

LE **CISSS** DES LAURENTIDES
complice de votre santé



RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2017-2018

Rapport annuel de gestion 2017-2018

Two parallel orange lines extending diagonally from the bottom right towards the top right, crossing the teal banner.

Rapport annuel de gestion 2017-2018 adopté par le conseil d'administration à la séance du 13 juin 2018.

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, 2018

ISBN : 978-2-550-81432-0 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-81433-7 (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, 2018

A teal-colored triangle pointing upwards, located at the bottom right of the page.



Président du conseil
d'administration

André Poirier



Président-directeur
général

Jean-François Foisy

Le message des autorités

Après trois ans d'existence, nous pouvons affirmer que le CISSS des Laurentides a le vent dans les voiles. Le présent rapport annuel de gestion illustre la vigueur des initiatives et des projets mis de l'avant, par les différents acteurs de notre organisation, pour assurer la qualité et l'accessibilité des soins et des services offerts à la population de la région.

L'année 2017-2018 en fut assurément une sous le signe du développement, de la construction et de la consolidation. Notre capacité collective à mettre en place des projets novateurs, mobilisateurs et soutenant témoignent de la cohésion, de la mobilisation et du dynamisme de toutes les personnes qui travaillent à la réalisation de notre importante mission.

Notre établissement a reçu sa première visite d'Agrément Canada. Celle-ci nous a permis de mettre en relief les forces de notre organisation et les progrès que nous avons réalisés, mais aussi les améliorations sur lesquelles il nous faudra travailler dans une perspective de maintenir notre engagement à dispenser des services accessibles, continus, sécuritaires et de qualité.

Dans un objectif d'uniformiser notre signature visuelle et de se positionner auprès de l'ensemble de nos publics internes, de la population et de nos partenaires, il devenait nécessaire de se doter d'une nouvelle image organisationnelle. Forte et inspirante, nous sommes fiers de notre nouvelle identité visuelle, laquelle favorisera la mobilisation et le sentiment d'appartenance de notre personnel, ainsi que le positionnement public de notre organisation.

Nous avons aussi procédé à l'élaboration et à la mise en œuvre de notre premier code d'éthique. Prenant appui sur les cinq valeurs organisationnelles, ce code édicte les pratiques et les conduites attendues des personnes œuvrant au CISSS des Laurentides, mais également de tous les usagers et les membres de leur famille. Il démontre notre engagement à adopter des comportements exemplaires et à favoriser une approche humaine. Ce code d'éthique constitue sans contredit un jalon important de notre démarche d'amélioration continue.

Le message des autorités (suite)

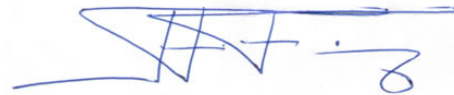
Nos équipes ont été grandement mobilisées par les nombreux chantiers qui ont eu cours cette année. C'est plus de 1,2 milliards de dollars qui ont été octroyés ou qui sont en voie de l'être pour financer des projets d'améliorations immobilières ou de nouvelles constructions. Cette somme permettra à notre organisation d'améliorer tant la qualité des services offerts à la population que les conditions d'exercice professionnelles du personnel.

Nous sommes conscients que les défis au sein de notre organisation sont de taille. Dans une volonté de prioriser la santé et le mieux-être, nous avons réalisé un sondage sur la mobilisation de notre personnel. À partir des constats émis, un plan d'action rigoureux et personnalisé sera réalisé et constituera notre guide quant à la mise en place d'actions efficaces, cohérentes et collaboratives visant l'adoption des meilleures pratiques.

En terminant, nous dédions à nos membres du personnel, médecins, sages-femmes, bénévoles, équipe de direction et administrateurs, notre mot de la fin. Ce rapport ne relate qu'une partie de tout ce qui s'accomplit, jour après jour, au sein de notre belle organisation. Ils savent mettre à profit leurs compétences, leur engagement, leur bienveillance et leur leadership au service des usagers. Ils font partie de ceux et celles qui, de par leurs actions quotidiennes, ont un impact majeur sur la santé et le mieux-être des enfants, des adolescents, des adultes et des aînés que nous desservons. Ils contribuent ainsi à la qualité des soins dispensés, ainsi qu'à l'évolution des pratiques en matière de santé et de services sociaux.



André Poirier



Jean-François Foisy

La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2017-2018 du 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 2018.



Jean-François Foisy
Président-directeur général

Table des matières

Le message des autorités

La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

Sigles et acronymes

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.....	24

Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité..... 33

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

L'agrément	55
La sécurité et la qualité des soins et des services	56
Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par l'établissement	62
L'examen des plaintes et la promotion des droits	63
L'information et la consultation de la population	63

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie 65

Les ressources humaines

Les ressources humaines de l'établissement	69
La gestion et le contrôle des effectifs	69

Les ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	73
L'équilibre budgétaire	74
Les contrats de service	74
L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	75

Les organismes communautaires..... 79

Les fondations..... 87

Annexes :	
Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs	93
Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018	118
Détails des attentes spécifiques du chapitre III	

Sigles et acronymes

AAPA	Approche adaptée à la personne âgée
ACIIQ	Association des Conseils des Infirmières et Infirmiers du Québec
AIDES	Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité
AMPRO	Approche multidisciplinaire de la prévention des risques obstétricaux
AVC	Accident vasculaire cérébral
BGNPC	Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases
CA	Conseil d'administration
CECM	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire
CÉR	Comité d'éthique de la recherche
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CI	Comité interdisciplinaire
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMSSS	Centre multiservices de santé et de services sociaux
CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale
CP	Comité de pairs
CPSS	Coût par parcours de soins
CR	Comité de résidents
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRDS	Centre de répartition des demandes de service
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSN	Confédération des syndicats nationaux
CU	Comité des usagers
CUCI	Comité des usagers du centre intégré
DACD	Diarrhée associée au Clostridium difficile
DCI	Dossier clinique informatisé
DEA	Défibrillateur externe automatisé
DER	Direction de l'enseignement et de la recherche (ou directrice de l'enseignement et de la recherche)
DGA	Direction générale adjointe (ou directeur général adjoint)
DI-TSA	Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
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
DSH	Direction des services d'hôtellerie
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)
DSP	Direction des services professionnels (ou directrice des services professionnels)
DST	Direction des services techniques
Dx	Diagnostic



Sigles et acronymes

EGI	Entente de gestion et d'imputabilité
EMMIE	Entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants
ERV	Entérocoques résistants à la Vancomycine
ETC	Équivalent temps complet
FACT	Flexible Assertive Community Treatment
FIQ	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
GAIN	Global Appraisal of Individual Needs
GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-R	Groupe de médecine de famille réseau
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
IGT	Indice de gravité d'une toxicomanie
ITCA	Intervention thérapeutique lors de conduites agressives
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LDDM	Lac-des-Deux-Montagnes
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NSA	Niveau de soins alternatif
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PAJ-SM	Programme alternatif justice en santé mentale
PCI	Prévention et contrôle des infections
PCIN	Prévention et contrôle des infections nosocomiales
PDG	Président-directeur général
PDGA	Président-directeur général adjoint
PDRH	Plan de développement des ressources humaines
PEP	Premier épisode psychotique
PIN	Programme d'intervention en négligence
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PTAAC	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
RLS	Réseau local de services
RRSS	Répertoire des ressources en santé et services sociaux
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RTS	Réseau territorial de services
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SARM	Staphylococcus Aureus résistant à la Méthicilline
SCT	Secrétariat du Conseil du trésor
SIM	Service de suivi intensif dans le milieu
SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
SIV	Soutien d'intensité variable
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SPER	Santé physique, enseignement et recherche
TEP	Tomographie par émission de positrons
TSA	Trouble du spectre de l'autisme



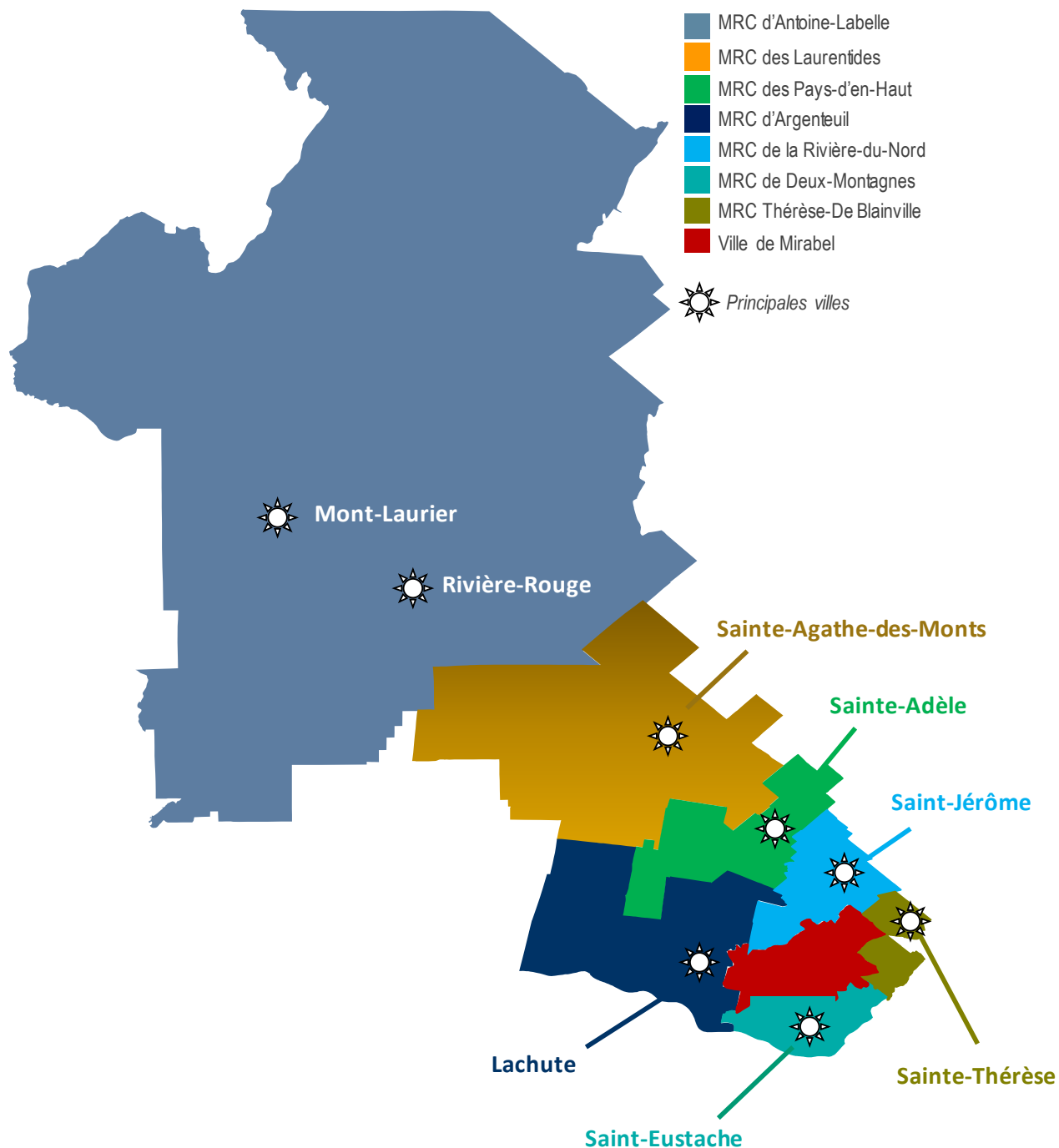
La présentation de l'établissement et les faits saillants

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

L'établissement

Le CISSS des Laurentides, c'est plus de 80 installations et une grande famille d'experts au service de votre santé. L'établissement dispose d'un budget de plus d'un milliard de dollars et est réparti en 80 installations situées sur un territoire de 20 500 km². Notre établissement regroupe des hôpitaux, des CLSC, des centres d'hébergement, des centres de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation, des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme, des centres de réadaptation en déficience physique et des centres de réadaptation en dépendance.

Notre organisation se distingue par l'excellence de nos professionnels dans leur secteur d'activité et notre culture organisationnelle axée sur l'innovation. Nos équipes, reconnues pour leur engagement et leur professionnalisme, travaillent de concert afin d'offrir des services de qualité.



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 cœur 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 (centres hospitaliers, centres locaux de services communautaires, centres d'hébergement et de soins de longue durée, centres de réadaptation et centres 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.

Code d'éthique du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

Le CISSS des Laurentides reconnaît le droit à toute personne de recevoir des soins et des services de qualité au sein de ses installations. À cette fin, notre établissement a conçu un code d'éthique qui constitue le fondement sur lequel reposent les façons d'agir et les façons d'être lors de la dispensation de soins et de services.

Notre code d'éthique prend appui sur nos cinq valeurs organisationnelles qui doivent guider les pratiques et les conduites attendues de toutes les personnes œuvrant au CISSS des Laurentides, mais également de tous les usagers et les membres de leur famille.

