures rémunérées.

L'autre facteur qui influence négativement l'atteinte de la cible d'heures rémunérées est l'augmentation, de 2014-2015 à 2016-2017, des heures rémunérées en assurance salaire qui totalisent à elle seule 349 161 heures. Des mesures correctives inscrites dans un plan d'action adopté par le conseil d'administration sont en cours afin de réduire l'assurance salaire.

Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectif:

CISSS des Laurentides		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	2014-04-06 au 2015-04-04			2016-04-03 au 2017-04-01	
		Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	870 963	1 218	872 181	481	576
	2015-16	792 751	1 435	794 186	437	534
	2016-17	729 450	1 259	730 709	402	478
	Variation	(16,2 %)	3,4 %	(16,2 %)	(16,3 %)	(17,0 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	2 333 633	9 196	2 342 829	1 298	1 698
	2015-16	2 444 440	9 053	2 453 493	1 359	1 864
	2016-17	2 691 901	12 928	2 704 829	1 498	1 940
	Variation	15,4 %	40,6 %	15,5 %	15,5 %	14,3 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	5 505 642	226 909	5 732 551	2 965	4 091
	2015-16	5 563 192	201 791	5 764 983	2 993	4 080
	2016-17	5 668 822	229 712	5 898 534	3 040	4 153
	Variation	3,0 %	1,2 %	2,9 %	2,5 %	1,5 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	8 943 505	163 255	9 106 760	4 919	6 864
	2015-16	8 896 490	148 185	9 044 675	4 895	6 860
	2016-17	9 091 130	177 449	9 268 579	5 007	6 997
	Variation	1,7 %	8,7 %	1,8 %	1,8 %	1,9 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1 702 458	15 495	1 717 953	868	1 354
	2015-16	1 667 291	19 298	1 686 589	850	1 308
	2016-17	1 696 611	14 662	1 711 273	865	1 335
	Variation	(0,3 %)	(5,4 %)	(0,4 %)	(0,4 %)	(1,4 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	32 263	57	32 321	18	123
	2015-16	33 371	65	33 437	18	142
	2016-17	22 473	58	22 531	12	89
	Variation	(30,3 %)	0,6 %	(30,3 %)	(30,8 %)	(27,6 %)
Total du personnel	2014-15	19 388 463	416 131	19 804 594	10 548	14 238
	2015-16	19 397 536	379 827	19 777 363	10 553	14 325
	2016-17	19 900 386	436 069	20 336 455	10 825	14 549
	Variation	2,6 %	4,8 %	2,7 %	2,6 %	2,2 %

Les ressources financières

- Les états financiers
 - L'équilibre budgétaire
 - Les contrats de service
-

Les états financiers

Le rapport de la direction

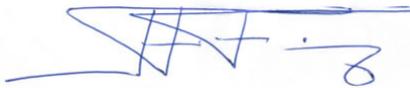
Les états financiers du Centre intégré de la santé et des services sociaux des Laurentides ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions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

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

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

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

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



Jean-François Foisy
Président-directeur général



Bruno Cayer
Directeur des ressources financières



Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

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

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 2000
Tour de la Banque Nationale
600, rue De La Gauchetière Ouest
Montréal (Québec) H3B 4L8

Téléphone : 514 878-2691
Télécopieur : 514 878-2127
www.rcgt.com

Les états financiers résumés ci-joints du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2017 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides pour l'exercice terminé le 31 mars 2017. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 14 juin 2017 (voir ci-dessous).

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

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

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

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides pour l'exercice terminé le 31 mars 2017 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de

gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides pour l'exercice terminé le 31 mars 2017.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 14 juin 2017. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, ainsi qu'exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2017 et 2016 n'ont pas été déterminées.

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

*Raymond Chabot Grant Thornton S.E. N.C. R. L.*¹

Montréal

Le 14 juin 2017

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A116823

Les états financiers

Les résultats financiers

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CISSS des Laurentides

1104-5283

200-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc	
	1	2	3	4	5	
REVENUS						
Subventions MSSS (FI:P408)	1	1 026 123 650	1 004 765 009	41 460 225	1 046 225 234	1 014 858 539
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2					
Contributions des usagers	3	62 629 605	65 565 608	XXXX	65 565 608	61 968 596
Ventes de services et recouvrements	4	12 746 720	10 058 622	XXXX	10 058 622	10 987 653
Donations (FI:P294)	5	2 170 000	542 699	1 234 841	1 777 540	2 234 221
Revenus de placement (FI:P302)	6	12 000	88 598	7 849	96 447	227 243
Revenus de type commercial	7	6 561 479	6 225 547	371 216	6 596 763	6 389 923
Gain sur disposition (FI:P302)	8					60 440
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	14 118 788	12 716 113	41 464	12 757 577	14 689 544
TOTAL (L.01 à L.11)	12	1 124 362 242	1 099 962 196	43 115 595	1 143 077 791	1 111 416 159
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	708 482 595	733 597 952	XXXX	733 597 952	716 662 537
Médicaments	14	27 398 232	28 554 360	XXXX	28 554 360	29 254 128
Produits sanguins	15	6 503 795	13 094 482	XXXX	13 094 482	10 608 526
Fournitures médicales et chirurgicales	16	42 956 812	43 721 423	XXXX	43 721 423	41 331 931
Denrées alimentaires	17	8 832 800	8 399 348	XXXX	8 399 348	8 888 536
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	90 521 401	90 406 303	XXXX	90 406 303	88 297 099
Frais financiers (FI:P325)	19	12 829 654	1 147 213	10 556 673	11 703 886	12 044 812
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	14 883 845	14 769 880	5 707 844	20 477 724	18 950 988
Créances douteuses	21	1 500 000	1 772 720	XXXX	1 772 720	1 491 601
Loyers	22	17 703 349	17 735 990	XXXX	17 735 990	17 069 695
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	30 750 000	XXXX	24 476 363	24 476 363	30 749 286
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX			162 335
Dépenses de transfert	25	39 861 474	36 857 616	XXXX	36 857 616	35 890 871
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	120 573 285	113 659 093	789 480	114 448 573	110 829 829
TOTAL (L.13 à L.27)	28	1 122 797 242	1 103 716 380	41 530 360	1 145 246 740	1 122 232 174
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	1 565 000	(3 754 184)	1 585 235	(2 168 949)	(10 816 015)

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	
		1	2	3	4	Notes
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(126 763 892)	22 331 134	(104 432 758)	(95 237 470)	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3	(143 319)		(143 319)	XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(126 907 211)	22 331 134	(104 576 077)	(95 237 470)	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(3 754 184)	1 585 235	(2 168 949)	(10 816 015)	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6				1 620 727	
Transferts interfonds (préciser)	7					
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10				1 620 727	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(130 661 395)	23 916 369	(106 745 026)	(104 432 758)	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX	161 000	161 000	
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	1 863 885	2 514 226	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(108 769 911)	(107 107 984)	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(106 745 026)	(104 432 758)	

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	10 263 783	2 144 816	12 408 599	8 089 231
Placements temporaires	2	261 767	146 416	408 183	401 475
Débiteurs - MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	57 075 724	3 775 013	60 850 737	82 364 010
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	14 126 046	1 558 978	15 685 024	18 555 558
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX			
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	566 927	(566 927)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	61 529 632	50 186 117	111 715 749	110 038 806
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	1 337 711	1 337 711	1 057 336
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	2 006 533		2 006 533	2 912 670
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	145 830 412	58 582 124	204 412 536	223 419 086
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14	101 500 000	32 213 709	133 713 709	151 184 075
Créditeurs - MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	93 678 451	4 185 260	97 863 711	105 685 411
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17	XXXX			
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		2 229 624	2 229 624	2 775 358
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	10 247 354	15 467 528	25 714 882	26 051 325
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	381 550 121	381 550 121	375 500 853
Passif au titre des sites contaminés (FI: P401)	22	XXXX	2 436 308	2 436 308	768 000
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	86 193 719	XXXX	86 193 719	84 022 606
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	1 883 753		1 883 753	2 066 675
TOTAL DES PASSIFS (L. 14 à L.25)	26	293 503 277	438 082 550	731 585 827	748 054 303
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(147 672 865)	(379 500 426)	(527 173 291)	(524 635 217)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P423)	28	XXXX	403 215 444	403 215 444	405 180 061
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	12 409 687	XXXX	12 409 687	11 336 912
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	4 601 783	201 351	4 803 134	3 685 486
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	17 011 470	403 416 795	420 428 265	420 202 459
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(130 661 395)	23 916 369	(106 745 026)	(104 432 758)

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

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

	Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent	
	1	2	3	4	5	
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(478 748 118)	(141 494 507)	(383 140 710)	(524 635 217)	(519 493 210)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3		(143 319)	(143 319)	XXXX	
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(478 748 118)	(141 637 826)	(383 140 710)	(524 778 536)	(519 493 210)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5		(3 754 184)	1 585 235	(2 168 949)	(10 816 015)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6		XXXX	(22 511 746)	(22 511 746)	(31 926 129)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7		XXXX	24 476 363	24 476 363	30 749 286
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX			101 895
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			60 440
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
Ajustements des immobilisations	11		XXXX			1 493 993
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14		XXXX	1 964 617	1 964 617	479 485
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15		(115 641 984)	XXXX	(115 641 984)	(91 325 016)
Acquisition de frais payés d'avance	16		(4 601 783)		(4 601 783)	(3 685 486)
Utilisation de stocks de fournitures	17		114 569 209	XXXX	114 569 209	90 083 122
Utilisation de frais payés d'avance	18		3 393 704	90 431	3 484 135	8 501 176
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		(2 280 854)	90 431	(2 190 423)	3 573 796
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					1 620 727
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21		(6 035 038)	3 640 283	(2 394 755)	(5 142 007)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(478 748 118)	(147 672 864)	(379 500 427)	(527 173 291)	(524 635 217)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT				
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(2 168 949)	(10 816 015)	
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:				
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2			
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	(2 190 423)	3 573 796	
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4		101 895	
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5			
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:				
- Gouvernement du Canada	6			
- Autres	7	(1 252 535)	(2 099 253)	
Amortissement des immobilisations	8	24 476 363	30 749 286	
Réduction pour moins-value des immobilisations	9			
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	300 937	270 274	
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11			
Subventions MSSS	12	(36 680 605)	(40 913 026)	
Autres (préciser P297)	13	10 019 154	12 068 449	
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	(5 327 109)	3 751 421	
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	20 576 623	8 415 783	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	13 080 565	1 351 189	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS				
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(22 511 746)	(30 432 136)	
Produits de disposition d'immobilisations	18		60 440	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(22 511 746)	(30 371 696)	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT				
Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	20	(6 708)	456 320	
Placements de portefeuille effectués	21			
Produits de disposition de placements de portefeuille	22			
Placements de portefeuille réalisés	23		113 517	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24	(6 708)	569 837	

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT				
Dettes à long terme - Emprunts effectués	1	32 054 421	31 678 739	
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	2	(826 798)	(855 816)	
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	3			
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	4	(8 195 357)	(18 196 840)	
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5	18 746 383	67 624 767	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	6	(28 021 392)	(70 874 034)	
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	7			
Autres (préciser P297)	8		1 044 160	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.08)	9	13 757 257	10 420 976	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.09)	10	4 319 368	(18 029 694)	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	11	8 089 231	26 118 925	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.10 + L.11)	12	12 408 599	8 089 231	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:				
Encaisse	13	12 408 599	8 089 231	
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	14			
TOTAL (L.13 + L.14)	15	12 408 599	8 089 231	

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:				
Débiteurs - MSSS	1	21 513 273	5 915 430	
Autres débiteurs	2	2 870 225	(4 453 015)	
Avances de fonds aux établissements publics	3			
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	4	(337 166)	(900 705)	
Frais reportés liés aux dettes	5	(581 312)	(227 518)	
Autres éléments d'actifs	6	906 447	259 337	
Créditeurs - MSSS	7			
Autres créditeurs et autres charges à payer	8	(7 821 700)	311 518	
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	9		(290 637)	
Intérêts courus à payer	10	(545 734)	(71 830)	
Revenus reportés	11	916 092	2 099 813	
Passif au titre des sites contaminés	12	1 668 308	(333 000)	
Passif au titre des avantages sociaux futurs	13	2 171 112	5 889 319	
Autres éléments de passifs	14	(182 922)	217 071	
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.14)	15	20 576 623	8 415 783	
AUTRES RENSEIGNEMENTS:				
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	16	3 663 362	(1 230 829)	
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	17			
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie (préciser P297)	18	(36 680 605)	(40 913 026)	
Intérêts:				
Intérêts créditeurs (revenus)	19			
Intérêts encaissés (revenus)	20	96 447	227 243	
Intérêts débiteurs (dépenses)	21			
Intérêts déboursés (dépenses)	22	1 240 476	1 446 408	

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Note 1. - Constitution et mission

Le Centre intégré de santé et services sociaux des Laurentides (ci-après l'«établissement»), un établissement public, a été constitué en corporation sans but lucratif par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ chapitre S-4.2) le 1^{er} avril 2016. Il a pour mandat de promouvoir la santé, le bien-être et la contribution active de la population du territoire des Laurentides en orchestrant les soins de santé et les services sociaux, en misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité tout en favorisant les partenariats afin de faciliter le cheminement intégré des personnes.

Le siège social de l'établissement est situé au 290, rue de Montigny, Saint-Jérôme, Québec, J7Z 5T3. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région des Laurentides.

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

Note 2. - Principales méthodes comptables

Référentiel comptable

Le présent rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, en tenant compte des particularités du Manuel de gestion financière rédigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et prescrites par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ chapitre S-4.2). Conséquemment, les immeubles loués auprès de la Société québécoise d'infrastructure (SQI) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 Immobilisations corporelles louées du Manuel de comptabilité de CPA Canada, Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier AS-471 exige que la direction de l'établissement ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et charges de l'exercice ainsi que sur la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers. Les résultats réels peuvent différer de ces estimations.

État des gains et pertes de réévaluation

Le ministère de la Santé et des Services sociaux n'inclut pas l'état des gains et pertes de réévaluation dans le format du rapport financier annuel AS-471 qu'il prescrit en vertu de l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), puisque la grande majorité des entités du réseau de la santé

et des services sociaux ne détiennent pas d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par l'article 265 de cette même Loi.

Néanmoins, l'établissement ne détient aucun élément devant être comptabilisé à la juste valeur ou libellé en devises étrangères. La présentation de cet état financier n'est donc pas requise.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Biens en fiducie

La description des biens détenus en fiducie gérés par l'établissement ainsi que le sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel AS-471.

Revenus de transfert

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et lorsque l'établissement bénéficiaire a respecté tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont satisfaites.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement votés annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, comme stipulé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics ou municipaux et certains autres transferts (RLRQ chapitre S-37.01).

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées à titre de revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature des coûts, utilisation prévue ou période pendant laquelle les coûts devront être engagés). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, un revenu reporté est comptabilisé, si celle-ci prévoit les fins auxquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Ventes de services et recouvrements

Les ventes de services représentent des ventes effectuées à partir d'un centre d'activités, autres que la prestation de services aux usagers.

Les revenus de recouvrements sont constitués des récupérations, en tout ou en partie, d'une charge incluse dans le coût direct brut assumé par un centre d'activités.

Ces revenus sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel a lieu la vente de services ou le recouvrement de coûts.

Donations

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales sans condition rattachée ou sous condition expresse de doter l'établissement d'un capital à préserver pour une période indéterminée sont comptabilisées aux revenus de l'exercice.

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales à des fins de dotation de durée déterminée ou à des fins spécifiques sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis constatés aux revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

L'excédent de la somme reçue sur les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité prescrits à l'entente est inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde à d'autres fins, le cas échéant. Si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, un revenu reporté est comptabilisé si celle-ci prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et

municipaux et certains autres transferts (RLRQ, chapitre S-37.01) et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge dans l'exercice de son émission.

Instruments financiers

Le cas échéant, les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués à la juste valeur.

Les actifs financiers comprennent l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuille et sont évalués au coût ou au coût après amortissement à l'exception des instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif et des instruments financiers dérivés.

Les passifs financiers comprennent les emprunts temporaires, les créditeurs MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

Trésorerie et équivalent de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant, et les placements temporaires de moins de trois mois.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus est comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se rapportent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations.

Passifs au titre des sites contaminés

Les obligations découlant du passif au titre des sites contaminés sont comptabilisées lorsque toutes les conditions suivantes sont rencontrées :

- La contamination dépasse une norme environnementale en vigueur à la date des états financiers ou il est probable qu'elle la dépasse;
- L'établissement est responsable des coûts de réhabilitation ou il est probable qu'il le soit ou qu'il en accepte la responsabilité;
- Il est prévu que des avantages économiques futurs seront abandonnés;
- Les coûts de réhabilitation sont raisonnablement estimables.

Le passif au titre des sites contaminés comprend les coûts directement liés à la réhabilitation des sites contaminés, estimés à partir de la meilleure information disponible. Ces coûts sont révisés annuellement et la variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du gouvernement du Québec (SCT) pour le financement du coût des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations annuelles survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2016-2017. La décision quant au financement de ces variations est prise annuellement.

Pour les terrains contaminés non répertoriés au 31 mars 2011, l'établissement comptabilise un passif au titre des sites contaminés, ainsi qu'une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux, après avoir préalablement obtenu l'autorisation de celui-ci.

Le passif au titre des sites contaminés est présenté au fonds d'immobilisations.

Passif au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance salaire ainsi que des congés de maladie, des vacances cumulées.