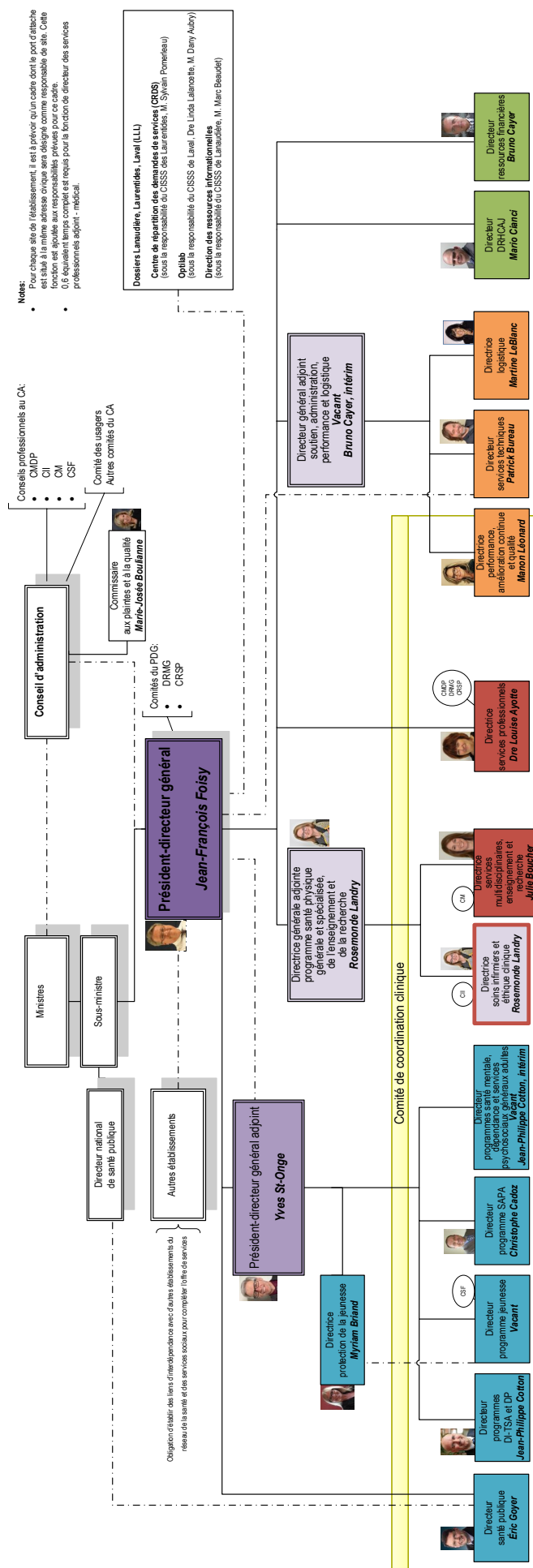
Ce document constitue un engagement de notre organisation à adopter des comportements exemplaires et à favoriser une approche humaine dans l'intérêt des usagers, ainsi qu'à garantir un haut niveau de qualité dans les soins et les services offerts à la population du territoire des Laurentides.

Le code d'éthique est disponible sur le site Internet du CISSS des Laurentides à l'adresse : <http://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/a-propos-de-nous/documentation/code-dethique/>



La structure organisationnelle

au 31 mars 2018



Le conseil d'administration

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.

Membres nommés



Jean-François Foisy
Président-directeur
général et secrétaire



Paule Fortier
Milieu de
l'enseignement

Membres désignés



François Bédard
Conseil des
infirmières et
infirmiers (CII)



Lisane Choinière
Comité des usagers
(CU)



Patrick Durocher
Conseil
multidisciplinaire
(CM)



**Dr François
Lamothe**
Conseil des
médecins,
dentistes et
pharmaciens
(CMDP)



**Dr Pierre-Michel
Laurin**
Département
régional de
médecine
générale (DRMG)



François Lavoie
Comité régional
sur les services
pharmaceutiques
(CRSP)



Donald Vezeau
Conseil
multidisciplinaire
(CM)
(mandat terminé
le 25 mars 2018)

Membres indépendants



André Poirier

Président
Compétence
en gouvernance
ou éthique



Michel Couture

Vice-président
Expertise en
protection
de la jeunesse



Raymond Carrier

Compétence en
ressources
immobilières,
informationnelles
ou humaines



Lyne Gaudreault

Expérience vécue
à titre d'utilisateur
des services
sociaux



Rola Helou

Expertise en
santé mentale



Frédéric Houle

Expertise dans les
organismes
communautaires



Hugh Mitchell

Compétence
en vérification,
performance
ou gestion
de la qualité



**Claire
Richer Leduc**

Compétence
en gestion des
risques, finances
et comptabilité



Siège vacant

Expertise en
réadaptation

Membre observateur

Siège réservé aux fondations



Siège vacant

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 2017-2018.

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs se trouve à l'annexe du présent rapport.

Il est également disponible sur le site Internet du CISSS des Laurentides à l'adresse : www.santelaurentides.gouv.qc.ca

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

Composition

D^r Paul-André Hudon, président

D^{re} Louise Ayotte, DSP

D^r Jean-Sébastien Carrier

D^{re} Marie-Josée Chouinard

D^{re} Véronique Côté-Pagé

D^{re} Malak El-Rayes

M. Jean-François Foisy, PDG

D^r Marc-Olivier Fournier

D^r Stéphane Gingras

D^{re} Marie-Claude Lacaille

D^{re} Maude Latulippe

D^r Charly-Claude Morel

D^{re} Marjory Nicole

D^r Richard Racette

D^r Yves Rouleau

D^{re} Mylène Vandal

MANDAT

Un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) 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 les services sociaux*. Ce conseil est composé de l'ensemble des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent au CISSS des Laurentides.

Le conseil 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.

FAITS SAILLANTS

Pour l'année 2017-2018, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens a assuré le suivi de ses objectifs, c'est-à-dire :

- De donner son avis sur la nomination des chefs de département pour la chirurgie, la pédiatrie et l'anesthésiologie;
- De donner son avis sur la nomination des chefs de service en chirurgie et médecine spécialisée;
- De créer un comité de développement professionnel continu et un comité de médecine transfusionnelle;
- De mettre en place une base de données fonctionnelle avec tous les membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
- D'élaborer une politique de la gestion des congés et une politique des modalités de garde;
- De faire le renouvellement des privilèges de l'ensemble des médecins spécialistes.

Conseil des infirmières et infirmiers

Composition

M. Cédric Desbiens, président

M^{me} Julie Boisclair

M^{me} Carolle Dallaire

M^{me} Lana Duchesne

M^{me} Josée Duplantie

M^{me} Alexandra Fex

M. Jean-François Foisy, PDG

M. Jérôme Gauvin-Lepage

M^{me} Sylvie Lalande

M^{me} Rosemonde Landry, DGA-SPER, DSIEC

M^{me} Renée Ménard

M^{me} Sophie Meunier

M^{me} Caroline Normand

M^{me} Thérèse Ouellet

M^{me} Isabelle Thibault

M^{me} Martine Vézina

MANDAT

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, les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmiers et des infirmières et sur toute autre question que le président-directeur général porte à son attention.

FAITS SAILLANTS :

- Comité sur la politique des visites;
- Visite de la présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) dans nos installations;
- Présentation des politiques mises en place par le CISSS durant l'année;
- Suivi des indicateurs concernant l'hygiène des mains et les incidents/accidents;
- Suivi du rapport d'inspection professionnel du Centre d'hébergement Sainte-Anne;
- Participation à la synthèse de l'inspection professionnelle de l'OIIQ du Centre de détention de Saint-Jérôme;
- Participation aux tables des présidents de CII de l'Association des Conseils des Infirmières et Infirmiers du Québec (ACIIQ).

Conseil multidisciplinaire

Composition

M^{me} Claudia Poulin, présidente
M^{me} Annie Cloutier, vice-présidente
M^{me} Josée Boudreault, secrétaire
M. Jérôme Ryckewaert, trésorier
M^{me} Caroline Sauvé, responsable
des communications
M^{me} Julie Boucher, DSM
et DER par intérim

M^{me} Martine Brière
M^{me} Cynthia Desjardins
M. Jean-François Foisy, PDG
M. Vincent Fortin
M^{me} Julie Raiwez
M^{me} Alexandra Turpin

MANDAT

Le conseil multidisciplinaire (CM) est composé de toutes les personnes qui sont titulaires d'un diplôme d'études collégiales ou universitaires 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.

Les personnes qui sont infirmières praticiennes, infirmières ou infirmières auxiliaires, font partie du conseil des infirmières et infirmiers (CII) et 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 LSSSS).

FAITS SAILLANTS

- Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) du CISSS des Laurentides a tenu sept (7) réunions.
- La première assemblée générale annuelle du CM a eu lieu le 27 avril 2017 avec neuf sites en visioconférence. Le quorum de 3 % a été atteint.
- Le CECM a été interpellé dans le processus de désignation d'un représentant du CM au conseil d'administration du CISSS. M. Patrick Durocher a été désigné à la suite de ce processus.
- Les travaux du plan d'action triennal ont porté sur les éléments suivants :

Développer des stratégies pour rejoindre et informer les membres

- Le recrutement de trente-six (36) agents multiplicateurs.
 - La création d'un concours « Je suis CM, et toi? » paru sur le bandeau du portail intranet du CISSS.
- À ce jour, il y a eu plus de 800 participants au sondage.

Conseil multidisciplinaire (suite)

Répondre aux demandes d'avis

Pour répondre adéquatement aux demandes de la direction et des membres, le CECM a élaboré un cadre de référence afin de standardiser le processus des demandes de recommandations ou d'avis.

Favoriser la création de comités de pairs (CP) ou comité interdisciplinaire (CI)

Notre CM a reçu 15 demandes de formation de CP ou CI. Après étude de ces demandes, neuf d'entre elles ont été retenues. Toutefois, une équipe a annulé sa demande. Donc, huit CP et CI ont complété leurs travaux.

Activités du comité de reconnaissance

Lors de l'assemblée générale annuelle du 27 avril 2017, trois comités de pairs ont été reconnus et récompensés pour la qualité de leurs travaux et pour leur contribution à l'amélioration de la qualité des soins ou des services à la clientèle.

En novembre 2017, à l'occasion du congrès de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ), deux candidatures ont été soumises par notre CECM pour l'activité de reconnaissance :

- Le comité de pairs ayant comme projet la révision et l'harmonisation des pratiques de groupe en orthophonie pour la catégorie « Comité de pairs »;
- Le groupe de travail des inhalothérapeutes du CLSC Jean-Olivier-Chénier ayant comme projet la promotion de la santé et de la prévention de la maladie auprès des étudiants du primaire pour la catégorie « Rayonnement ».

Les deux candidatures ont obtenu la première place dans leur catégorie respective.

Conseil des sages-femmes

Composition

M^{me} Joanne Boudreault,
présidente jusqu'à mai 2017

M^{me} Ariane Morissette,
présidente actuelle

M^{me} Mongia Said,
vice-présidente

M^{me} Ariane Morissette,
secrétaire jusqu'à mai 2017

M^{me} Isabelle Rouleau,
secrétaire actuelle

M^{me} Valérie Leuchtman,
administratrice

M^{me} Claire Godin,
directrice intérimaire
du programme jeunesse

MANDAT

Conformément à l'article 225.3 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) :

- 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.

FAITS SAILLANTS

- L'année 2017-2018 fut particulièrement marquante en ce qui a trait aux nombreux changements survenus dans l'équipe de sages-femmes : départs en congé de maladie, départ à la retraite, congé sans solde, démission, retrait préventif, congé de maternité, en plus des nombreuses libérations professionnelles dans un contexte de négociation des conditions de travail. Trois des absences prolongées n'ont pu être remplacées par manque de sage-femme dans le réseau de la santé.
- 261 suivis complets (suivi de grossesse, accouchement et suivi postnatal jusqu'à six semaines) ont pu être réalisés, alors que notre cible se situait à 272. Cette baisse s'explique par le fait que nous n'avons pu remplacer les sages-femmes en absence prolongée en raison de la pénurie.
- Voici quelques résultats cliniques :
 - Taux de transfert à l'équipe médicale : 28 % (en majorité non ou semi-urgent);
 - Taux de transfert prénatal : 10 %;
 - Taux de transfert pendant l'accouchement : 16 %;
 - Taux de transfert dans le postnatal immédiat : 2 %;
 - Taux de césarienne : 7,3 %;
 - Tentative d'accouchement vaginal après césarienne : 5 %;
 - Taux de réussite (accouchement vaginal réussi) : 77 %.
- Accouchements réalisés en ces lieux : domicile des parents (18 %), maison de naissance (49 %) et Hôpital régional de Saint-Jérôme (4 %).
- La clientèle provient majoritairement des Laurentides (hors territoire : inférieur à 10 %). Les formulaires d'appréciation dénotent une très grande satisfaction de la clientèle.

Département régional de médecine générale

Composition

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 Zahi Khoury

D^r Luc Laurin

D^r Dominic Legault

D^r Sylvain Ménard

D^r Éric Morin

D^{re} Christine Slythe

INVITÉS D'OFFICE :

M^{me} Marie-France Beaulieu

M. Daniel Corbeil, PDGA (départ à la retraite en décembre 2017)

M. Yves St-Onge, PDGA

D^r Alain Turcotte, DSP adjoint médical première ligne

MANDAT

- 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;
- 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;
- Assurer la direction des sept guichets d'accès de la clientèle sans médecin de famille de la région.

FAITS SAILLANTS

- Atteinte à 90 % des cibles exigées par le MSSS concernant l'assiduité en GMF, amélioration notable de la prise en charge sur tout le territoire sans atteindre globalement la cible provinciale de 85 %.
- Tenue de la 4^e édition de la Journée plénière des GMF et GMF-U du DRMG le 27 octobre 2017; beaucoup plus de participants que prévu.
- Désaffection sans précédent des médecins de famille en installation de la région.
- Fin du mandat de D^r Bertrand Bissonnette à titre de chef du DRMG.

Comité régional sur les services pharmaceutiques

Composition

M^{me} Krystel Beaucage,
présidente

M. Stéphane Gingras,
vice-président et secrétaire

M^{me} Ariane Dumoulin-Charette

M. Frédéric Julien-Baker

M. François Lavoie

M. Patrick Long

M^{me} Karina Savoie

D^r Alain Turcotte,
représentant du PDG

MANDAT

L'année 2017-2018 fut marquée par la création d'une mission et d'une vision au sein du comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP).

Le CRSP travaille à être le comité de référence quant à l'organisation des soins et des services pharmaceutiques entre les professionnels, les employés et les patients du réseau de la santé des Laurentides. Il privilégie des valeurs de transparence, d'intégrité, d'innovation et de travail d'équipe.

La vision du CRSP des Laurentides est la suivante :

- Être un acteur incontournable dans les décisions concernant les pharmaciens et les médicaments;
- Être un promoteur des services pharmaceutiques offerts sur le territoire des Laurentides;
- Être une voix de haut niveau d'expertise pour nos recommandations, nos planifications et nos avis pharmaceutiques aux différents acteurs dispensant des soins et des services pharmaceutiques, et ce, afin de toujours améliorer l'accessibilité aux soins pour la clientèle des Laurentides.