Provision pour assurance salaire

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'aide de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est basée sur les dossiers observés en assurance salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le groupe d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier des trois dernières années. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, les obligations sont alors estimées à l'aide de la méthode basée sur des données plus globales, pour laquelle la dépense totale en assurance salaire des années futures est projetée à partir des dépenses des trois années financières les plus récentes. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2017 et des taux horaires prévus en 2017-2018. Elles ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Provision pour congés de maladie

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux. Ainsi, Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congé de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars selon les taux horaires prévus en 2017-2018. Ces obligations ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Les principales hypothèses utilisées pour les provisions relatives aux congés de maladie (année courante) et aux vacances sont les suivantes :

	Exercice courant	Exercice précédent
Taux moyen de croissance de la rémunération	1,26 %	1 %
Indexation	1,5 %	1,5 %
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadre	8,65 %	8,65 %

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu du fait que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont prises en charge par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Droit parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2017 et la rémunération versée pour l'exercice 2017-2018, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2018. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers qui sont acquis, construits, développés ou améliorés, qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production de biens ou la prestation de services sur leur durée de vie utile qui s'étend au-delà de l'exercice financier.

Elles sont comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Le cas échéant, le coût des immobilisations détenues en vertu d'un contrat de location-acquisition est égal à la valeur actualisée des paiements exigibles.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition avec contrepartie aux revenus reportés, à l'exception des terrains où la contrepartie est constatée aux revenus dans l'année d'acquisition. Les contributions pour l'acquisition d'immobilisations sont comptabilisées aux revenus reportés, à l'exception de celles destinées à l'acquisition de terrains qui sont constatées aux revenus dans l'année d'acquisition. Les revenus reportés sont amortis aux revenus au même rythme que l'amortissement du coût des immobilisations correspondantes.

Les immobilisations sont amorties selon une méthode logique et systématique correspondant à leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur sont amorties dès leur mise en service.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations majeures bâtiments	25 à 40 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériel et équipement	3 à 15 ans
Équipement spécialisé	12 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	10 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Durée du bail ou de l'entente

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des débours effectués avant la fin de l'exercice financier pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Stocks de fourniture

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers composés de fournitures qui seront consommés dans le cours normal des opérations au cours du ou des prochains exercices. Ils comprennent notamment les médicaments, les produits sanguins, les fournitures médicales et chirurgicales et les denrées alimentaires. Ils sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise un fonds d'exploitation regroupant les opérations courantes de fonctionnement réparties entre les activités principales et accessoires, ainsi qu'un fonds d'immobilisations, lequel inclut les opérations relatives aux immobilisations, au passif au titre des sites contaminés, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans les états financiers du fonds concerné.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Prêts interfonds

Les prêts entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux déficits cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre de l'établissement ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de sa mission qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation. L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

Classification des activités

La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement fournit, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- Activités accessoires complémentaires : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.
- Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les établissements dans le cadre de leurs activités principales et

accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services fournis par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

Note 3. - Maintien de l'équilibre budgétaire

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (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 pas encourir de déficit en fin d'année financière. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2017, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

Note 4. - Données budgétaires

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation de la dette nette des pages 200 et 206 respectivement, relativement aux fonds d'exploitation et d'immobilisations sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations relativement aux fonds d'exploitation et aux fonds d'immobilisations.

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

Il n'y a pas eu d'éléments significatifs qui ont eu pour effet de modifier de façon importante le budget initialement adopté.

Note 5. - Instruments financiers

L'évaluation à la juste valeur est sans effet important sur les données financières. Par conséquent, l'état des gains et pertes de réévaluation n'est pas présenté.

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que les normes comptables canadiennes pour le secteur public préconisent l'application de la méthode du taux effectif.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux d'intérêt effectif n'a pas d'impact important sur les résultats des activités et sur la situation financière.

Note 6. - Placements temporaires

La nature des placements temporaires, le coût, les dates d'échéance maximal moyenne, les taux de rendement effectif moyens pondérés ainsi que les provisions pour moins-values sont présentés à la page 631-00 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement ne détient aucun placement temporaire de parties apparentées.

Note 7. - Placements de portefeuille

La nature des placements de portefeuille, y compris les prêts et avances, la valeur comptable, les dates d'échéance, les taux de rendement effectif minimum et maximum, les provisions pour moins-values et l'échéancier des remboursements des prêts et avances sont présentés aux pages 632-00 à 632-02 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement ne détient aucun placement de portefeuille de parties apparentées.

Note 8. - Emprunts temporaires

Les conditions des emprunts temporaires contractés auprès de parties non apparentées sont présentés à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471.

Le montant total de 15 697 893 \$ est constitué de billets au pair, dont les conditions telles que le maximum autorisé, le taux d'intérêt, l'échéance, le mode de remboursement et le renouvellement sont inconnues de notre part et décrétées directement par le Fonds de financement et la Société québécoise des infrastructures et prises en charge par ceux-ci.

Le montant de 118 015 816 \$ se subdivise en 16 515 816 \$ pour les fonds d'immobilisation et 101 500 000 \$ pour le fonds d'exploitation. Le montant de 16 515 816 \$ est constitué d'acceptations bancaires dont le maximum autorisé est de 101 211 018 \$ et le taux d'intérêt applicable est le taux des acceptations bancaires canadiennes + 0.30 % tel qu'autorisé par le MSSS. Ces acceptations bancaires sont renouvelables mensuellement et aux 6 mois. Celles-ci sont converties en billets au pair.

Le montant de 101 500 000 \$ est constitué d'acceptations bancaires dont le maximum autorisé est 132 800 000 \$ et le taux d'intérêt applicable est le taux des acceptations bancaires canadiennes + 0.30 % tel qu'autorisé par le MSSS. Cette autorisation d'emprunt répond au besoin de liquidités du fonds d'exploitation qui est constant et fluctue dans le temps.

Note 9. - Dettes à long terme

Les conditions des dettes à long terme contractées auprès de parties non apparentées sont présentées à la page 634 du rapport financier annuel AS-471.

	Exercice courant	Exercice précédent
Billets à terme contractés auprès du Fonds de financement pour un montant total de 287 742 760 \$, à un taux variant de 0.739 % à 3.271 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 16 288 626 \$, échéant entre 2018 et 2039	264 911 518 \$	183 131 094 \$
Billets à terme contractés auprès de Financement Québec pour un montant total de 165 766 085 \$, à un taux variant de 1.890 % à 6.540 %, garanti par le gouvernement, remboursables par versement annuel de 7 437 137 \$, échéant entre 2017 et 2038	113 916 106 \$	189 240 492 \$
Obligations découlant d'un contrat de location-acquisition à un taux de 4.84 % échéant en 2019	448 824 \$	45 000 \$
Emprunt hypothécaire à un taux de 1.50 %	52 478 \$	202 818 \$
Emprunts bancaires autres que des emprunts hypothécaires à un taux variant de 1.17 % à 1.23 %	2 221 195 \$	2 881 449 \$
Total	381 550 121 \$	375 500 853 \$

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2017 l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

	\$
2017-2018	66 071 908 \$
2018-2019	128 317 726 \$
2019-2020	20 806 597 \$
2020-2021	11 576 607 \$
2021-2022	10 380 475 \$
2022-2023 et subséquents	144 396 808 \$
Total	381 550 121 \$

Note 10. - Passif au titre des sites contaminés

L'établissement est responsable de décontaminer des terrains faisant ou ne faisant pas l'objet d'un usage productif et nécessitant des travaux de réhabilitation à la suite de :

- a) Premier terrain : une fuite d'un réservoir d'huile.
- b) Deuxième terrain : des fuites de soufre et de métaux dans le sol engendrées par une ancienne chaufferie.

L'établissement n'a comptabilisé aucun passif au titre des sites contaminés au 31 mars 2017 pour ces deux terrains; l'information nécessaire pour ce faire n'étant pas disponible, le montant n'a pu être estimé raisonnablement.

- c) Troisième terrain : une fuite d'ancien réservoir de mazout lourd;
- d) Quatrième terrain : une fuite d'un réservoir souterrain désaffecté de mazout léger;
- e) Cinquième terrain : un réservoir de mazout lourd qui a fui.

À cet égard, un montant de 2 436 308 \$ (1 243 935 \$ troisième terrain, 274 500 \$ quatrième terrain et 917 873 \$ cinquième terrain) a été comptabilisé à titre de passifs au titre des sites contaminés dans les états financiers au 31 mars 2017 (493 500 \$, 274 500 \$ et 0 \$ respectivement au 31 mars 2016). Ce montant est basé sur des études de caractérisation préliminaire et des études de caractérisation. L'établissement a également constaté une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux pour le financement du coût des travaux pour un montant de 1 545 389 \$ (1 270 889 \$ troisième terrain et 274 500 \$ quatrième terrain).