FAITS SAILLANTS

- Communication : création d'une liste d'envoi (par courriel) pour les pharmaciens d'établissement et d'une autre (par télécopieur) pour les pharmacies communautaires. Ainsi, les envois aux pharmacies communautaires, lorsque le sujet les touche, se font par deux voies : par télécopieur et par le biais d'une page Facebook (CRSP des Laurentides). Cette dernière permet par le fait même d'agir comme une bibliothèque pour les différents documents envoyés.
- Partage d'information : une mise à niveau des préparations intestinales (endoscopie) a été effectuée. Aussi, une demande de consultation a été demandée pour une mise à niveau de l'ordonnance relative aux préparations intestinales.
- Mifegymiso^{MD} : en suivi d'une communication du MSSS, une note de service, à propos des modalités de distribution de la pilule abortive (Mifegymiso^{MD}) sur le territoire des Laurentides, a été transmise à tous les pharmaciens pour les informer sur la trajectoire de service optimale.
- Prescriptions infirmières : depuis le retrait de certaines ordonnances collectives (concernant la santé publique, les soins des plaies et les problèmes de santé courants), le 31 mars 2018, le CRSP a été le lien entre la Direction des soins infirmiers et d'éthique clinique (DSIEC) et les pharmaciens communautaires concernant leur droit de prescrire. En soulevant les embûches informatiques et techniques de validité des prescripteurs par les pharmaciens, la DSIEC a pu en prendre conscience et intervenir.
- Représentation du CRSP : rencontres provinciales des présidents de CRSP avec l'Ordre des pharmaciens du Québec.

Comité de gouvernance et d'éthique

Composition

M^{me} Claire Richer Leduc, présidente
M. Michel Couture
M. Jean-François Foisy, PDG

M^{me} Lyne Gaudreault
M. François Lavoie
M. Donald Vezeau

MANDAT

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 (art. 181.0.0.1. de la LSSSS) :

- 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.

FAITS SAILLANTS

Au cours de l'année 2017-2018, le comité s'est réuni à deux reprises afin de se pencher, notamment, sur les dossiers suivants :

- Élaboration d'un plan de formation continue pour l'exercice 2018-2019, dont des sessions de 30 minutes lors des séances plénières précédant les séances ordinaires du conseil d'administration (choix de sujets en cours).
- Autoévaluation du fonctionnement du conseil d'administration et de ses comités. L'exercice s'est déroulé du 8 au 15 mars 2018. À la suite de l'analyse des résultats, quelques pistes d'amélioration sont ressorties.
- Élaboration par le comité et présentation pour approbation au conseil d'administration, le 11 avril 2018, d'une procédure d'accueil et d'intégration des membres du conseil d'administration. L'objectif de cette procédure est, entre autres, d'assurer un accueil et une intégration optimaux pour les nouveaux membres et de faire connaître leur rôle, leurs responsabilités et le fonctionnement du conseil d'administration.
- Profil de compétences et d'expériences des membres du conseil d'administration.
- Préparation de l'ordre du jour d'un lac-à-l'épaule du conseil d'administration qui se tiendra en juin 2018.

Comité d'audit

Composition

M. Raymond Carrier, président

M^{me} Claire Richer Leduc, vice-présidente

M. Bruno Cayer, DRF, invité d'office

M. Michel Couture

M. Jean-François Foisy, PDG

M. Frédéric Houle

MANDAT

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.

FAITS SAILLANTS

Le comité d'audit a fait les recommandations d'adoption requises au conseil d'administration en lien avec le budget détaillé 2017-2018, le rapport financier du CISSS des Laurentides ainsi que le rapport financier annuel du fonds de santé au travail. Afin d'être informés des activités réalisées par la Direction de santé publique avec ce fonds, les membres du comité ont accueilli le directeur de santé publique qui est venu leur faire une présentation de celles-ci.

Comme le prévoit le règlement sur la régie interne du conseil d'administration, les membres du comité d'audit ont demandé la liste des contrats de 100 000 \$ et plus. Ils ont choisi quatre d'entre eux afin d'en examiner les documents pertinents et ont reçu la directrice de la logistique intérimaire afin qu'elle puisse répondre à leurs questions.

Le directeur des services techniques, accompagné de son directeur adjoint et d'un conseiller en bâtiment, est venu expliquer au comité d'audit le plan triennal de conservation et de fonctionnalité immobilière 2017-2020.

La directrice de la performance, de l'amélioration continue et de la qualité est venue rencontrer les membres du comité d'audit afin de leur déposer le rapport sommaire des activités réalisées au CISSS des Laurentides en matière de gestion intégrée des risques, depuis l'adoption du cadre de référence. Elle les a aussi informé des stratégies qui seront mises en place par les directions, en 2018, pour assurer la progression de l'organisation en matière de gestion intégrée des risques.

Tout au long de l'exercice financier, le comité d'audit a pris connaissance de la situation financière et des difficultés reliées à la présence au travail ainsi que des solutions envisagées pour tenter de contrer, plus particulièrement, les accidents de travail.

De plus, comme prévu dans son mandat, le comité d'audit a rencontré l'auditeur externe à deux reprises, soit en juin 2017, lors du dépôt du rapport financier annuel 2016-2017 ainsi qu'en avril 2018, pour la présentation du plan d'audit 2017-2018.

Comité de vigilance et de la qualité

Composition

M. Michel Couture, président

M^{me} Marie-Josée Boulianne,
commissaire aux plaintes
et à la qualité des services

M^{me} Jocelyne Chevrier, secrétaire

M. Jean-François Foisy, PDG

M^{me} Rola Helou

M^{me} Manon Léonard, DPACQ,
invitée d'office

MANDAT

Dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs, le conseil d'administration institue dans l'établissement un comité de vigilance et de la qualité responsable principalement d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la LSSSS ou de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*¹.

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 notamment en ce qui concerne la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services dispensés et le respect des droits des usagers et du traitement diligents de leurs plaintes.

FAITS SAILLANTS

- Le comité a accueilli des invités afin de traiter de divers sujets autour de la qualité et de la sécurité.
- Des directions de l'établissement sont venues tour à tour présenter leurs enjeux et leurs travaux en cours en matière d'amélioration de la performance des services.
- Le comité dispose d'un tableau de suivi lui permettant d'assurer la progression des plans d'amélioration issus de recommandations formulées par diverses instances.

¹ RLRQ, c. P-31.1 (article 181.0.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*)

Comité de gestion des risques

Composition

M^{me} Rosemonde Landry, présidente

M. Denis Baraby, DPJ

M^{me} Lisane Choinière

M. Luke De Block

M. Steve Desjardins

M^{me} Julie Duval

M^{me} Kristine Gagnon

M. Marcelo Gomez-Molina

M^{me} Nicole Leblanc

**M^{me} Manon Léonard,
représentante du PDG**

M^{me} Maude Marchildon

M. Alain Masson

M. Pierre Morin

M. Louis Rousseau

M^{me} Chantale Séguin

M^{me} Michèle St-Pierre

MANDAT

Tel que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* l'indique (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.

FAITS SAILLANTS

Le comité stratégique de gestion des risques a révisé la politique de gestion des événements indésirables, la procédure de gestion des événements à risque élevé ou sentinelle ainsi que les formulaires associés afin de mieux répondre à la complexité et diversité des situations rencontrées.

Ce comité a aussi émis des recommandations aux directions cliniques concernées pour le déploiement de mesures spécifiques issues d'une analyse de tendance en regard des chutes avec conséquences graves survenues sur des unités de soins de courte durée.

Le plan de sécurité a fait l'objet de suivi statutaire au comité stratégique de gestion des risques ainsi que dans les sous-comités de gestion des risques.

Le taux de déclaration des événements, la réalisation des analyses sommaires ainsi que l'actualisation des plans d'action découlant des événements sentinelles ont fait l'objet de suivi rigoureux auprès de cette instance et des diverses directions.

Un registre de suivi des recommandations en gestion des risques a été mis en place.

Comité des ressources humaines

Composition

M. Hugh Mitchell, président
M. François Bédard
M. Mario Cianci, DRHCAJ
M. Jean-François Foisy, PDG

M^{me} Paule Fortier
M^{me} Lyne Gaudreault
M. Donald Vezeau

MANDAT

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 émet des recommandations au conseil d'administration concernant les orientations en ressources humaines, 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.

FAITS SAILLANTS

La dernière année fut marquée plus particulièrement par les modifications apportées à la structure de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques. En effet, à la suite d'un audit qui a été réalisé, des changements ont été apportés afin de recentrer l'action de la direction et simplifier les processus internes.

Un autre enjeu majeur est celui des accidents de travail, pour lesquels des plans spécifiques sont en cours d'implantation. Nous visons le zéro accident et tous sont mobilisés dans l'atteinte de cet objectif.

Comité d'éthique de la recherche

Composition

M^e Marie-Josée Bernardi, présidente

D^r Gilles Aubin,
membre scientifique

M^{me} Marie-Hélène Bouchard,
membre scientifique

M^{me} Christiane Chabot,
membre scientifique

M. Samuel Dugré-Brisson,
membre scientifique

M^{me} Ginette Fallu,
membre représentant
de la communauté

D^r Charly Morel,
membre scientifique

M^{me} Andrée Nadeau,
membre représentant
de la communauté

M. Guy Pellerin,
membre scientifique

M. Yves Poirier,
membre spécialisé en éthique

MANDAT

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) a pour mandat d'évaluer au plan éthique et, le cas échéant, au plan scientifique, d'approuver et d'assurer le suivi des projets de recherche impliquant des participants humains, se déroulant dans l'établissement et auquel l'établissement a accepté de participer, à l'exception, toutefois, des projets de recherche multicentriques pour lesquels le CÉR n'agit pas comme CÉR évaluateur. Le CÉR assume également un rôle éducatif, notamment, auprès des chercheurs qui envisagent de soumettre, pour évaluation au CÉR, un projet de recherche ou qui ont un projet de recherche en cours au sein de l'établissement; à cet égard, le CÉR peut agir à titre de conseiller auprès d'eux, de même qu'auprès de la Direction générale ou du conseil d'administration.

FAITS SAILLANTS

Le conseil d'administration a procédé, le 20 septembre 2017, au renouvellement des mandats de six membres permanents du comité d'éthique de la recherche, ainsi qu'à la nomination de quatre nouveaux membres permanents.

Dix nouveaux projets de recherche ont été déposés pour évaluation, dont un pour le compte du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et en vertu de l'entente de délégation signée avec cet établissement.

Dix-neuf renouvellements de l'approbation éthique de projets de recherche en cours ont été effectués.

Avec la collaboration de la Direction de l'enseignement et de la recherche, le CÉR a actualisé son Règlement sur la régie interne, lequel a été adopté par le conseil d'administration le 20 septembre 2017. Cette initiative a eu pour finalité d'harmoniser les règles de fonctionnement du CÉR avec la réalité du CISSS des Laurentides et les plus récentes règles du mécanisme d'évaluation des projets de recherche multicentriques.

Comité régional d'éthique clinique

Composition

M^{me} Magalie Jutras, présidente

M. Réthor Agenor

M^{me} Sheila Altidor

M^{me} Annick Brideau

M^{me} Johanne Chéchippe

M. Alexandre Chouinard

M^{me} Danielle Delorme

M^{me} Véronique Desbiens

M^{me} Dina Di Tommaso

M^{me} Katy Doyle

M^{me} Martine Folco

M^{me} Manon Gauthier

M. Michel Gauthier

M^{me} Kathleen Harrison

M. Jean-Michel Juste

M^{me} Magalie Jutras

M^{me} Martine Lantagne

M. Dominique Laroche

M^{me} Cyndie Legault-Nault

M^{me} Carole Levert

M^{me} Maude Marchildon

M^{me} Carole Martin

M^{me} Stéphanie Martin

M^{me} Elise Matthey-Jacques

M^{me} Andrée Nadeau

M. Guillaume Richer

M^{me} Sylvie Roch

M^{me} Janick Rolland

M^{me} Isabelle St-Louis

M^{me} Annie St-Pierre

M^{me} Mélanie Therrien

M^{me} Sylvie Veillette

M. Gnahoua Zoabli

MANDAT

Le mandat du comité régional d'éthique clinique comporte trois axes : sensibiliser et former le milieu afin de développer la compétence éthique dans l'exercice des fonctions cliniques; offrir un accompagnement aux intervenants cliniques confrontés, ou ayant été confrontés, à des situations soulevant des questions et des enjeux d'ordre éthique; et enfin, exercer un rôle-conseil auprès des instances dans l'élaboration des politiques institutionnelles soulevant des enjeux d'éthique clinique.

FAITS SAILLANTS

Augmentation des demandes en éthique clinique

L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action et d'un plan de communication ont permis de faire connaître le mandat, le fonctionnement ainsi que les activités du comité, entraînant une augmentation significative des demandes de consultation en éthique clinique. Ainsi, 58 demandes ont été adressées au Service d'éthique clinique.

Plusieurs activités de formation et de sensibilisation

Les membres du comité ont bénéficié d'une formation sur la délibération éthique et d'une sur la bienveillance. En matière de sensibilisation du milieu, plusieurs activités ont été organisées, dont douze ateliers de sensibilisation à l'éthique clinique, six ateliers portant sur la bienveillance et trois « midis-éthique » présentés par visioconférence.

Des groupes de réflexion thématiques et contributions institutionnelles

Deux groupes de réflexion thématiques ont tenu des rencontres pour étudier des enjeux cliniques spécifiques suscitant des questions d'ordre éthique. Un premier portant sur les enjeux éthiques liés à la gestion des refus d'aide médicale à mourir et un autre sur les enjeux éthiques lors de situations particulières chez la clientèle de grands utilisateurs de services. Enfin, le comité a contribué aux travaux lors de l'élaboration des dispositifs institutionnels suivants : Code d'éthique du CISSS des Laurentides, Politique pour un environnement sans fumée, Politique sur les médias sociaux.

Comité des usagers

Composition

M. Daniel Landry, président

M^{me} Lisane Choinière, vice-présidente

M^{me} France Mongeau, secrétaire

M. Gilles Biron

M^{me} Carole Gagnon

M^{me} Francine Leroux

M^{me} Céline Longpré

M. Alain Masson

M^{me} Lorraine Monk

M. Pierre Proulx

M^{me} Carole Tavernier

M^{me} Edna Young

MANDAT

Conformément à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le comité des usagers du Centre intégré de santé et de services sociaux (CUCI) des Laurentides assure les fonctions de représentation, de coordination et d'harmonisation auprès et au nom des comités des usagers (CU) et des comités de résidents (CR) de l'établissement. Le CUCI assure aussi les liens de communication avec les CU et les CR et travaille conjointement avec ces derniers aux intérêts des usagers dans une perspective générale et territoriale et en tenant compte de l'ensemble des milieux et des missions de l'établissement. Un membre du CUCI siège au conseil d'administration de l'établissement.

FAITS SAILLANTS

Nous avons tenu un lac-à-l'épaule, les 29 et 30 août 2017, auquel 10 des 11 comités des usagers du CISSS des Laurentides ont participé. Les discussions ont porté sur le surplus budgétaire du CUCI et sur les projets spéciaux que les comités pouvaient soumettre. Les participants ont aussi assisté à une conférence très intéressante à propos de la promotion et de la défense des droits des enfants.

Lors des rencontres du CUCI, nous avons organisé plusieurs présentations en collaboration avec les différentes directions du CISSS. Voici quelques-unes des thématiques abordées : restructuration du service d'hygiène et de salubrité, harmonisation de l'offre alimentaire en hébergement, plan de communication organisationnel, médias sociaux, nouvelle image de marque du CISSS et ressources financières.

Au mois de février, près de 30 membres issus des comités des usagers et des comités de résidents du CISSS ont pris part à une formation nouvellement élaborée à leur intention. Plusieurs thématiques ont été abordées à cette occasion, notamment la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, les principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, ainsi que l'approche relationnelle de soins.

Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux

Le comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux n'a pu être mis en place, comme prévu, et ce, puisque le MSSS 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, de santé mentale et services psychosociaux généraux adultes

Les grands enjeux de l'année 2017-2018 pour les programmes sociaux, de réadaptation, de santé mentale et de services psychosociaux généraux adultes 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.

- Mise en place et opérationnalisation de trois ressources intermédiaires pour la clientèle en santé mentale. La disposition géographique de ces ressources permet une accessibilité accrue sur l'ensemble du territoire.
- Actualisation des investissements en soutien à domicile qui ont entraîné, notamment, une diminution des listes d'attente et une augmentation marquée de l'offre de service à la clientèle.
- Actualisation du bain supplémentaire en CHSLD qui a permis de bonifier l'offre de service.
- Développement de 50 places en résidences intermédiaires pour les personnes âgées.
- Mise en place d'un plan de transformation et de consolidation des effectifs visant à enrayer la liste d'attente à l'évaluation pour les jeunes en protection de la jeunesse.
- Création de la concertation régionale 9 mois - 5 ans qui englobe l'ensemble des partenaires œuvrant en petite enfance sur le territoire.
- Mise en place des périodes quotidiennes « QUIET TIMES » dans les unités de naissance qui consistent à favoriser le contact peau à peau et à privilégier les moments de qualité avec le nouveau-né.
- Révision de l'offre de service du programme jeunesse ayant pour objectif une diminution du délai d'accès de prise en charge, une meilleure qualité de services et un meilleur soutien aux unités de vie en réadaptation interne.
- Création d'équipe de réadaptation jeunesse dans la communauté avec la participation au projet de recherche de Boscoville.
- Première rencontre des équipes de base AMPRO (Approche multidisciplinaire de la prévention des risques obstétricaux) afin de partager leurs réalisations locales et déterminer ensemble un plan d'action régional.
- Le Centre de pédiatrie sociale d'Argenteuil a complété sa certification en mars 2018.
- Développement de 6 lits de réadaptation interne ainsi que de 24 places de réadaptation en externe, réparties du nord au sud, pour la clientèle adulte qui était en attente de réadaptation fonctionnelle intensive ou modérée. Aussi, développement de mesures résidentielles alternatives afin de diversifier l'offre de service en hébergement pour la clientèle vivant avec une déficience.
- Révision de l'organisation des services de proximité afin d'améliorer le cheminement des usagers DI-TSA.
- Implantation d'une nouvelle trajectoire de services au niveau langagier afin d'harmoniser les pratiques sur tout le territoire et de diminuer les délais d'attente.
- Tenue d'un atelier à la conférence internationale sur les pratiques et professions du développement des communautés et des territoires : Les engagements d'un CISSS dans le développement des communautés.

Les faits saillants

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

- Démarrage du programme de chirurgie bariatrique à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme.
- Démarrage de la clinique de la douleur chronique à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme.
- Mise en place du comité de concertation psychosociale en cancérologie et du comité du circuit du médicament en oncologie. Déploiement du comité trajectoire du cancer du sein.
- Ouverture du nouveau Centre de cancérologie de Saint-Eustache.
- Coordination régionale des urgences et de la gestion de lits.
- Implantation des caucus opérationnels quotidiens sur les unités de soins.
- Élaboration d'un programme de mentorat pour les infirmières praticiennes spécialisées nouvellement embauchées.
- Mise en place de comités d'amélioration continue dans les trois GMF-U.
- Coordination du groupe interdisciplinaire de soutien pour les demandes d'aide médicale à mourir.
- Mise en place de l'orientation à l'embauche standardisée pour les infirmières, infirmières auxiliaires, externes, déposés aux bénéficiaires et candidats et candidates à l'exercice de la profession infirmière.
- Coordination de l'implantation du dossier clinique informatisé Cristal-Net selon les orientations du MSSS pour l'ensemble des installations des Laurentides.
- Mise en place d'un tableau de bord de suivi des arrivées et des départs en ambulance à l'urgence, qui permet d'améliorer la préparation de l'équipe de soins pour l'arrivée de la clientèle, ainsi que la disponibilité des ambulances, et de diminuer le temps à l'hôpital des paramédics.
- Mise en place de deux nouveaux services de premiers répondants pour les citoyens de Saint-Hippolyte et de Boisbriand ainsi que d'un service de police-DEA (défibrillateur externe automatisé), à Mirabel.
- Réalisation de 4 918 stages pour un total de 69,449 jours de stage.
- Augmentation de 49 % des prêts entre bibliothèques et de 42 % des recherches documentaires effectuées par l'équipe des services documentaires.
- Entente avec les laboratoires d'imagerie médicale privés afin de desservir notre clientèle en attente d'examen d'échographie. Ce sont 1 514 examens qui ont été réalisés dans le cadre de ce partenariat (entente de gratuité signée avec le MSSS pour les examens d'échographie dans les cliniques privées de radiologie).
- Ouverture 24/7 des services de tomodensitométrie et de l'imagerie par résonance magnétique aux hôpitaux de Saint-Eustache et de Saint-Jérôme avec pour objectif d'améliorer l'accès pour ces types d'examens radiologiques.
- Rehaussement des trois caméras en médecine nucléaire, ce qui permet des diagnostics plus précis.
- En suivi de la visite d'agrément, obtention d'une mention pour le Service de génie biomédical.
- Implantation de la structure de gouvernance de la télésanté.
- Ouverture de l'espace clinique dans le portail intranet.

Les faits saillants

Direction des services professionnels



- Gouverne médicale : changement à la chefferie du département d'anesthésiologie et du département de chirurgie. Démission du chef de département de médecine générale. Nomination du chef de département de pédiatrie.
- Structure de la Direction des services professionnels (DSP) : arrivée en poste d'un nouveau directeur des services professionnels – adjoint médical pour la 2^e ligne et d'une nouvelle directrice adjointe administrative pour la 2^e ligne.
- Centre de répartition des demandes de service de Lanaudière-Laurentides-Laval (CRDS LLL) : ce CRDS demeure celui recevant le plus grand volume de requête au Québec. Le MSSS retarde le déploiement de la phase 2; il est reporté à l'année suivante.
- Agrément Canada : visite des secteurs de la pharmacie en mai 2017. Des preuves complémentaires pour certaines normes ont dû être fournies et furent acceptées. La pharmacie du CISSS des Laurentides devient alors officiellement accréditée.
- Groupe de médecine de famille (GMF) : un nouveau GMF est officiellement créé sur le territoire. Il s'agit d'un GMF multisites formé des CLSC Jean-Olivier-Chénier et Thérèse-De Blainville ainsi que de la Polyclinique 640.
- Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) 2017 en médecine de famille : tous les postes sont comblés.
- Médecine spécialisée à l'Hôpital de Saint-Eustache : augmentation de la prise en charge de patients hospitalisés par les équipes de médecine spécialisée.
- Base de données de la DSP et du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) : finalisation de la base de données DSP-CMDP comprenant tous les effectifs médicaux des Laurentides.
- Recrutement médical : participation du CISSS des Laurentides à plusieurs activités de recrutement organisées par les fédérations étudiantes et les universités.
- Portfolio : finalisation du portfolio des établissements et détermination des niveaux des soins des différentes installations. Dépôt fait au MSSS.
- Transcription : accord de principe avec les instances syndicales pour un projet pilote de service de transcription régionalisé.
- Département régional de médecine générale (DRMG) : fin du mandat du DRMG. Dr Bissonnette, chef du DRMG des Laurentides, ne souhaite pas renouveler son mandat.
- Dossier clinique informatisé (DCI) : participation de représentants du service des archives à plusieurs tables provinciales pour la planification de l'implantation du DCI Crystal-Net.
- Implantation d'une pharmacie satellite en oncologie à l'Hôpital de Saint Eustache.
- Supervision du premier résident en pharmacie, en stage court, pour le programme de maîtrise en pharmacothérapie avancée en établissement de santé de l'Université Laval.

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), la Direction des services d'hôtellerie (DSH), la Direction de la logistique (DL) et la Direction de la performance, de l'amélioration continue et de la qualité (DPACQ), auxquelles s'ajoute le Service de gestion et relations contractuelles des ressources intermédiaires et de type familial.

La DST a terminé à 100 % son plan directeur de maintien d'actifs des immeubles tel que requis par le Vérificateur général du Québec. Ceci assurera des investissements de plus de 53 000 000 \$ pour la résorption du déficit d'entretien des cinq prochaines années. Dans le cadre de nos responsabilités en sécurité civile, la période des inondations dans les Laurentides, au printemps 2017, a requis toute notre attention. En dernier lieu, le portefeuille de projets immobiliers de plus d'un milliard de dollars du CISSS des Laurentides demeure en continu une activité d'analyse, d'exécution et de livrables des plus prioritaires pour la DST.

La DSH en hygiène et salubrité a procédé à une harmonisation régionale des techniques de désinfection et d'utilisation des produits ainsi qu'à l'uniformisation des pratiques au sein des équipes et à une meilleure gestion des horaires de travail. Le Service buanderie-lingerie a débuté l'analyse d'un projet de modernisation de la buanderie à Rivière-Rouge. Le projet suprarégional d'harmonisation de l'offre alimentaire en hébergement est en cours d'implantation par le Service des activités d'alimentation. La DSH a aussi planifié une offre de service d'hôtellerie de qualité au nouveau CHSLD de Saint-Jérôme. En terminant, la gestion de la présence au travail par des projets mobilisateurs occupe l'une des grandes priorités de la DSH.

La DL a consolidé divers processus de gestion intégrée de la chaîne logistique et de la structure de gouvernance pour l'évaluation et la standardisation des fournitures et dispositifs médicaux avec la DSI. Elle a déployé le comité d'examen des marchés, comme mécanisme de contrôle interne en gestion contractuelle, ainsi que la salle de pilotage tactique et les caucus opérationnels. Finalement, le développement d'un guichet d'accès 24/7 à l'approvisionnement pour répondre au plan des mesures d'urgence et les travaux de structuration du plan d'affaires logistique ont contribué au rayonnement de la DL, qui collabore également avec plusieurs partenaires externes.

La DPACQ a assuré la coordination menant au maintien du certificat d'Agrément. Elle a déployé des formations et exercé un leadership en soutien aux activités de gestion des risques. Elle a dispensé des formations visant à développer un partenariat avec les usagers pour déterminer leur parcours de soins, mais aussi en mettant à profit leur expérience personnelle dans l'amélioration de processus. L'amélioration continue de la performance a été au cœur des travaux, notamment par le déploiement de salles de pilotage, le développement d'outils de gestion et de tableaux de bord, l'accompagnement de démarches d'amélioration, le soutien à la gestion de projet et à l'amélioration des pratiques de gestion documentaire. La DPACQ a assuré la progression de l'éthique organisationnelle et de la gestion intégrée des risques.

Les faits saillants

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Trois ans après la création du CISSS des Laurentides, la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) vient de revoir l'ensemble de sa structure en fonction des nouveaux besoins organisationnels. Trois nouvelles directions adjointes encadrent dorénavant les activités de la direction : service aux cadres et pratiques de gestion, affaires juridiques et santé, sécurité et mieux-être, ainsi qu'attraction et dotation. Si l'on peut déjà mentionner que la prochaine année visera l'amélioration de la stabilité de la main-d'œuvre et de la présence au travail, voici quelques réalisations qui ont particulièrement marqué la dernière année :

Entreprise en santé

En lien avec l'objectif de faire de la santé psychologique du personnel une priorité, plus de 6 000 membres du personnel ont répondu à un vaste sondage déployé dans l'ensemble des Laurentides. Les résultats permettront la réalisation d'un plan rigoureux ciblant de façon précise les meilleures actions à poser.

Nouvelles cohortes de préposés aux bénéficiaires

Grâce aux partenariats établis avec les quatre centres de formation professionnelle de la région, de nouvelles cohortes de préposés aux bénéficiaires ont vu le jour, ce qui favorisera une relève formée en fonction de nos besoins. Notons le partenariat avec le Centre de formation professionnelle de Mont-Laurier, grâce auquel la formation « Assistance à la personne en établissement de santé » est maintenant offerte aux étudiants à même les locaux du Centre de services de Rivière-Rouge.