Au cours du présent exercice, l'établissement a réalisé des travaux de réhabilitation pour 26 954 \$. Il prévoit réaliser des travaux de 1 608 435 \$ au cours du prochain exercice.

Note 11. - Affectations

La nature des affectations d'origines interne et externe ainsi que leur variation sont présentées aux pages 289-00 et 289-01 du rapport financier annuel AS-471.

Note 12. - Gestion des risques associés aux instruments financiers

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

Risque de crédit

Le risque de crédit associé à l'encaisse et aux placements temporaires est réduit au minimum. En effet, l'établissement s'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire et diversifiée auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Au 31 mars 2017, ces actifs financiers étaient investis dans des certificats de dépôts garantis. La direction juge ainsi que le risque de perte est négligeable.

Le risque de crédit associé aux débiteurs MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir – réforme comptable est faible, puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les quelques jours suivant la fin de l'exercice.

Le risque de crédit associé aux autres débiteurs est faible, car il comprend des sommes à recevoir de d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ et de la CNESST et du gouvernement du Canada.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de recouvrement. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, sur l'historique de paiement, sur la situation financière du débiteur et sur l'antériorité de la créance. Au 31 mars 2017, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 84.5 % du montant total recouvrable (86 % au 31 mars 2016).

L'établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

Risque de liquidité

Le risque de liquidité de l'établissement est le risque qu'il éprouve des difficultés à honorer des engagements liés à ses passifs financiers. L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement à l'ensemble des passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créditeurs – MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer et les dettes à long terme.

Les emprunts temporaires sont des ouvertures de crédit sans échéance prédéterminé. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime, puisqu'elles sont prises en charge par le MSSS. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin de l'exercice.

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires et ses dettes à long terme. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	32 213 709 \$	41 488 718 \$
Dettes à long terme	381 550 121 \$	375 500 853 \$

Du montant des emprunts temporaires totalisant 32 213 709 \$, un montant de 16 515 816 \$ porte intérêt au taux des acceptations bancaires + 0.30%, alors que d'autres représentant 15 697 893 \$ portent intérêt au taux variable. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Le montant de la dette à long terme totalisant 381 550 121 \$ représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes. De ce montant, un montant de 378 827 624 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont assumés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Un montant de 2 722 497 \$ représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes pour lesquels les intérêts sont assumés par l'établissement. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

L'établissement a un intérêt économique dans plusieurs organismes sans but lucratif. Pris globalement, les soldes et opérations avec ces apparentés ne sont pas significatifs eu égard aux états financiers de l'établissement.

Note 13. - Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'établissement est apparenté à tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques et les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces parties apparentées autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement a un intérêt économique dans plusieurs organismes sans but lucratif et organismes de bienfaisance enregistrés. Pris globalement, les soldes et opérations avec ces apparentés ne sont pas significatifs eu égard aux états financiers de l'établissement.

Note 14. - Éventualités

Dans le cours normal de ses activités, l'établissement fait l'objet de poursuites et réclamations relativement aux transporteurs ambulanciers en lien avec des dossiers de relations de travail ainsi que sur des conciliations de fin d'année des exercices antérieurs. Celles-ci totalisent une somme de 573 963 \$ au 31 mars 2017 (800 000 \$ au 31 mars 2016) et a été comptabilisée sous le poste « Autres créiteurs et autres charges à payer » aux livres de l'établissement.

Note 15. - Événements postérieurs à la date des états financiers

Le projet « OPTILAB » entrant en application le 1er avril 2017 consiste en une vaste réorganisation provinciale des services de biologie médicale au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Ces services, auparavant fournis dans les unités administratives des établissements publics, seront dorénavant offerts dans l'une des 11 grappes de laboratoires de biologie médicale créés à cet effet ayant pour but une offre de services concertée et complémentaire et un accroissement de l'efficacité globale du réseau. Ainsi, le 1er avril 2017, l'ensemble des ressources humaines, financières, informatiques et matérielles affectées au laboratoire de biologie médicale des établissements sera intégré dans l'une des onze grappes appelées « centres serveurs ».

À cette fin, l'établissement a conclu, avec le centre intégré de Santé et de Services sociaux de Laval, une convention de cession d'exploitation d'activités de laboratoire qui prend effet à compter du 1er avril 2017 en

vertu de laquelle il abandonne et cède en sa faveur l'exploitation complète des activités de laboratoire médical à compter de cette date. Il cède également tous les biens meubles et autres actifs servant à l'exploitation des activités cédées, ainsi que les droits, devoirs et obligations sur la partie du budget en cours à la date de la prise en charge des activités cédées. Il demeure responsable de toutes les dettes, obligations, responsabilités et de tout le passif se rapportant aux actifs et activités cédés qui auraient pris origine avant la date de la prise en charge des activités et seraient devenus exigibles à cette date.

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

REVENUS REPORTÉS RELATIFS AUX SOMMES REÇUES PAR DONNS, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS (art.269 LSSSS)

		Revenus reportés au début 1	Ajustements à la colonne 1 2	Sommes allouées dans l'exercice 3	Revenus inscrits dans l'exercice 4	Revenus reportés à la fin (C1+C2+C3-C4) 5	Variation des revenus reportés (C1+C2-C5) 6	Notes
CONTRIBUTIONS DE TIERS:								
Contributions de tiers SANS fins particulières	1	XXXX	XXXX			XXXX	XXXX	
Contributions de tiers AVEC fins particulières, lister:								
SJE - Comité des usagers	2	17 817			17 817	0	17 817	
SJE - Fondation Exploitation	3	5 984		2 497	7 048	1 433	4 551	
SJE - Eli Canada	4	4 030			4 030	0	4 030	
CISSS - soutien à l'enseignement médical	5	242 022			242 022	0	242 022	
SJE - PP scolaire (santé publique)	6			62 500	34 754	27 746	(27 746)	
SJE - Comité de recherche	7		262 770		169 365	93 405	169 365	
ARG - Auxiliaires bénévoles	8	12 824				12 824	0	
CJL - Dons pour jeunes hébergés	9	23 232		30 000	45 155	8 077	15 155	
CISSS - SISAT	10		60 219	535		60 754	(535)	
CISSS - SIGMA immunisation	11		3 681	11 660	11 760	3 581	100	
CISSS - SIGMA vaccination	12			21 147	9 248	11 899	(11 899)	
IMMO - Fondation et OSBL	13	12 724 632	2 273	1 250 863	1 086 301	12 891 467	(164 562)	
IMMO - Entreprise privées	14	582 987			48 980	534 007	48 980	
IMMO - Entités du périmètre ctb	15	14 400			720	13 680	720	
IMMO - Hydro-Québec	16	348 652			11 622	337 030	11 622	
IMMO - Autres entités non apparentées	17	1 286 945	(2 273)	16 440	87 218	1 213 894	70 778	
TDB - Fondation Drapeau Deschambault	18			1 500	1 500	0		
CISSS -SAT	19			264 898		264 898	(264 898)	
.....	20							
.....	21							
.....	22							
.....	23							
.....	24							
Autres (préciser P297)	25							
TOTAL (L.01 à L.25)	26	15 263 525	326 670	1 662 040	1 777 540	15 474 695	115 500	
DOTATIONS								
Capital	27							
Revenus non réservés accumulés	28	XXXX	XXXX			XXXX	XXXX	
Revenus réservés accumulés:								
ARG - Revenus réservés accumulés	29	29 281		422		29 703	(422)	
ARG - Fonds Madeleine Guay-Ryan	30	113 409		3 797		117 206	(3 797)	
SOM - Fonds A. Joannette	31	12 600		512		13 112	(512)	
.....	32							
.....	33							
Autres (préciser P297)	34							
TOTAL (L.27 à L.34)	35	155 290		4 731		160 021	(4 731)	
GRAND TOTAL (L.26 + L.35)	36	15 418 815	326 670	1 666 771	1 777 540	15 634 716	110 769	
REVENUS REPORTÉS (L.36) AU:								
Fds Exploitation - ACT.PRINC.(P290)	37	461 199	326 670	399 468	542 699	644 638	143 231	
Fds Exploitation - ACT.ACCE.(P291)	38							
Fonds Immobilisations (P294)	39	14 957 616		1 267 303	1 234 841	14 990 078	(32 462)	
TOTAL REV. REPORTÉS (L.37 à L.39)	40	15 418 815	326 670	1 666 771	1 777 540	15 634 716	110 769	