Image de marque

Le Service des communications internes a mené une vaste démarche collaborative qui a permis l'adoption d'une nouvelle identité visuelle pour l'organisation. Bâtie autour du slogan « Complice de votre santé », cette nouvelle image contribue à positionner le CISSS comme organisation d'envergure, comme référence en santé et services sociaux ainsi que comme plus grand employeur de la région.

Début des négociations locales

La DRHCAJ a entamé, le 1^{er} avril 2017, le processus de négociations locales dans le contexte des regroupements syndicaux. Les travaux peuvent se dérouler sur un maximum de 18 mois, et aboutiront aux dispositions locales des conventions collectives des quatre instances syndicales en place.

Ententes spéciales avec la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)

Afin de contribuer à favoriser l'attraction, la rétention et l'embauche de la main-d'œuvre, la direction a conclu des ententes avec la FIQ, ententes qui permettent notamment le rehaussement de plusieurs postes à temps partiel et d'accélérer plusieurs processus d'embauche.

Les faits saillants

Direction des ressources financières

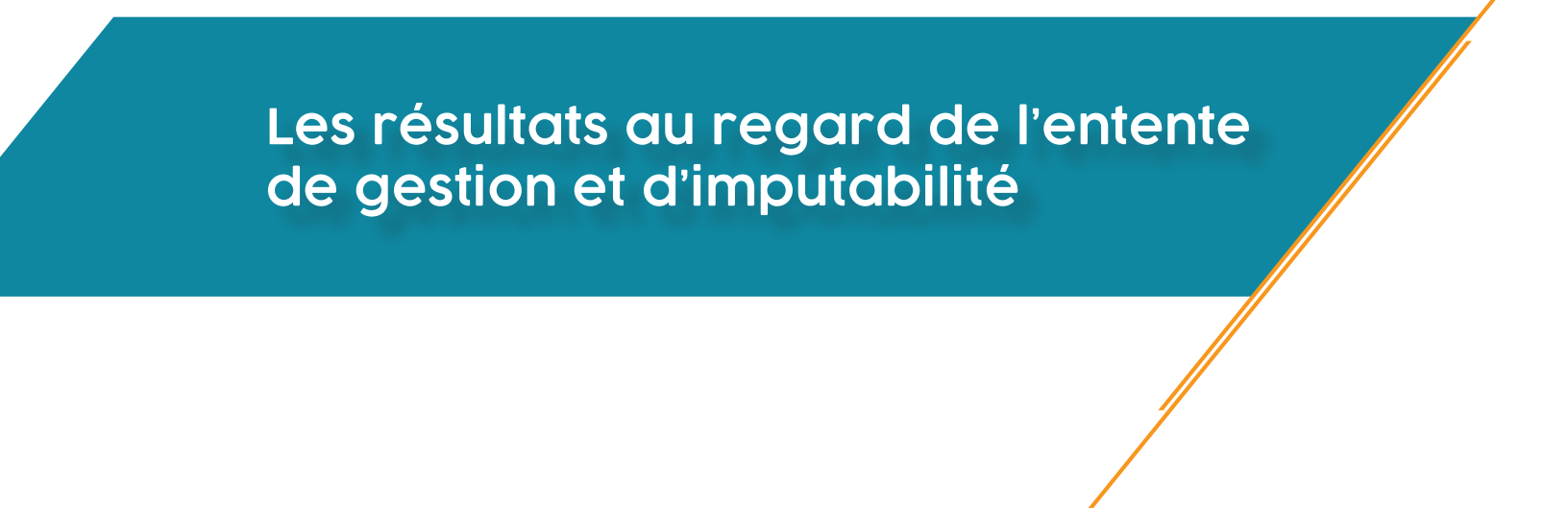
L'exercice financier 2017-2018 a été une année d'harmonisation et de consolidation. Nous avons complété le regroupement géographique des équipes par secteur d'activités et revu nos processus d'affaires à la suite du changement de système financier et d'approvisionnement.

Beaucoup d'énergie a été portée sur l'amélioration de la performance technique de ce nouveau système ainsi que sur l'amélioration de la qualité de l'information financière et statistique en temps opportun.

Les équipes de la budgétisation ont travaillé étroitement avec l'ensemble des directions afin d'évaluer les impacts financiers reliés aux nombreux projets de développement qui verront le jour à compter de 2018-2019.

Pour 2018-2019, on devra s'assurer d'une utilisation judicieuse du budget d'équité de 45,6 millions de dollars et, en collaboration avec la Direction de la performance, de l'amélioration continue et de la qualité, préparer le terrain au déploiement du nouveau modèle d'allocation des ressources basé sur le coût par parcours de soins et de services (CPSS).



A teal parallelogram shape with two parallel orange diagonal lines extending from its right side towards the top right corner of the page.

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

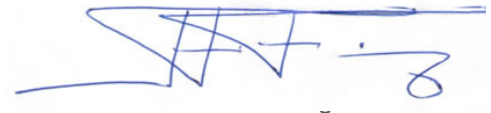
Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité et des contrôles afférents

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 2017-2018 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 2017-2018.

Signé à Saint-Jérôme, le 13 juin 2018



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 de ce rapport.

N°	Titre de l'attente spécifique	État
Section I – Santé publique (DGSP)		
2.1	Bilan des activités réalisées	Réalisée
2.2	Comité prévention et contrôle des infections nosocomiales	Réalisée
Section II – Services sociaux (DGSS)		
3.1	Implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance et plan de travail	Réalisée
3.2	Poursuivre la mise en œuvre des composantes des programmes d'intervention en négligence (PIN)	Réalisée
3.3	Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	Réalisée
3.4	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité	Réalisée
3.5	Plan d'action 2017-2022 sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA)	Réalisée
3.6	ADDENDA – Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA	Réalisée
3.8	ADDENDA – Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	Réalisée

N°	Titre de l'attente spécifique	État
Section III – Services de santé et de médecine universitaire (DGSSMU)		
4.3	État d'avancement de l'implantation du plan d'action par établissement déposé le 31 mars 2016 et réalisé sur la base des orientations ministérielles 2006 - Douleur chronique	Réalisée
4.4	État d'avancement du plan d'action triennal 2016-2019 – Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs	Réalisée
4.5	État d'avancement sur le plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018 – Accident vasculaire cérébral (AVC)	Réalisée
4.6	État d'avancement de l'implantation du plan d'action déposé le 31 mars 2016 par établissement réalisé sur la base des orientations ministérielles 2015 – Maladie rénale	Réalisée
4.7	Investissements en santé mentale dans l'établissement – Accompagnement par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) pour le déploiement des services de suivi intensif dans le milieu (SIM), de soutien d'intensité variable (SIV) et de premier épisode psychotique (PEP)	Réalisée
4.8	Effectifs dans les équipes de soutien dans la communauté	Réalisée
Section IV – Financement, infrastructure et budgets (DGFI)		
6.1	Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années	Réalisée
6.2	Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Réalisée
Section V – Coordination réseau et ministérielle (DGCRM)		
7.1	Sécurité civile	Réalisée
7.3	Gestion des risques en sécurité civile – Santé et services sociaux	Réalisée
7.4	Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise	Reportée par le MSSS
7.5	Révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	Reportée par le MSSS
7.6	État de situation sur le degré de maturité d'une salle de pilotage stratégique	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 2017-2018, soit pour 37 des 57 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 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec lesquelles le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	58.7	59	66.7	65
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)	86.2	90	88.3	90
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais (anciennement 1.01.15)	74.8	90	75.7	90

1.01.13.01-EG2 Collaboration à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire

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 à consolider et la mobilisation des ressources infirmières via les campagnes de vaccination qui complexifie l'intervention continue en prévention en milieu scolaire. Une révision de l'offre de service en milieu scolaire est en cours. Une augmentation du nombre d'écoles rejointes est à prévoir.

1.01.27-EG2 Vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais

L'engagement n'est pas respecté. La situation s'est toutefois améliorée en regard de l'an dernier. 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 ». Un projet provincial EMMIE sera implanté, dans les centres de naissance, pour faire la promotion active du calendrier vaccinal dès l'accouchement.

1.01.28-EG2 Vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais

L'engagement n'est pas respecté, mais la situation s'est améliorée en regard de l'an dernier.

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 ».

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

Santé publique (suite)

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	ND	90	58.9	90
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (anciennement 1.01.24)	2 840	2 840	3 134	2 840

1.01.30-EG2 Vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais

L'engagement n'est pas respecté. Une harmonisation des procédures de rendez-vous à l'âge de 18 mois ainsi qu'une offre de plages horaires de vaccination dans les temps est à prévoir.

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

L'engagement est respecté. Des rencontres ont été effectuées auprès des équipes concernées afin d'harmoniser la saisie des unités de mesure dans la région. Des efforts sont continuellement fournis afin d'optimiser l'accès au dépistage et au traitement.

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 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	49.9	70	50.8	70
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)	80	80	80	80
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	80	100	100	100

1.01.26-PS Conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements

L'engagement n'est pas respecté. Des projets pilotes d'audits d'hygiène des mains effectués par les pairs dans différentes unités de soins du CISSS seront mis en place. Également, une campagne de sensibilisation sera menée auprès du personnel par l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI).

1.01.19.01-PS Conformité aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD)

L'engagement est respecté. Cependant, une installation dépasse les seuils attendus. En effet, cette installation a subi trois éclosions dont deux sont toujours en cours. Dans les facteurs identifiés pouvant être en cause, notons :

- Taux de roulement élevé de personnel en PCI;
- Mobilier désuet et non conforme (ex. : table de lit rouillée, comptoir dont le recouvrement est brisé, etc.);
- Gestion des zones grises à réévaluer suite à la réorganisation de 2015;
- Achalandage élevé de nos urgences et priorité pour les admissions en 24 h des patients entraînent une pression élevée pour les équipes d'hygiène et de salubrité.

Un plan d'action a été mis en place :

- Réfection de chambres et de salles de bains pour faciliter la désinfection;
- Remise en place des mesures pour la gestion des zones grises (désinfection des petits équipements);
- Mesures pour améliorer la gestion des excréta (ajout de matériel dédié);
- Mise en place de la plurifréquence;
- Ajout de personnel en hygiène et salubrité.

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

L'engagement est respecté.

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 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
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	0	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	100	100	100	100

1.01.19.03-EG2 Conformité aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs

L'engagement n'est pas respecté. Une seule installation est visée par cet indicateur et celle-ci a dépassé le taux établi en présentant deux bactériémies à la période 1 et aucune autre pour les 12 périodes suivantes. Par ailleurs, aucun dépassement de taux n'a été observé au cours des trois dernières années de surveillance pour cet indicateur. Le dépassement du taux est relié aux petits nombres.

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

L'engagement est respecté.

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 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
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	90.6	90.6	93.4	94.9

L'engagement est respecté. Info-Social est un service téléphonique 24/7 qui favorise l'accessibilité à des services de nature psychosociale.

Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
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	50	83.3	83.3	83.3
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	100	100	100	100
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100	100	100	100
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	80.5	81	83.3	84

1.03.07. 01 Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier. Implantation des composantes 1, 2 et 6

L'engagement est respecté. Les travaux d'implantation de l'interdisciplinarité, du partenariat de soins et des caucus opérationnels se poursuivant, les résultats devraient s'améliorer au courant de la prochaine année. En ce qui concerne la contribution médicale, étant donné l'absence de ressources en gériatrie dans notre organisation, le soutien et l'application de l'AAPA demeurent mitigés et tributaires de la bonne volonté de certaines équipes médicales. En ce qui concerne les composantes 1 et 6, elles sont implantées à 100 % dans l'ensemble de nos six hôpitaux puisque les actions ont été posées pour l'ensemble du CISSS.

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 implantées dans l'ensemble des milieux hospitaliers au-dessus de 90 % donc pas parfaitement, puisque nous sommes toujours tributaires de facteurs organisationnels qui peuvent varier d'une année à l'autre. En voici quelques exemples :

- La formation est disponible pour tous à l'embauche et prévue au PDRH, mais la libération du personnel est compliquée.
- Les outils et profils AINÉS sont implantés dans toutes les unités et urgences, mais on a constaté que c'est à consolider pour certaines d'entre elles.
- Les activités de coaching se poursuivent, mais la structure s'est affaiblie.
- L'évaluation des connaissances est prévue, mais comme nous comptons sur le déploiement de la formation continue partagée et l'ENA, dont l'échéancier a été reporté trois fois pour le faire, elle n'a pas eu lieu comme l'année dernière.
- Des demandes ont été faites pour des équipements et des améliorations de l'environnement physique, mais elles n'ont pas toutes été comblées.

En bref, le travail se poursuit pour maintenir les acquis et s'améliorer.

1.03.10-PS Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale

L'engagement est respecté avec un résultat de 100 %.

1.03.13-EG2 Personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14

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'usager. 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 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
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	781 789	810 532	864 069	865 000
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	8 247	8 926	9 638	9 500
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)	90.4	90.4	92.3	90.5
1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	730 528	820 354	793 635	820 354
1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	5 678	6 793	6 535	6 793

1.03.05.01-EG2 Heures de service de soutien à domicile longue durée

L'engagement est dépassé. L'obtention des budgets de développement a permis d'accroître l'offre de service.

1.03.11-PS Personnes desservies en soutien à domicile de longue durée

L'engagement est largement dépassé. En comparaison à 2016-2017, 1 400 usagers de plus sont desservis en continu.

1.03.12-PS Personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention

L'engagement est dépassé. Les équipes ont déployé des efforts importants qui ont permis d'atteindre la cible en période 13 et d'assurer la pertinence des services offerts.

1.03.14-EG2 Heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14

L'engagement n'est pas respecté. Toutefois, avec les résultats estimés à la période 13, le taux d'atteinte devrait être supérieur à 96 %. Ce nouvel indicateur, déployé en cours d'année, nécessite une appropriation des équipes. De plus, la méthode de calcul de l'indicateur, modifié à deux reprises en cours d'année, a laissé peu de marge de manœuvre pour redresser la situation. Un plan d'action sera mis en place pour permettre l'atteinte de l'engagement au cours de la prochaine année. Le nombre d'heures de service est directement relié au nombre d'usagers ayant un profil 4 à 14 (1.03.15-EG2). En effet, en n'atteignant pas le nombre d'usagers, il devient plus difficile de respecter l'engagement relié aux heures.

1.03.15-EG2 Personnes desservies en soutien à domicile de longue durée ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14

L'engagement n'est pas respecté. Le pourcentage d'atteinte de l'engagement est de 96 %. La méthode de calcul de l'indicateur, modifiée à deux reprises en cours d'année, a laissé peu de marge de manœuvre pour redresser la situation. Le nombre de clients différents desservis a augmenté. Il est difficile de prioriser des usagers en attente en fonction d'un profil Iso-SMAF potentiellement de 4 à 14 dans le but d'atteindre notre cible. L'accessibilité universelle est une valeur importante de notre système de soins et nos pratiques actuelles sont en ce sens.

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

Déficiences

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
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	74.3	90	79.3	90
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	90.3	90.3	96.1	96.5
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	86.4	90	88.3	90.2
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	80.7	90	87.2	90

1.45.04.01-EG2 Personnes ayant une déficience physique – Services spécifiques

L'engagement n'est pas respecté. Le résultat est en hausse par rapport à 2016-2017. Divers moyens sont mis en place pour l'améliorer, par exemple :

- Validation périodique des listes d'attente de chaque territoire;
- Précision des consignes de saisie des informations par les intervenants;
- Sensibilisation des gestionnaires de la direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées quant aux critères du plan d'accès et à son application;
- Harmonisation de l'offre de service spécifique en continu.

Les investissements à venir en soins à domicile (SAD) favoriseront à moyen et long terme le respect de l'engagement en raison d'un accès accru pour la clientèle SAD.

1.45.04.05-EG2 Personnes ayant une déficience physique – Services spécialisés

L'engagement est respecté. Malgré une hausse marquée des demandes de service, le résultat continue de s'améliorer. La réorganisation de l'offre de service en déficience langagière porte ses fruits.

1.45.05.01-EG2 Personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme – Services spécifiques

L'engagement n'est pas respecté. Toutefois, le résultat tend à s'améliorer. Différentes stratégies s'actualisent, notamment :

- Validation périodique des listes d'attente de chacun des territoires et mise en place d'un outil de suivi périodique.
- Précision des consignes de saisie des informations aux intervenants.
- Sensibilisation des gestionnaires des services spécifiques quant aux critères du plan d'accès et à son application.
- Harmonisation de l'offre de service spécifique en continu.
- Actualisation du Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA).

1.45.05.05-EG2 Personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme – Services spécialisés

L'engagement n'est pas respecté. Toutefois, le portrait s'est amélioré par rapport à 2016-2017 malgré une hausse des demandes.

Déficiences (suite)

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)	92.9	90	77.38	75.46
1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	ND	82.0	71.4	82

1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA
L'engagement est respecté. Malgré une augmentation de la clientèle, le délai moyen d'accès est maintenant de 77 jours, ce qui représente une diminution de près de 17 % par rapport à 2016-2017. L'uniformisation de la prise en charge a contribué à l'atteinte de cette cible.

1.46-PS Jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail
L'engagement n'est pas respecté à la P6, soit le moment de rendre compte. Toutefois, plus de 82 % des jeunes ont reçu un service à la fin de l'année 2017-2018. Les mesures envisagées pour 2018-2019 sont le démarchage intensif pour trouver des nouveaux milieux de stage et le développement d'ententes de partenariat dans la communauté.

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

Jeunes en difficulté

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	13.62	11.5	12.35	12

1.06.17-PS Jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence
L'engagement n'est pas respecté.

Dans le but de corriger la situation, il est convenu de poursuivre le développement des pratiques professionnelles des intervenants sociaux (services de proximité et application des mesures à la protection de la jeunesse) en offrant de la formation à l'approche AIDES (Action Intersectorielle pour le Développement des Enfants et leur Sécurité) et à l'intervention motivationnelle. Ces formations sont offertes dans le cadre du programme en négligence. De plus, l'établissement supporte le développement des quatre centres de pédiatrie sociale présents dans les secteurs les plus défavorisés des Laurentides.

Malgré que pour l'année 2017-2018, la durée du suivi à l'application des mesures est en moyenne de 24,7 (cible provinciale de 24 mois), et malgré que le MSSS ait accordé un soutien financier supplémentaire, la région des Laurentides fait face à une augmentation des signalements qui est supérieure à sa capacité de traitement et de prise en charge.

Finalement, les mesures mises en place ont permis une amélioration de 1.22 % du taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence. Bien que le résultat final soit inférieur à l'engagement, les différentes mesures mises en place permettront d'améliorer les résultats dans les prochaines années.

Dépendances

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	81.2	81.2	82.6	86.7
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	92.9	92.9	92.9	92.9

1.07.04-EG2 Personnes évaluées dans un délai de 15 jours

L'engagement est respecté. Malgré les défis occasionnés par des mouvements de personnel et le passage de l'outil d'évaluation Gain (Global Appraisal of Individual Needs) à l'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT), le résultat de l'année 2017-2018 est légèrement supérieur à celui de 2016-2017.

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

L'engagement est respecté. Toutes les actions prévues dans le plan d'action ont été mises en place à l'exception de l'élaboration de la politique pour les services de détection et d'intervention précoce en dépendance au sein du CISSS.

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 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	630	996	864	996
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	284	287	333	342

1.08.13-PS Places en soutien d'intensité variable (SIV)

L'engagement n'est pas respecté, toutefois il y a eu une amélioration de 37 % comparativement aux résultats de 2016-2017. Les récents développements ont permis de rehausser l'offre de service en soutien d'intensité variable et d'augmenter la capacité à répondre aux besoins. Les critères de pratiques SIV font également partie intégrante des équipes et sont en amélioration continue suite au plan d'action déposé en lien avec les recommandations du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) permettant l'homologation des équipes. De plus, le programme alternatif justice en santé mentale (PAJ-SM) offre un soutien, un suivi et une alternative à la judiciarisation pour les personnes présentant des troubles mentaux graves.

1.08.14-PS Places de suivi intensif dans le milieu (SIM)

L'engagement est respecté avec une amélioration de 17 % comparativement aux résultats de 2016-2017. Les récents développements ont permis de consolider les postes et de rehausser la qualité et la continuité des services auprès des usagers. Les équipes ont également reçu les visites du CNESM favorisant ainsi l'application des bonnes pratiques SIM et leur harmonisation sur l'ensemble du territoire.

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 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour (DMS) pour la clientèle sur civière à l'urgence	19.15	12	17.75	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	49.8	70	46.1	70
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	47.8	65	44.0	75

1.09.01 Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière

L'engagement n'est pas respecté, mais une amélioration de 7,3 % est notée par rapport à 2016-2017. Une politique de gestion de lits est en vigueur et guide la conduite à tenir en lien avec les délais entre la demande d'hospitalisation et l'admission sur les unités de soins.

La durée moyenne de séjour (DMS) sur civière pour les patients non hospitalisés sera réduite en optimisant les processus de prise en charge. Des plans d'action locaux sont en cours dans les six urgences concernant la réévaluation et la réorganisation de la trajectoire des usagers à l'urgence.

La DMS sur civière en santé mentale sera réduite avec l'ouverture du département d'hospitalisation brève de l'Hôpital de Saint-Eustache et des processus plus fluides d'hospitalisation vers l'Hôpital régional de Saint-Jérôme.

Le projet de système d'alerte, pour identifier la clientèle connue des équipes de soutien à domicile (SAD), a été déployé en octobre 2017 à travers les six urgences. Ce système permet une prise en charge rapide par les intervenants de première ligne pour un retour à domicile précoce lorsqu'un congé de l'urgence est possible, et par le fait même, a une incidence sur la DMS sur civière, et ce, plus particulièrement pour la clientèle de profil gériatrique.

1.09.43-PS Délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures

L'engagement n'est pas respecté. Tel que mentionné précédemment, des plans d'action locaux sont en cours dans les six urgences concernant la réévaluation et la réorganisation de la trajectoire des usagers à l'urgence, et ce, en partenariat avec les chefs médicaux locaux.

Le développement et l'application des ordonnances collectives diminueront le délai de prise en charge. Il est impératif de poursuivre, entre autres, le partenariat avec la première ligne pour augmenter et optimiser le taux de référence des usagers ayant des priorités P4 et P5 vers les services de premières lignes existants dans notre CISSS. L'évaluation brève devra être introduite dans les urgences où la volumétrie le requiert dès juin 2018.

1.09.44-PS Clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures

L'engagement n'est pas respecté. Le développement d'une zone d'évaluation rapide aura un effet positif sur l'ambulatoire. Une meilleure orientation des patients à partir du triage diminuera la charge de travail à l'ambulatoire ce qui diminuera la durée moyenne de séjour.

Tel que mentionné précédemment, il est impératif de poursuivre, entre autres, le partenariat avec la première ligne pour augmenter et optimiser le taux de référence des usagers ayant des priorités des P4 et P5 vers les services de proximité existants dans notre CISSS.

Santé physique - Soins palliatifs et de fin de vie

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 392	1 410	1 605	1 500
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	46	56	46	56
1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	11.9	14	14.3	14.5

1.09.05-PS Usagers en 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-PS Lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie

L'engagement n'est pas respecté. Des développements avec nos partenaires dans la communauté sont à venir : projet de dix lits pour la maison de soins palliatifs de la Fondation la Traversée et un projet d'agrandissement de six lits additionnels pour la Maison SERCAN.

1.09.46-PS Décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile

L'engagement est respecté.

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 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)	18	19	22	22
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	74.9	85	78.89	85
1.09.48-PS Nombre total de groupes de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	ND	0	0	0

1.09.25 Groupe de médecine de famille (GMF)

L'engagement est respecté. Nos efforts déployés pendant l'année nous ont permis même de dépasser la cible.

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.

1.09.48-P Groupes de médecine de famille réseau (GMF-R ou super clinique)

Comme les groupes de médecine de famille (GMF) de la région n'envisagent pas en créer, la directrice des services professionnels (DSP) et le directeur régional du DRMG continueront à sensibiliser les GMF de la région et à envisager l'opportunité de constituer un GMR-R.

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 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies	73	0	7	0
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	57.9	90	73	90
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier	88.5	100	98.9	100

1.09.32.00 Ensemble des chirurgies

L'engagement n'est pas respecté. À noter que pour l'année 2017-2018, 98 % des patients ont attendu moins d'un an avant de subir leur intervention chirurgicale. Les chirurgiens demeurent sensibilisés à traiter les usagers en fonction des délais. Les efforts se poursuivent afin de prioriser les usagers hors délais. Par ailleurs, depuis le début de l'année 2017, des mesures visant l'ouverture de certaines spécialités chirurgicales à d'autres sites de la région ont été prises.

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

L'engagement n'est pas respecté mais une amélioration de plus de 26 % a été notée de 2016-2017 à 2017-2018. Les équipes de chirurgiens et de gestionnaires poursuivent leur collaboration visant à respecter les délais prescrits pour les usagers en attente d'une chirurgie oncologique. La révision du processus de suivi des requêtes de chirurgie oncologique se poursuit afin de diminuer les délais. Par ailleurs, des travaux ont été effectués sur la qualité des données saisies.

1.09.33.02-EG2 Chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier

L'engagement n'est pas respecté, il atteint toutefois 99 % de l'engagement. Les équipes de chirurgiens et de gestionnaires poursuivent leur collaboration visant à respecter les délais prescrits pour les usagers en attente d'une chirurgie oncologique. La révision du processus de suivi des requêtes de chirurgie oncologique se poursuit afin de diminuer les délais. Par ailleurs, des travaux ont été effectués sur la qualité des données saisies.

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	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	64.9	80	57.2	80
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	65.8	88	97.2	88
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100	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	45.2	50	56.8	60
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	46.8	60	39.5	60
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	39.5	60	49.6	60

1.09.34.02-PS Scopies

L'engagement n'est pas respecté. Une baisse est observée par rapport à 2016-2017 en raison de la disponibilité médicale.

1.09.34.03-PS Mammographies diagnostiques

L'engagement est respecté et même dépassé.

1.09.34.04-PS Échographies obstétricales

L'engagement est respecté. Des corridors de services développés avec les cliniques privées assurent aussi l'exécution des demandes lorsque les plages horaires en milieu hospitalier ne peuvent suffire à la demande.

1.09.34.05-PS Échographies cardiaques

L'engagement est respecté et dépasse de 25 % le résultat de 2016-2017. L'atteinte de la cible a été possible grâce à la disponibilité des cardiologues, à une révision des processus de travail en électrophysiologie et à l'ajout d'un échographe cardiaque à St-Jérôme.

1.09.34.06-PS Échographies mammaires

L'engagement n'est pas respecté. Une baisse est observée par rapport à 2016-2017 en raison de la disponibilité médicale.

1.09.34.07-PS Autres échographies

L'engagement n'est pas respecté. L'établissement a poursuivi ses discussions avec les cliniques privées afin d'améliorer l'accès. Des corridors de services ont été mis en place et une ouverture de la population quant à la mobilisation vers d'autres installations pour l'obtention d'un examen dans des délais plus courts a permis une amélioration de l'accès en comparaison avec 2016-2017.

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	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	62.3	90	88.6	90
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	53.7	90	62.4	90
1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	N/A	N/A	N/A	N/A

1.09.34.08-PS Tomodensitométries

L'engagement n'est pas respecté. Toutefois, il est en bonne voie d'être atteint. Afin d'améliorer la situation, l'établissement a augmenté les heures d'ouverture des services de tomodensitométrie pour atteindre 24 heures, 7 jours par semaine (24/7), à St-Eustache, en septembre 2017, à l'instar de St-Jérôme. De plus, l'optimisation de l'utilisation de notre plateau technique, par l'envoi de patients électifs à Argenteuil, a permis d'augmenter l'accessibilité. Une nette augmentation par rapport à 2016-2017 démontre que les mesures mises en place ont porté fruit. L'ouverture d'un deuxième tomodensitomètre, prévue pour août 2018, à St-Jérôme, et le prolongement des heures d'ouverture de soir, à Des Sommets, viendront optimiser notre offre de service favorisant l'atteinte de l'engagement 2018-2019.