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent	
	1	2	3	4	5	
REVENUS						
Subventions MSSS (P362)	1	982 181 650	1 003 898 000	867 009	1 004 765 009	971 218 665
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2					
Contributions des usagers (P301)	3	62 629 605	65 565 608	XXXX	65 565 608	61 968 596
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	12 746 720	10 058 622	XXXX	10 058 622	10 987 653
Donations (C2:P290/C3:P291)	5	70 000	542 699		542 699	134 968
Revenus de placement (P302)	6		88 598		88 598	215 816
Revenus de type commercial (C2:P661/C3:P351)	7	6 190 479		6 225 547	6 225 547	5 980 221
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	14 078 788	1 857 552	10 858 561	12 716 113	13 943 687
TOTAL (L.01 à L.11)	12	1 077 897 242	1 082 011 079	17 951 117	1 099 962 196	1 064 449 606
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	708 482 595	725 516 373	8 081 579	733 597 952	716 662 537
Médicaments (P750)	14	27 398 232	28 554 360	XXXX	28 554 360	29 254 128
Produits sanguins	15	6 503 795	13 094 482	XXXX	13 094 482	10 608 526
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	42 956 812	43 721 423	XXXX	43 721 423	41 331 931
Denrées alimentaires	17	8 832 800	8 399 348	XXXX	8 399 348	8 888 536
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	90 521 401	90 406 303	XXXX	90 406 303	88 297 099
Frais financiers (P325)	19	2 079 654	1 147 213	XXXX	1 147 213	1 321 272
Entretien et réparations (P325)	20	11 483 845	14 769 880		14 769 880	15 535 280
Créances douteuses (C2:P301)	21	1 500 000	1 772 720		1 772 720	1 491 601
Loyers	22	17 703 349	17 368 507	367 483	17 735 990	17 069 695
Dépenses de transfert (P325)	23	39 861 474	36 857 616		36 857 616	35 890 871
Autres charges (P325)	24	120 573 285	107 022 830	6 636 263	113 659 093	111 039 821
TOTAL (L.13 à L.24)	25	1 077 897 242	1 088 631 055	15 085 325	1 103 716 380	1 077 391 297
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	0	(6 619 976)	2 865 792	(3 754 184)	(12 941 691)

Fondations Subventions reçues 2016-2017

Équipements	Montant
Fondation de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme	
Revitalisation de la gériatrie	69 449 \$
Système de lève-personne	52 715 \$
Système de thrombectomie périphérique	46 941 \$
Travaux et équipements pour le centre mère-enfant	43 405 \$
Échographe compact pour pneumologie	33 877 \$
Moniteurs d'apnées, Intubascopie vidéo, sonde échographique pour intraveineuse	21 013 \$
Soins palliatifs et système de surveillance de glucose	8 244 \$
Fondation Hôpital Saint-Eustache	
Table de chirurgie orthopédique et tabouret	137 097 \$
Analyseur de répliation, microbiologie et bactériologie	28 253 \$
Exerciseur de genoux pour la médecine chirurgie	17 750 \$
Fauteuil-lits pour le Centre de soin natalité	2 613 \$
Fondation du Centre hospitalier de Mont-Laurier	
Info-social	78 493 \$
Divers équipements médicaux (moins de 15 000\$)	24 610 \$
Équipement et chambre de soins palliatifs	21 997 \$
Fondation Hôpital d'Argenteuil	
Mobilier de bureau	18 452 \$
Enregistreur pour cardiogramme	8 846 \$
Fondation médicale des Laurentides et des Pays-d'en-Haut	
Civières douches électriques et fauteuil	18 599 \$
TOTAL	632 353 \$

Répartition des charges brutes par programme-services Section non audité Exercice 2016-2017

Programme	Montant total
Santé publique	14 246 698 \$
Services généraux-Activités cliniques et d'aide	42 566 507 \$
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	181 661 473 \$
Déficiences physiques	36 369 999 \$
Déficiences intellectuelles et TSA	58 043 866 \$
Jeunes en difficultés	83 402 505 \$
Dépendances	4 146 915 \$
Santé mentale	63 453 420 \$
Santé physique	392 452 031 \$
Administration	71 178 598 \$
Soutien aux services	75 627 140 \$
Gestion des bâtiments et des équipements	65 481 903 \$
Total des charges brutes	1 088 631 055 \$

L'équilibre budgétaire

Pour l'exercice financier 2016-2017, le CISSS des Laurentides n'a pu respecter son engagement initial d'atteindre l'équilibre financier. Les résultats du fonds d'exploitation se sont soldés par un déficit de 3 103 412 \$, après utilisation de fonds affectés. Ce déficit est largement attribuable à la croissance des coûts d'assurance salaire ainsi que des coûts indirects reliés à ces absences (exemple : augmentation du temps supplémentaire).

Pour l'exercice financier 2017-2018, le CISSS des Laurentides déposera un budget équilibré.

Les contrats de service

Contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus conclus entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017

Le CISSS des Laurentides a été désigné par le Conseil de trésor, par la décision CT214949, pour lui permettre de se doter d'une directive sur les contrats de services non soumis à l'autorisation de son dirigeant. Cette directive a été adoptée par le conseil d'administration le 3 février 2016 et cette dernière est en vigueur depuis.

Tel que prescrit par la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs (LGCE), le CISSS des Laurentides doit faire état de l'application des dispositions relatives aux contrats de services dans son rapport annuel de gestion. En 2016-2017, 13 contrats de services, pour une valeur de 753 362,50 \$, ont fait l'objet d'une autorisation du dirigeant du CISSS des Laurentides. Les ententes non soumises par la directive sont exclues des données présentées ci-dessous.

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	0	0
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	13	753 362,50 \$
Total des contrats de services	13	753 362,50 \$

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.

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

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

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

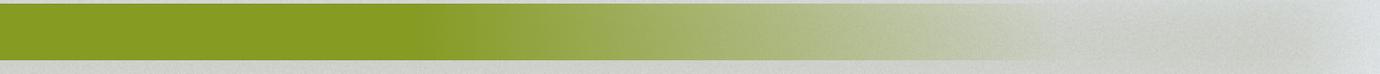
R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016			
			R 5	PR 6	NR 7	
	3	4				
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
BO L'unité de mesure A-heures de prestation de service dans le centre d'activité 8002-Évaluation, expertise et orientation DP, n'a pas été compilée.	2012-13	R	Information est non disponible , fait présentement l'objet de discussion			X
CISSS Les unités de mesure "l'unité technique provinciale" et "l'utilisateur " pour les centres d'activités 6350-Inhalothérapie et 6352-Inhalothérapie Autres n'ont pas entièrement été compilées au cours de la période financière en raison de moyens de pression , ils ont été estimées pour ces périodes.	2015-16	R	.	X		
Les établissements du CISSS des Laurentides doivent compiler l'unité de mesure "usagers distincts". Les systèmes de compilation des unités de mesure n'étant pas intégrés entre les établissements, il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site pour un même centre d'activité.	2015-16	R	Les systèmes sources n'étant pas encore fusionnés la remarque demeure			X
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
DS Il n'existe aucune politique écrite relative aux créances douteuses	2009-10	C,O		X		

Rapport à la gouvernance						
DS Piste d'approbation des annulations des factures de ventes manquantes	2011-12	O	Il es maintenant interdit et impossible de supprimer des factures	x		
DS et SJE La direction n'a pas procédé à une évaluation globale des risques de fraude	2009-10	O	L'établissement est conscient des risques reliés à la fusion . L'exercice 2015-2016 offrait peu d'opportunités de réduire les risques étant donné le nombre de systèmes comptables et la réorganisation administrative. Au cours de l'exercice 2016-2017 nous débuterons la révision des processus globaux et ainsi nous serons en mesure d'évaluer les risques.			X
DS Aucun manuel de procédures pour le département des finances	2011-12	O	Fera l'objet de suivi au cours des années à venir à partir des manuels des anciens établissements			X
STJ Il n'existe pas de processus anonyme reconnu qui permet au comité de vérification de recueillir et d'évaluer les préoccupations des employés concernant les pratiques douteuses ou les plaintes sur la comptabilisation et l'information financière.	2009-2010	C	Nous ne prévoyons pas mettre en place de processus anonyme considérant qu'il existe d'autres instances de dénonciaiton tel que le commissaire aux plaintes , le conseil du trésor et l'UPAC.			X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Paiements de transfert devant être versés par le MSSS à l'établissement relatif à des immobilisations acquises au 31 mars, non comptabilisés à l'état des résultats et à l'état de la situation financière	2013-14	R	Aucune réserve ne sera exprimée considérant les divergenceance d'opinion entre les différentes instances gouvernementales et les cabinets comptables			X
Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructure sont comptabilisés comme étant 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.	2011-12	R	Aucune mesure n'a été prise nous sommes en attente du MSSS			X

Non respect de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire.	2000-01	R				X
--	---------	---	--	--	--	---

Les organismes communautaires



Les organismes communautaires

Le CISSS des Laurentides a le mandat d'assurer le suivi de la gestion des subventions allouées dans le cadre du programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). Il veille à ce que les organismes répondent aux critères du programme édictés par le MSSS et par le cadre de référence régional.

Le CISSS exige une reddition de comptes annuelle qui comprend, entre autres, le rapport financier et le rapport d'activité. Advenant le non-respect des critères énoncés par le PSOC, le CISSS effectue une vérification auprès de l'organisme afin d'assurer une saine gestion des fonds publics. Le cas échéant, cette vérification pourrait aboutir à des recommandations adressées à l'organisme, à une enquête ou à des sanctions de nature administratives. Les organismes ont, quant à eux, la responsabilité de faire la démonstration du respect des règles et normes, liées à leur mode de financement, dans leur reddition de comptes annuelle.