1.09.34.09-PS Résonances magnétiques

L'engagement n'est pas respecté malgré une ouverture 24/7 des deux appareils de la région. L'ouverture du service imagerie par résonance magnétique (IRM) 24/7, à St-Eustache, ne s'étant actualisée qu'en septembre 2017 en raison d'une problématique de recrutement de technologues, l'accessibilité devrait être augmentée dans une certaine mesure et ainsi réduire les délais.

1.09.34.10-PS Tomographies par émission de positrons (TEP)

Il n'y a pas de TEP au CISSS des Laurentides.

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 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100	100

2.02.02-EG2 Élimination des zones grises en hygiène et salubrité

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

Ressources humaines

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	9.12	7.5	9.82	7.5
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3.45	2.99	3.77	2.99
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1.34	1.34	1.54	1.34

3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire

L'engagement n'est pas respecté. Plusieurs mesures correctives ont été mises en place et seront poursuivies au cours de la prochaine année soit :

- Développement des indicateurs de suivi pour chacune des directions;
- Plan d'action spécifique à la direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), développement d'une approche globale d'accompagnement;
- Déploiement de plans d'action spécifiques dans les secteurs ciblés où le taux d'assurance salaire et d'accidents de travail est plus élevé;
- Audit des dossiers d'assurances salaires;
- Déclaration des déclarations d'accidents;
- Réalisation d'un forum pour les cadres dédiés à la présence au travail;
- Poursuite du déploiement d'entreprise en santé;
- Structure de la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques favorisant un support accru auprès des gestionnaires en matière de présence au travail.

3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires

L'engagement n'est pas respecté. Différents facteurs expliquent 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. Différentes mesures de redressement ont été mises en place au cours de l'année et se poursuivent, soit :

- Activités de recrutement dont la tenue de deux salons de l'emploi;
- Développement du cours d'assistance à la personne en établissement de santé, en collaboration avec le Centre de formation professionnelle de Mont-Laurier;
- Utilisation accrue des réseaux sociaux pour augmenter la visibilité du CISSS;
- Diverses ententes prises avec la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) pour améliorer la présence au travail, salons de postes accélérés, horaire de travail 7 jours/7 (pour Confédération des syndicats nationaux CSN et FIQ) pour la période estivale, rehaussement des heures de postes et gestion des horaires en pré-cédule.

3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante

L'engagement n'est pas respecté. Les différents facteurs qui influencent déjà le taux d'heures supplémentaires s'appliquent également au recours à la main-d'œuvre indépendante.

Ressources technologiques

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	95.1	95.1	85.7	N/A

6.01.01-EG2 Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)

L'engagement n'est pas respecté. Un écart s'est manifesté à partir de la P11 provoqué par plusieurs départs parmi le personnel responsable des mises à jour.

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

Multiprogrammes

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018	Engagement 2018-2019
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	55	60	53	65.1

7.01.00-PS Premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)
 L'engagement n'est pas respecté. Des changements seront apportés au processus de suivi des charges de cas permettant d'améliorer la dispensation de services dans un délai de 30 jours.

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 et la qualité 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

Le CISSS des Laurentides a reçu sa première visite d'agrément en tant qu'établissement fusionné en mai 2017. Malgré le défi important d'harmoniser les pratiques auprès des équipes des différentes installations (hôpitaux, CLSC, CHSLD, etc.), la mobilisation du personnel et des gestionnaires a permis de répondre aux exigences d'Agrément Canada. Lors de la visite, 2 129 critères ont été évalués et le CISSS s'est conformé à 86,5 % de ceux-ci. Les secteurs visités étaient la santé physique et le soutien à l'autonomie des personnes âgées. Les normes suivantes ont été évaluées :

Leadership	Gouvernance	Urgences
Gestion des médicaments	Soins ambulatoires	Soins à domicile
Soins primaires	Soins critiques	Soins de longue durée
Traitement du cancer	Retraitement	Médecine
Services périopératoires et soins invasifs	Prévention et contrôle des infections	Imagerie diagnostique

Dans son rapport, l'équipe de visiteurs d'Agrément Canada, a mentionné plusieurs forces observées dans l'établissement. Parmi celles-ci on note la collaboration, les outils et les stratégies de communication ainsi que l'interdisciplinarité. La compétence et l'implication du conseil d'administration ont également été soulignées. Pour le secteur clinique, les efforts afin de diminuer les délais d'attente, la planification des services chirurgicaux, et ce, pour l'ensemble du CISSS, de même que l'identification des spécimens de laboratoire, les services d'endoscopie des hôpitaux de Sainte-Agathe-des-Monts et de Saint-Eustache, le programme d'admission de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme, l'approche adaptée à la personne âgée et la restructuration du service de génie biomédical furent soulignées.

Pour la sécurité des usagers, les visiteurs ont souligné le souci envers la sécurité du patient et l'évaluation du risque suicidaire. Quant aux soins centrés sur l'utilisateur et sa famille, l'organisation a été félicitée pour son approche professionnelle et humaine observée pendant la visite. Pour le volet éthique, le leadership organisationnel en matière d'éthique, la philosophie de l'éthique clinique de l'organisation et l'application de l'aide médicale à mourir ont été mentionnés comme des bons coups pour le CISSS. En matière de gestion des risques, les visiteurs ont souligné le fait que les politiques et procédures étaient bien harmonisées, ainsi que l'engagement de la haute direction et la culture de non-blâme. Enfin, en termes d'amélioration de la qualité, l'équipe de visiteurs a mentionné le déploiement de la salle de pilotage stratégique du comité de direction et les salles de pilotage tactiques des directions, l'évaluation de la performance, les audits qui ont été développés et l'approche qualité en imagerie médicale.

Bon nombre d'améliorations concrètes ont été apportées pour répondre aux standards de qualité attendus suivant la visite. Elles touchent principalement les secteurs suivants : la gestion sécuritaire des médicaments, la promotion des droits des usagers, l'accompagnement des usagers lors d'un processus de plainte, la meilleure identification des usagers à l'urgence, la prévention de la violence en milieu de travail, l'amélioration du transfert de l'information aux points de transition entre les diverses unités des centres hospitaliers, la prévention des chutes (identification des risques et réévaluation des facteurs de risques) pour tout le secteur ambulatoire de notre CISSS, la réévaluation régulière des usagers à risque de plaies de pression, le dépistage des usagers à risque de développer une thromboembolie veineuse et l'amélioration de la formation du personnel sur l'ensemble des diverses pompes à perfusion en utilisation dans le CISSS.

De par ces améliorations, le CISSS des Laurentides maintient son engagement à dispenser des services accessibles, continus, sécuritaires et de qualité à sa population.

La sécurité et la qualité des soins et des services

Le comité de gestion des risques

Durant l'année 2017-2018, le comité stratégique de gestion des risques, ainsi que ses cinq sous-comités, se sont dotés d'indicateurs de suivi spécifiques :

- Les divers types d'événements par regroupement de services;
- Les types d'événements avec conséquences graves;
- Le suivi spécifique des :
 - Chutes
 - Erreurs de médicament
 - Tentatives de suicide
- Le taux de réalisation des analyses sommaires.

Aussi, la politique, la procédure de gestion des événements sentinelles, ainsi que les outils associés, ont été révisés afin de mieux répondre à la complexité et à la diversité des situations rencontrées.

La déclaration

Pour l'année 2017-2018, il y a eu 21 702¹ déclarations produites pour l'ensemble du CISSS des Laurentides. Bien qu'il y ait une diminution au niveau du volume des déclarations depuis la création du CISSS, cet écart est moins marqué que celui des deux dernières années. Ceci permet d'émettre l'hypothèse que la culture de déclaration est bien implantée dans l'organisation.

Nombre de déclarations		
2016-2017	2017-2018	Diminution
22 994	21 702	5,6 %

Plusieurs actions ont été réalisées en cours d'année afin de consolider la culture de gestion des risques dont la création d'un outil de suivi en gestion des risques permettant aux gestionnaires d'assurer un retour auprès des équipes et ainsi favoriser une plus grande mobilisation de ces dernières.

De ces actions, on compte également, l'émission périodique d'un état de situation détaillé sur les déclarations devant être analysées. En plus d'être suivi dans certains caucus et salles de pilotage de directions, cet indicateur est également suivi par plusieurs instances notamment, le comité stratégique de gestion des risques, le comité de vigilance de la qualité et le conseil d'administration via les rapports trimestriels en gestion des risques.

Cette année, ce sont 111 événements à risques élevés qui ont été signalés à la gestion des risques; de ce nombre, 64 ont été retenus comme étant sentinelles et ont fait l'objet d'un plan d'action.

¹ Données extraites du SISSS en date du 2018-04-19; ces données peuvent être appelées à changer dû à la poursuite des travaux en lien avec la saisie des déclarations et des analyses sommaires.

Les risques identifiés

Le tableau suivant dresse un portrait des types d'événements ayant fait l'objet d'une déclaration. Les types d'événements les plus déclarés demeurent les chutes et les erreurs de médicament. Toutefois, le nombre de chutes ayant eu des conséquences graves (statut de gravité G à I) a diminué par rapport à l'année dernière et aucun événement avec conséquences graves lors d'erreurs de médicament n'a été rapporté cette année.

Ces deux types d'événements sont au centre des préoccupations du comité permanent de prévention des chutes ainsi que du comité du circuit du médicament.

Types d'événement	A	B	Total	Pourcentage 21702* déclarations
Médication	233	611	844	3,89%
Autres **	192	282	474	2,18%
Chute	181	139	320	1,47%
Traitement	80	138	218	1,00%
Test Dx Laboratoire	46	165	211	0,97%
RDM/MMUU	13	167	180	0,83%
Lié au matériel	35	67	102	0,47%
Lié aux effets personnels	36	43	79	0,36%
Abus/Agression/Harcèlement/Intimidation	38	36	74	0,34%
Lié à l'équipement	23	33	56	0,26%
Test Dx Imagerie	14	29	43	0,20%
Diète	12	25	37	0,17%
Lié au bâtiment	12	15	27	0,12%
Total général	915	1750	2665	12,28%

Types d'événement	C	D	E1	E2	F	G	H	I	Total	Pourcentage 21702 * déclarations
Chute	1933	4115	1282	113	97	5		12	7557	34,82%
Médication	3187	1131	201	24	7				4550	20,97%
Autres **	796	885	796	107	40	1	2	10	2637	12,15%
Abus/Agression/Harcèlement/Intimidation	260	290	137	8	8			1	704	3,24%
Traitement	434	202	40	18	4		2	2	702	3,23%
Test Dx Laboratoire	237	67	6	2	3				315	1,45%
Lié au matériel	98	44	12	4					158	0,73%
Lié aux effets personnels	114	10	8	8	1			2	143	0,66%
Lié à l'équipement	59	14	8	3	1				85	0,39%
Diète	39	19	8	1					67	0,31%
Test Dx Imagerie	30	10	2	1	1				44	0,20%
RDM/MMUU	14	7	3				1		25	0,12%
Lié au bâtiment	12	2	3						17	0,08%
Total général	7213	6796	2506	289	162	6	5	27	17004	78,35%

* On dénombre 2033 déclarations pour lesquelles aucun indice de gravité n'est indiqué.

** Le type d'événement "Autres" regroupe plusieurs situations étant à l'origine d'accidents et d'incidents en contexte de prestation de service. Parmi celles-ci, les blessures d'origine connue, les blessures d'origine inconnue ainsi que les plaies de pression, sont les situations les plus déclarées dans cette catégorie. Toutefois, l'association erronée d'une situation à un événement demeure un enjeu important. À cet effet, la gestion des risques a développé un outil afin de faciliter la saisie dans le bon type d'événement.

Deux analyses prospectives ont été réalisées cette année; une pour la clientèle DI-TSA et une autre pour l'unité des naissances de l'Hôpital de Saint-Eustache. Se définissant comme une démarche proactive visant l'identification des risques et des mesures à mettre en place pour les contrer, ces analyses prospectives ont notamment permis :

- L'achat de tables de réanimation de surplus afin d'améliorer la capacité d'intervention en situation d'urgence sur une unité des naissances;
- L'identification de pistes de solution visant l'amélioration de la sécurité des usagers ayant un trouble grave du comportement lors d'activités de jour.

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

La vigie concernant le suivi des indicateurs en gestion des risques aura permis d'émettre des recommandations. En effet, le comité stratégique a recommandé, aux directions cliniques concernées, le déploiement de mesures spécifiques issues d'une analyse de tendance en regard des chutes avec conséquences graves survenues sur des unités de soins de courte durée.

Structure de gouvernance

Tout comme en gestion des risques, l'année 2017-2018 aura permis au CISSS des Laurentides de mettre en place des structures lui permettant d'assurer une vigie et de travailler des dossiers afin de prévenir et de contrôler les infections.

Un comité stratégique de prévention et contrôle des infections a été mis sur pied, et celui-ci s'est réuni à trois reprises au cours de l'année. Il est soutenu par les comités suivants :

- Comités opérationnels (4) par regroupement territorial, dont deux sont actuellement en fonction;
- Un comité spécifique pour le programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées.

Surveillance des infections nosocomiales

Notre établissement s'est également assuré de mettre en place les mécanismes de surveillance exigés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Un tableau de bord permet de suivre le taux d'incidence pour quatre bactéries. Les résultats sont présentés dans le tableau qui suit :

QUALITÉ DES SERVICES							
Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées aux séjours en milieu hospitalier (Résultats annuels)							
	Tendance	2017-2018	Cible	At. Cible	2016-2017	Var %	Var 1 an
Taux d'incidence <i>C. difficile</i>	=	4,7	6,3	●	5,1	-8%	●
Taux d'incidence SARM	=	4,3	8,0	●	3,3	32%	▲
Taux d'incidence ERV	-	13,0	8,0	◆	5,7	129%	◆
Taux d'incidence BGNPC	=	0,6	1,0	●	0,2	s/o	s/o

Extrait du Tableau de bord du conseil d'administration

Clostridium difficile et SARM

Nous atteignons notre cible établie pour les taux d'incidence du *Clostridium difficile* (6,3) et le SARM (8,0), et ce, malgré une éclosion persistante de *Clostridium difficile* à l'Hôpital Laurentien et une augmentation des cas de SARM à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme.