Subventions versées aux organismes communautaires

Année financière 2016-2017

	Versement total 2015-2016	Versement total 2016-2017
Catégorie A - ALCOOLISME / TOXICOMANIE ET AUTRES DÉPENDANCES		
Groupe JAD	85 124 \$	72 770 \$
L'Unité Toxi des Trois-Vallées	30 706 \$	16 788 \$
Maison Lyse-Beauchamp	216 442 \$	203 083 \$
Regroupement en toxicomanie Prisme	170 733 \$	148 495 \$
Sablier	109 061 \$	79 800 \$
Tangage des Laurentides	96 668 \$	80 286 \$
Unité Domrémy de Ste-Thérèse inc.	181 344 \$	155 063 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie A	890 078 \$	756 285 \$
Catégorie B - CONTRACEPTION, ALLAITEMENT, PÉRINATALITÉ, FAMILLE		
6 ^e Jour Inc.	185 941 \$	185 869 \$
Grands-Parents Tendresse	73 238 \$	74 035 \$
La Maison de la famille de Bois-des-Filion	10 890 \$	
La Maison de la famille de Ste-Anne-des-Plaines	1 075 \$	1 179 \$
La Maison de la famille des Pays-d'en-Haut	-	1 179 \$
La Maison de la famille du Nord	1 075 \$	-
La Petite Maison de Pointe-Calumet	1 075 \$	1 179 \$
Maison Pause-Parent	5 781 \$	6 030 \$
Naissance-Renaissance des Hautes-Laurentides	163 920 \$	162 024 \$
Nourri-Source - Laurentides	57 802 \$	58 496 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie B	500 797 \$	489 991 \$
Catégorie C - DÉFICIENCE PHYSIQUE		
Association de la fibromyalgie des Laurentides	148 377 \$	150 158 \$
Association des parents d'enfants handicapés des Hautes-Laurentides	25 202 \$	25 504 \$
Association des personnes avec des problèmes auditifs des Laurentides	273 542 \$	280 725 \$
Association des personnes handicapées Clair-Soleil	78 554 \$	79 497 \$
Association des personnes handicapées de la Rivière du Chêne	24 135 \$	24 425 \$
Centre d'Aide Personnes Traumatisées Crâniennes et Handicapées Physiques Laurentides	273 290 \$	271 510 \$
Dysphasie Laurentides	148 377 \$	150 158 \$
Groupe relève pour personnes aphasiques Laurentides	194 379 \$	196 711 \$
La Maison des parents d'enfants handicapés des Laurentides	59 317 \$	60 029 \$
Regroupement des handicapés visuels des Laurentides	148 378 \$	150 159 \$
Regroupement des personnes handicapées de la région de Mont-Laurier	50 509 \$	51 115 \$
Service Régional d'Interprétariat de Lanaudière (SRIL)	134 846 \$	136 464 \$
Société canadienne de la sclérose en plaques Section Laurentides	47 829 \$	48 377 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie C	1 606 735 \$	1 624 832 \$
Catégorie D - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE		
Acco-Loisirs inc.	129 800 \$	131 357 \$
Association des parents d'enfants handicapés des Hautes-Laurentides	40 470 \$	40 956 \$
Association des personnes handicapées Clair-Soleil	96 610 \$	95 664 \$
Association des personnes handicapées intellectuelles des Laurentides (APHIL)	127 299 \$	128 826 \$
Atelier Altitude inc.	170 979 \$	173 030 \$
La Libellule, pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle et leurs proches	350 763 \$	352 872 \$
La Maison des parents d'enfants handicapés des Laurentides	106 914 \$	112 207 \$
Les Papillons de Nominique inc.	117 140 \$	117 835 \$
Parrainage civique Basses-Laurentides	66 222 \$	64 417 \$
Regroupement des personnes handicapées de la région de Mont-Laurier	67 236 \$	67 947 \$
Société de l'autisme S.A.R. Laurentides	225 737 \$	223 385 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie D	1 499 170 \$	1 508 496 \$

	Versement total 2015-2016	Versement total 2016-2017
Catégorie G - SANTÉ MENTALE		
Alternatives Laurentides	7 920 \$	8 015 \$
Association Laurentienne des proches de la personne atteinte de maladie mentale inc.	251 922 \$	251 757 \$
Association Panda Thérèse-De Blainville et des Laurentides	153 465 \$	155 307 \$
Atelier "Ensemble on se tient"	245 523 \$	248 469 \$
C.E.S.A.M.E. centre pour l'enfance en santé mentale Deux-Montagnes	167 789 \$	169 802 \$
Centre aux sources d'Argenteuil	193 642 \$	195 966 \$
Centre prévention suicide Le Faubourg	587 350 \$	591 634 \$
Droits et recours Laurentides	212 338 \$	214 886 \$
Groupe La Licorne MRC Thérèse-De Blainville	259 479 \$	262 593 \$
L'Arc-en-Soi, centre de prévention et d'intervention en santé mentale	226 467 \$	229 185 \$
Le Groupe Harfang des Neiges des Laurentides	286 361 \$	289 797 \$
L'Échelon des Pays-d'en-Haut	172 042 \$	174 106 \$
L'Envolée, ressource alternative en santé mentale	162 313 \$	164 261 \$
Maison Clothilde	158 591 \$	160 494 \$
Panda Basses-Laurentides sud-ouest	152 189 \$	154 015 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie G	3 237 391 \$	3 270 287 \$
Catégorie H - CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE (CAB)		
Centre d'action bénévole d'Argenteuil	45 580 \$	46 127 \$
Centre d'action bénévole Léonie Bélanger inc.	58 835 \$	59 540 \$
Centre d'action bénévole Saint-Jérôme inc.	47 208 \$	47 774 \$
Entraide bénévole des Pays-d'en-Haut inc.	250 229 \$	253 111 \$
L'Action bénévole de la Rouge	40 752 \$	41 241 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie H	442 604 \$	447 793 \$
Catégorie J - PERSONNES AGÉES		
Atelier des Aînés de la M.R.C. Rivière-du-Nord	36 614 \$	37 053 \$
L'Antr'aidant	-	18 846 \$
Maison Aloïs Alzheimer des Laurentides	216 633 \$	219 233 \$
Mouvement d'entraide de Bellefeuille (M.E.B.)	119 705 \$	121 126 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie J	372 952 \$	396 258 \$
Catégorie L - PERSONNES DÉMUNIES		
Amie du quartier	119 484 \$	117 881 \$
Café communautaire L'Entre-gens de Sainte-Adèle, Comté Rousseau	82 287 \$	113 059 \$
Centre communautaire Ferme-Neuve	59 612 \$	60 327 \$
Centre de la famille du Grand Saint-Jérôme	159 264 \$	161 175 \$
Centre d'entraide d'Argenteuil	189 164 \$	191 433 \$
Centre d'entraide Racine-Lavoie	174 582 \$	173 495 \$
Centre d'entraide Thérèse-De Blainville	109 611 \$	110 926 \$
Comité d'aide alimentaire des Patriotes	52 086 \$	51 192 \$
Comptoir d'entraide de Labelle	22 436 \$	22 705 \$
Garde Manger des Pays-d'en-Haut/Partage Amitié	63 247 \$	64 006 \$
La Maison d'entraide de Prévost	18 395 \$	18 616 \$
La rencontre de Sainte-Marguerite-du-Lac-Masson	62 156 \$	59 987 \$
L'Écluse des Laurentides	230 030 \$	229 754 \$
Manne du jour	86 975 \$	88 185 \$
Moisson Laurentides	183 167 \$	184 176 \$
Ressources communautaires Sophie	12 625 \$	12 777 \$
Resto Pop Thérèse-De Blainville	40 967 \$	41 459 \$
Soupe et Compagnie des Pays-d'en-Haut	55 337 \$	56 001 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie L	1 721 425 \$	1 757 154 \$
Catégorie N - ASSISTANCE ET ACCOMPAGNEMENT ET CENTRES D'ÉCOUTE TÉLÉPHONIQUE		
4 Korner's Family Resource Center	58 113 \$	56 887 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie N	58 113 \$	56 887 \$
Catégorie O - VIH - SIDA		
Centre Sida Amitié	278 047 \$	252 913 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie O	278 047 \$	252 913 \$
Catégorie Q - CONCERTATION ET CONSULTATION GÉNÉRALE		
Regroupement des organismes communautaires des Laurentides	200 481 \$	202 887 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie Q	200 481 \$	202 887 \$

Versement total 2015-2016	Versement total 2016-2017
---------------------------------	---------------------------------

Catégorie R - MAINTIEN À DOMICILE

L'Action bénévole de la Rouge	135 153 \$	136 613 \$
Association des abeilles actives de Notre-Dame-du-Laus	19 105 \$	19 318 \$
Centre d'action bénévole d'Argenteuil	267 825 \$	270 839 \$
Centre d'action bénévole Laurentides	260 224 \$	258 626 \$
Centre d'action bénévole Léonie Bélanger inc.	194 402 \$	201 617 \$
Centre d'action bénévole les artisans de l'aide	307 117 \$	321 520 \$
Centre d'action bénévole Saint-Jérôme inc.	258 715 \$	256 642 \$
Centre d'action bénévole Solange-Beauchamp inc.	312 959 \$	316 548 \$
Centre d'aide et de références de Sainte-Anne-des-Plaines	122 256 \$	123 682 \$
Comité de bénévolat de Sainte-Anne-du-Lac	19 165 \$	19 378 \$
Comité de bénévolat pour s'entraider de Ferme-Neuve	19 455 \$	19 668 \$
Les Joyeux aînés macaziens	18 732 \$	18 946 \$
Société Alzheimer Laurentides	385 297 \$	389 776 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie R	2 320 405 \$	2 353 173 \$

Catégorie S - MAISONS D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES VIOLENTÉES OU EN DIFFICULTÉ

La Citad'Elle de Lachute	739 430 \$	748 303 \$
La Maison d'Ariane	756 015 \$	765 087 \$
L'Ombre-Elle, Maison d'aide et d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale	743 137 \$	752 055 \$
Maison d'Accueil Le Mitan inc.	746 644 \$	753 757 \$
Passe-R-Elle des Hautes-Laurentides	719 998 \$	728 638 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie S	3 705 224 \$	3 747 840 \$

Catégorie T - CENTRES DE FEMMES

Centre de femmes Liber'Elles	46 604 \$	45 569 \$
Centre Rayons de femmes Thérèse-De Blainville	196 928 \$	199 291 \$
La Colombe	200 928 \$	200 470 \$
La Mouvance centre de femmes	196 928 \$	199 291 \$
Le Carrefour des femmes du Grand Lachute	226 975 \$	229 879 \$
Le Centre de femmes Les Unes et les Autres inc.	196 928 \$	199 291 \$
Signée femmes - Le centre de femmes	200 558 \$	208 258 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie T	1 265 849 \$	1 282 049 \$

Catégorie V - CENTRE D'AIDE ET DE LUTTE CONTRE LES AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL (CALACS)

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel Laurentides	470 123 \$	470 704 \$
L'Élan, centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	295 922 \$	299 473 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie V	766 045 \$	770 177 \$

Catégorie W - AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL

Centre d'entraide et de traitement des agressions sexuelles (CETAS)	281 418 \$	279 931 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie W	281 418 \$	279 931 \$

Catégorie X - AUTRES RESSOURCES POUR HOMMES

A.C.C.R.O.C. Accueil collectif des conjoints en relation opprimante et colérique	229 506 \$	232 260 \$
Paix programme d'aide et d'intervention inc.	170 877 \$	172 928 \$
SOUS-TOTAL - Catégories X	400 383 \$	405 188 \$

Catégorie Z - ORGANISMES DE JUSTICE ALTERNATIVE

Mesures alternatives des Basses-Laurentides	452 185 \$	457 611 \$
Mesures alternatives des Vallées du Nord	470 813 \$	481 463 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie Z	922 998 \$	939 074 \$

	Versement total 2015-2016	Versement total 2016-2017
Catégorie 1 - MAISONS DE JEUNES		
Association des maisons de jeunes de Mirabel	100 670 \$	101 878 \$
Carrefour Jeunesse Desjardins	110 349 \$	111 673 \$
La Maison des jeunes de Blainville inc.	113 753 \$	110 058 \$
La Maison des jeunes de Grenville et agglomération	100 544 \$	101 751 \$
La Maison des jeunes de Labelle	100 544 \$	101 751 \$
La Maison des jeunes de Pointe-Calumet inc.	100 544 \$	101 751 \$
La Maison des jeunes de Sainte-Agathe	108 812 \$	110 118 \$
La Maison des jeunes d'Oka	100 544 \$	101 751 \$
L'Avenue 12-17	100 670 \$	101 878 \$
Maison des jeunes de Brownsburg-Chatham	102 974 \$	101 751 \$
Maison des jeunes de Deux-Montagnes	108 418 \$	109 719 \$
Maison des jeunes de la Minerve	62 077 \$	60 903 \$
Maison des jeunes de la Vallée de la Rouge inc.	121 228 \$	122 683 \$
Maison des jeunes de Mont-Laurier	132 072 \$	133 657 \$
Maison des jeunes de Saint-Eustache inc.	121 628 \$	123 088 \$
Maison des jeunes de Saint-Jovite	114 245 \$	115 616 \$
Maison des jeunes des Basses-Laurentides inc.	158 134 \$	155 472 \$
Maison des jeunes Rivière-du-Nord	126 628 \$	123 088 \$
Maison des jeunes Sainte-Adèle	114 035 \$	112 873 \$
Maison des jeunes Sainte-Anne-des-Plaines	106 653 \$	107 933 \$
Maison des jeunes Saint-Sauveur - Piedmont inc.	60 179 \$	60 901 \$
Maison des jeunes Sodarrid de Boisbriand	107 336 \$	108 624 \$
Univers Jeunesse Argenteuil	150 230 \$	152 033 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie 1	2 522 267 \$	2 530 950 \$
Catégorie 2 - AUTRES RESSOURCES JEUNESSE		
Appartements supervisés Le Transit	30 968 \$	31 340 \$
Centre communautaire Cri du Coeur	3 000 \$	-
Centre ressource jeunesse N.D.L.	51 185 \$	51 799 \$
Espace Laurentides	146 245 \$	145 976 \$
L'Antre Jeunes	161 722 \$	166 506 \$
Les Grands Frères et Grandes Sœurs de la Porte du Nord	73 365 \$	74 245 \$
Parrainage civique Basses-Laurentides	40 718 \$	41 207 \$
S.O.S. Jeunesse	58 138 \$	54 282 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie 2	565 341 \$	565 355 \$
Catégorie 4 - CANCER		
Albatros Mont-Laurier (MRC Antoine-Labelle)	17 536 \$	17 732 \$
Pallia-Vie service des soins palliatifs à domicile	180 453 \$	182 480 \$
Palliaccio	5 000 \$	15 000 \$
SERCAN	79 457 \$	80 289 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie 4	282 446 \$	295 501 \$
Catégorie 5 - SANTÉ PUBLIQUE		
Bouffe Laurentienne	13 200 \$	13 358 \$
Café Partage Argenteuil	2 000 \$	2 024 \$
Centre d'intervention en hortithérapie Les Serres de Clara	20 878 \$	21 128 \$
La Montagne d'Espoir	7 260 \$	7 347 \$
Le Centre regain de vie inc.	13 530 \$	13 692 \$
Maison de la famille de Bois-des-Filion	-	11 020 \$
Services d'entraide "Le Relais"	7 620 \$	12 711 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie 5	64 488 \$	81 280 \$
Catégorie 6 - MAISONS D'HÉBERGEMENT COMMUNAUTAIRE JEUNESSE		
Accueil communautaire jeunesse Le Labyrinthe	299 806 \$	301 886 \$
La Maison d'hébergement Le Préfixe des Basses-Laurentides inc.	335 373 \$	339 397 \$
La Maison Le Petit Patro des Basses-Laurentides	374 581 \$	374 016 \$
Maison d'hébergement Accueil communautaire jeunesse des Basses-Laurentides inc.	369 581 \$	374 016 \$
Maison d'hébergement jeunesse La Parenthèse	361 647 \$	365 987 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie 6	1 740 988 \$	1 755 302 \$

Total - PSOC	25 645 645 \$	25 769 603 \$
---------------------	----------------------	----------------------

Les fondations

Le CISSS des Laurentides a le privilège de travailler avec 14 fondations actives, dynamiques et impliquées dans leur communauté. Les fondations contribuent à offrir des soins et des services de proximité de qualité de même qu'une gamme de services spécialisés à la population par leurs nombreux investissements. Elles permettent aussi l'amélioration des conditions de pratique des médecins, des sages-femmes, des employés et des bénévoles du CISSS des Laurentides.

Les fondations et leur président de conseil d'administration au 31 mars 2017

Fondation hospitalière	
Fondation médicale des Laurentides et des Pays-d'en-Haut	M. Michel Rochon
Fondation de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme	M. Marc Charbonneau
Fondation Hôpital Saint-Eustache	M. Jacques Pelletier
Fondation du Centre hospitalier de Mont-Laurier	Mme Francine Laroche
Fondation de l'Hôpital d'Argenteuil	M. Gilbert D. Ayers
Fondation du Centre hospitalier des Laurentides et Centre de réadaptation des Hautes-Vallées	M. Gilles Joannette
Fondation de services sociaux	
Fondation Florès	M. Richard Yelle
Fondation Centre jeunesse des Laurentides	M. Benoit Duplessis
Fondation André-Boudreau	Mme Nadia Dahman
Fondation du CLSC Jean-Olivier-Chénier	Mme Amélie Morin Poliquin
Fondation des centres d'hébergement	
Fondation des C.H.S.L.D de la Rivière-du-Nord	M. Ronald Ratelle
Fondation Soleil du Centre d'Accueil Saint-Benoit	Mme Nicole Lacelle Chénier
Fondation Drapeau et Deschambault	Mme Michelle Lapointe
Fondation du Manoir Saint-Eustache	M. François Paquet

Annexes

**Le code d'éthique et de déontologie
des administrateurs**

**Les attentes spécifiques de la reddition
de comptes - chapitre III**

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

Québec 



CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU CISSS DES LAURENTIDES



Adopté par le conseil d'administration le 3 février 2016

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	3
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	4
Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE.....	7
Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	11
Section 4 — APPLICATION.....	13
Annexe I – Engagement et affirmation du membre.....	18
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance.....	19
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre.....	20
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général.....	21
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts.....	22
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts.....	23
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen.....	24

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 lobbyisme* (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.

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.

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 4 – APPLICATION

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

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du - _____, 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 le _____.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement 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 ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément 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 _____ 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 _____ due aux faits suivants :

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ [prénom et nom en lettres mouuées],
 membre du conseil d'administration du _____, déclare les
 éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

<p>Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office du _____, déclare les éléments suivants :</p>		
1. Intérêts pécuniaires		
<input type="radio"/> Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.		
<input type="radio"/> Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :		

2. Titre d'administrateur		
<input type="radio"/> 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 _____.		
<input type="radio"/> 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		
<p>« 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.</p> <p>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).</p>		
En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ 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 _____ 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 conflits 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

Les attentes spécifiques de la reddition de comptes - chapitre III



SECTION I – SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
1.1	Bilan des activités réalisées	Un bilan faisant état des ressources humaines consenties pour la mise en œuvre des activités selon le centre d'activité (nombre de personnes travaillant à temps complet ou son équivalent temps complet) et des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	Réalisée à 100%
1.2	Comité prévention et contrôle des infections nosocomiales	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et la composition de ce comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales - Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec », Santé et Services sociaux Québec, 2006. La mise à jour de ce dernier est en cours et sa publication est prévue en décembre 2016.	Réalisée à 100%

SECTION II – SERVICES SOCIAUX (DGSS)

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
2.1	Liste des installations et organismes au sein du RSSS devant implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance	L'établissement devra transmettre une liste des installations et organismes de sa région devant implanter le protocole. Un gabarit à compléter sera fourni, lequel comportera des indications permettant l'identification des installations et organismes pertinents. La liste des installations et organismes transmise permettra de déterminer la cible pour l'établissement, ainsi que la cible nationale, associée à l'indicateur.	Reporté par le MSSS
2.2	Programme d'intervention en négligence	Le formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'utilisateurs ayant participé au programme.	Réalisée à 100%
2.3	Consolidation du service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social)	L'établissement doit produire un état de situation afin d'exposer les mesures prises pour respecter et atteindre les standards comme prescrit dans l'Offre de services sociaux généraux.	Réalisée à 100%

SECTION II – SERVICES SOCIAUX (DGSS SUITE)

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
2.4	Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en centre d'hébergement de soins de longue durée public	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	Réalisée à 100%
2.5	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	Réalisée à 100%
2.6	Application du nouveau lexique des variables du relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier	L'établissement doit produire un état de situation sur l'application du nouveau lexique RQSUCH. Celui-ci devra faire état des actions entreprises pour, d'une part, s'assurer de la validité des données dans le contexte d'un changement au niveau des variables, et d'autre part, actualiser les quatre principes directeurs visant à instaurer de meilleures pratiques dans l'organisation et la dispensation des soins et services.	Réalisée à 100%
2.7	Portrait des lits de soins et services postaigus	L'établissement doit produire un état de situation pour documenter l'offre de lits de soins et services postaigus qui contiendra, notamment, son rôle et fonctionnement, les clientèles desservies ainsi que les ressources et les mécanismes de liaison avec les autres composantes du continuum.	Réalisée à 100%

SECTION III – SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
3.1	Suivi de l'accès aux services spécialisés et atteinte des cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec	Un plan de travail permettant d'atteindre les cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec lié à la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25) doit être déposé. Par la suite, un suivi régulier des résultats de ce plan de travail sera fait sous la forme d'états de situation.	Réalisée à 100%
3.2	Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs : plan d'action triennal 2016-2019 et suivi des réalisations	Un plan d'action triennal 2016-2019 devra être élaboré en impliquant les entités concernées, dont en premier lieu les promoteurs des dix-neuf projets d'implantation ciblés. Un état de situation des réalisations de l'établissement devra également être produit.	Réalisée à 100%
3.3	Plan d'action par établissement réalisé sur la base du plan d'action national 2016-2018	L'établissement devra déposer un plan d'action et une autoévaluation à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux.	Réalisée à 100%

SECTION III – SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
3.4	Déploiement des groupes de médecine de famille	L'établissement devra produire deux états de situation qui confirment la réalisation des actions suivantes : effectuer la migration d'au moins une unité de médecine familiale (UMF) vers le modèle GMF (nouveau GMF à partir d'une UMF ou ajout d'une UMF à un GMF existant) et reconnaître un nouveau GMF ou ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'un site CLSC (services médicaux première ligne).	Réalisée à 100%
3.6	Poursuite du développement et du soutien de l'offre de service en soins palliatifs et de fin de vie	L'établissement doit produire un plan d'action qui prévoit : le rehaussement des SPFV à domicile, la mise en place d'un programme clinique de soins de fin de vie, la poursuite du développement des lits réservés en SPFV et la formation des professionnels du réseau en SPFV.	Annulée par le MSSS

SECTION IV – FINANCEMENT, INFRASTRUCTURE ET BUDGETS (DGFIB)

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
4.1	Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années par installation principale	Pour une seconde année, l'établissement a pour objectif de procéder à l'inspection technique de 30 % de la superficie de leur parc immobilier respectif en 2016-2017 afin d'atteindre un pourcentage cumulatif minimal de 60 %. À la suite de l'inspection technique des bâtiments, il doit élaborer les listes des correctifs par installation principale devant être réalisés dans les cinq prochaines années et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.	Réalisée à 100%
4.2	Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Par la complétion du formulaire GESTRED, l'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	Réalisée à 100%

SECTION V – COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
5.1	Addenda – comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	La formation des comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise est repoussée à une date ultérieure de l'année 2016 2017.	Reporté par le MSSS
5.3	Sécurité civile	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure de jouer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au niveau de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile.	Réalisée à 100%
5.4	Gestion des risques en sécurité civile - santé et services sociaux	Procéder au lancement du processus de gestion des risques en sécurité civile. À cet effet, l'établissement doit identifier un responsable du processus. Il peut s'agir du coordonnateur en sécurité civile de l'établissement ou d'une ressource en lien avec celui-ci. Le responsable du processus de gestion des risques en sécurité civile devra compléter le programme de formation du MSSS, réaliser les préalables à la démarche et l'étape du contexte de réussite en amont.	Réalisée à 100%

SECTION VI – PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ (DGPEQ)

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
6.1	Plan d'action ministériel en réponse aux recommandations issues des rapports du groupe vigilance pour la sécurité des soins	L'établissement doit s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel en réponse aux recommandations du GVSS et intensifient le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication.	Réalisée à 100%
6.2	Diagnostic et plan d'action à l'égard des personnes handicapées	Le diagnostic sur l'intégration des personnes handicapées doit contenir des informations sur : la proportion de personnes handicapées à l'emploi, l'accessibilité aux installations, le respect de la politique d'accès aux documents et services, l'accessibilité Web, le processus d'approvisionnement lors de l'achat des biens et services, et les activités pour la Semaine québécoise des personnes handicapées. Par la suite, le plan d'action doit être réalisé et porté sur les obstacles prioritaires identifiés.	Réalisée à 100%

SECTION VII – TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION (DGTI)

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
7.1	Orientation stratégique du ministre en technologie de l'information des systèmes d'information unifiés	<ul style="list-style-type: none"> • Parachever les travaux préparatoires à la mise en œuvre de l'orientation stratégique en technologie de l'information (TI); • Aligner les priorités en TI de l'établissement à celles du plan global du MSSS; • Préciser les stratégies et les plans de mise en œuvre en fonction de la capacité de l'établissement, de l'état des lieux et des cibles convenues; • Planifier et organiser les projets de déploiement des solutions unifiées qui auront été retenues; • Faire autoriser tous les projets en ressources informationnelles par le MSSS – en conformité avec la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03). 	Réalisée à 100%

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides**

Québec 