ERV

Notre cible pour l'ERV (8,0) n'a pas été atteinte pour 2017-2018. Cette hausse du taux d'incidence est reliée à plusieurs éclosions dans différentes unités à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme et une éclosion au Centre multiservices de santé et de services sociaux d'Argenteuil.

BGNPC

Le taux d'incidence pour les BGNPC reste sous la cible établie malgré une augmentation du taux de 0,2 à 0,6. Le nombre de cas est passé de 5 pour 2016-2017 à 15 pour 2017-2018. Ces chiffres sont calculés pour le CISSS, mais les cas sont retrouvés en majorité à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme et reliés à deux éclosions. Un comité de gestion d'éclosion et des mesures strictes de contrôle ont été mis en place afin de prévenir l'apparition de nouveaux cas nosocomiaux. Ces mesures sont toujours en place.

L'hygiène des mains

Puisqu'il s'agit toujours de la mesure la plus efficace au niveau de la prévention et du contrôle des infections, des actions spécifiques ont été accomplies en lien avec l'hygiène des mains.

- Développement d'un formulaire et d'un tableau de bord informatique standardisé pour la surveillance de l'hygiène des mains.
- Plan d'action pour réaliser des observations par les travailleurs de la santé dans les différentes installations du CISSS et donner des résultats en temps réel.
- En 2017-2018, plus de 4 000 observations ont été effectuées et le taux de conformité a été de 50,2 %. Le taux cible de conformité à atteindre en 2018-2019 est de 75 %.

Recommandation concernant les éclosions de gale

À la suite de l'analyse d'une éclosion de gale survenue à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme, une recommandation a été émise pour élaborer une politique pour la prise en charge des employés exposés à un agent pathogène transmissible, et ce, afin de bien préciser les rôles et les responsabilités des différents acteurs concernés.

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

L'objectif principal de l'année 2017-2018 était de finaliser la rédaction du Protocole sur l'application des mesures de remplacement et l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle et de développer les procédures d'application des directions cliniques de l'établissement. La coordination des travaux a fait l'objet de 10 rencontres, de juin 2017 à mars 2018, et laisse présager de nombreux changements de pratiques positifs pour la prochaine année.

À cet effet, simultanément à cet important projet d'harmonisation des pratiques, les directions cliniques ont initié et poursuivi des interventions pour se conformer au principal objectif ministériel : réduire voir éliminer les mesures de contrôle.

En soins de longue durée, le suivi de l'application des mesures de contrôle a été intégré aux caucus tactiques ce qui a rapidement donné des résultats positifs : le taux régional d'utilisation de contention physique en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), qui était évalué à 15 % en janvier 2017, a diminué à 9 % en décembre de la même année.

En santé mentale, les unités de psychiatrie de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme ont instauré un registre local de surveillance de l'utilisation des mesures de contrôle. Une formation sur le projet de la nouvelle procédure d'application a été diffusée à l'ensemble du personnel afin d'établir un suivi clinique rigoureux visant la promotion des mesures de remplacement et l'utilisation en dernier recours des mesures de contrôle. De plus, les nouvelles connaissances acquises sur l'interdisciplinarité et le partenariat de soins (notamment aux soins intensifs et soins médico-légaux), ont permis d'intégrer la notion de planification des mesures de contrôle et d'impliquer l'utilisateur dans la recherche de mesures alternatives. Toutes ces actions de la direction ont permis de diminuer de 50 % l'usage de mesure de contrôle, et ce, en un seul mois.

En jeunesse, le secteur des unités de réadaptation a mis sur pied un comité de travail interdisciplinaire, pour le développement de la procédure, où tous les campus étaient représentés. Ainsi, les travaux ont favorisé une compréhension commune des enjeux liés aux mesures de contrôle pour ce secteur et ont permis d'assurer une cohérence entre les attentes du MSSS et la philosophie selon l'approche préconisée par la formation *Intervention Thérapeutique lors de Conduites Agressives*.

Devant cette belle progression de l'harmonisation des pratiques, le comité tactique sur les mesures de contrôle a fait une demande de formalisation afin de devenir permanent. Ainsi, il pourra consolider l'expertise partagée durant la dernière année, soutenir les directions cliniques dans le déploiement de leur procédure d'application, assurer la mise à jour des connaissances et des pratiques cliniques en la matière et assurer la surveillance de ces activités transversales à haut risque pour les usagers et les intervenants.

Les priorités pour la prochaine année sont les suivantes :

- Adoption du protocole sur l'application des mesures de remplacement et l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle par le conseil d'administration et diffusion aux équipes de soins et services;
- Finalisation et déploiement des procédures d'application dans les directions cliniques;
- Mise en place des processus d'évaluation de la qualité.

Suivis apportés aux recommandations formulées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Faits saillants

Au cours de l'année 2017-2018, 2 374 dossiers ont été traités par l'équipe du commissariat aux plaintes et à la qualité des services lesquels ont générés 424 recommandations ou engagements formels. Tous ont fait l'objet de suivis appropriés ou sont en cours de suivi et ont été portés à l'attention du comité de vigilance et de la qualité, permettant ainsi de prévenir la récurrence de situations similaires à l'avenir.

Exemples de recommandations et engagements formulés

- Offrir du matériel permettant à la clientèle malentendante de connaître les étapes à suivre lorsqu'elle se présente à l'urgence;
- Prendre les mesures nécessaires afin de s'assurer que le tarif journalier facturé soit en cohérence avec les services disponibles dans la chambre occupée;
- Mettre en place les moyens appropriés visant à obtenir un consentement libre et éclairé des patients lors de la présence d'un stagiaire pendant un examen médical;
- Faire preuve de souplesse en permettant aux résidents qui le souhaitent de pouvoir décaler légèrement les heures de repas tout en bénéficiant du menu complet, et ce, afin de respecter leurs activités et habitudes de vie;
- Rappeler au personnel concerné les conduites attendues eu égard à l'attention, l'empathie et l'écoute à apporter en tout temps au patient et ses proches;
- Mettre en place les mesures nécessaires afin que soient réalisées les évaluations et réévaluations des usagers selon les lignes directrices pour l'infirmière au triage à l'urgence, et ce, quel que soit l'achalandage à l'urgence.

Traitement des insatisfactions

757	Nombre de plaintes conclues
207	Nombre d'interventions
1 175	Nombre d'assistances auprès des usagers
164	Nombre de consultations
71	Nombre de plaintes médicales
2 374	Total

Le délai moyen pour le traitement des plaintes est de 37 jours et 74 % des dossiers de plaintes ont été conclus dans un délai de 45 jours.

Principaux motifs de plaintes et d'intervention

- Les soins et services dispensés : 29 %
- L'accessibilité aux soins et aux services : 22 %
- Les relations interpersonnelles : 17 %

Bilan des dossiers examinés en maltraitance

Le projet de loi n° 115 a été sanctionné en mai 2017. Il a pour objet de lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute personne majeure en situation de vulnérabilité.

Le projet de loi confie au commissaire aux plaintes et à la qualité des services la responsabilité de traiter les plaintes et les signalements effectués dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité.

Au cours de l'exercice financier 2017-2018, 35 dossiers ont été traités par la commissaire pour lesquels 28 recommandations ont été formulées dans le but de faire cesser les situations d'abus.

Recours au Protecteur du citoyen

Pour l'année 2017-2018, 41 dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen pour étude. De ceux-ci, 10 concernaient des dossiers des années antérieures. Des 31 dossiers concernant l'exercice actuel, 17 ont fait l'objet d'un traitement qui a confirmé ou appuyé les conclusions de la commissaire, 3 dossiers ont reçu des recommandations d'amélioration dont un est toujours en cours de traitement. La commissaire est présentement en attente des conclusions du Protecteur du citoyen pour 11 dossiers.

Exemples de recommandations formulées

- Compléter l'élaboration du nouveau protocole d'application des mesures de contrôle et prendre les moyens pour le faire appliquer;
- S'assurer d'obtenir le consentement de l'usager et/ou de son représentant légal lorsque l'utilisation de mesures de contrôle est planifiée;
- S'assurer que toutes mesures définies comme étant des mesures de contrôle soient utilisées conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- Définir une offre de service minimale de services spécialisés pour la population présentant un trouble primaire du langage, âgée de 12 à 17 ans et jeune adulte.

Par ailleurs, le Protecteur du citoyen a ouvert 5 dossiers d'interventions spéciales portant spécifiquement sur les guichets d'accès aux médecins de famille, le 2^e bain en CHSLD, 2 ressources intermédiaires hébergeant de la clientèle présentant une déficience intellectuelle, la qualité des services dans un centre d'activités spécialisées en intégration sociale et finalement sur une situation concernant la prise en charge d'un usager par une équipe de sécurité dans une installation du CISSS des Laurentides.

Exemples de recommandations formulées

- Prendre les moyens afin que soient fournis les soins d'hygiène corporelle à la personne hébergée, visant à répondre à ses besoins;
- S'assurer que la planification d'une transition vers une nouvelle ressource respecte le rythme des personnes concernées;
- Établir une politique administrative qui détermine et qui encadre les circonstances et les étapes pouvant justifier la relocalisation de personnes hébergées en urgence sans leur consentement ou l'autorisation du représentant légal.

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

	Installations					
	ST-JÉRÔME	LAC-DES-DEUX-MONTAGNES	ARGENTEUIL	DES SOMMETS	ANTOINE-LABELLE	TOTAL
Nombre de mises sous garde préventive	1 323	1 151	21	231	59	2 785
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	1 084	974	20	189	51	2 318
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin qui y exerce	()	0	0	()	()	7
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal	()	0	0	()	()	7
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire par l'établissement	()	0	0	()	()	7
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisées en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	818	9	0	49	28	904
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	648	7	0	44	25	724
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	486	8	0	36	17	547
Nombre d'usagers différents mis sous garde tous types confondus (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période)	1 567	982	20	224	65	2 858

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



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 de l'établissement à l'adresse : www.santelaurentides.gouv.qc.ca.

L'information et la consultation de la population

Notre établissement 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 aux 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.

Des usagers partenaires sont impliqués dans différents comités d'amélioration continue et enrichissent les travaux de par leur expérience de soins et de services.

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 permettent d'entretenir des relations privilégiées avec les différents organismes et les différentes instances de la communauté.

Le CISSS accompagne le comité Laurentian English Services Advisory Network quant à leurs initiatives communautaires et, au besoin, assure les liens avec les directions clientèle de l'établissement.

**Pour tout renseignement, 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)

Les travaux d'implantation et d'application des différents volets de la *Loi concernant les soins de fin de vie* se sont poursuivis au courant de la dernière année (2017-2018), notamment la consolidation ou la révision de certains processus et l'initiation de nouveaux projets pour répondre davantage aux besoins des usagers en fin de vie et leurs proches :

- Consolidation du nouveau fonctionnement du groupe interdisciplinaire de soutien et recrutement de nouveaux membres;
- Accompagnement des équipes de soins et services (centres hospitaliers, soins à domicile, centres d'hébergement) pour le traitement de 59 demandes d'aide médicale à mourir;
- Début des travaux de révision des documents de référence sur l'aide médicale à mourir à la suite de la diffusion du guide révisé par le Collège des médecins du Québec;
- Rédaction et validation d'un protocole de surveillance de la sédation palliative continue;
- Formation générale en soins de fin de vie des intervenants de l'équipe interdisciplinaire du programme soutien à domicile (volet 2);
- Révision et refonte du format du mentorat en soins de fin de vie des préposés aux bénéficiaires en centres d'hébergement de soins de longue durée afin d'augmenter l'efficacité;
- Formation en soins de fin de vie de 110 préposés aux bénéficiaires (en 6 semaines) avec le nouveau format de mentorat;
- Diffusion du nouveau format de mentorat autorisé par le MSSS aux CISSS et CIUSSS intéressés;
- Application du processus d'agrément des maisons de soins palliatifs;
- Initiation des travaux pour développer un continuum de soins et de services en soins palliatifs;
- Production de deux rapports semestriels sur les soins de fin de vie.

¹ Il est à noter que les données présentées dans le rapport annuel de gestion de l'an dernier (2016-2017) étaient celles de la période du 10 décembre 2015 au 10 décembre 2016.

**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 2016 au 9 juin 2017 et du 10 juin 2017 au 10 décembre 2017)

Activité	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	2 728
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	84
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	59
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	35
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : ▪ Décès de l'utilisateur avant la fin du processus : 6 ▪ Ne répondaient pas aux critères d'admissibilité : 4 ▪ Utilisateur opte pour la sédation palliative continue : 7 ▪ Transfert dans un autre établissement : 1 ▪ Retrait de la demande : 5 ▪ Perte de l'aptitude de l'utilisateur à consentir avant l'administration : 1	24

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 2018)	
Temps complet, nombre de personnes	347
Temps partiel, nombre de personnes	28
ETC (t. partiel)	21,86
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	6

Personnel régulier (en date du 31 mars 2018)	
Temps complet, nombre de personnes	6 156
Temps partiel, nombre de personnes	3 716
ETC (t. partiel)	2130,46
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	2

Personnel non détenteur de postes (occasionnels)	
Nombre de personnes	3 436

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 ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) transmet à l'établissement le niveau annuel des heures rémunérées à respecter. Pour la période d'avril 2017 à mars 2018, 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. Voici l'état de la situation en date de mars 2018.

Le nombre total d'heures rémunérées a augmenté de 3,2 %. Le CISSS des Laurentides n'a donc pas atteint la cible de réduction de 1 % selon le MSSS, pour la période 2017-2018. Cet écart à la cible provient de nombreux investissements annoncés en cours de l'exercice financier qui ont eu des impacts additionnels imprévus sur nos effectifs et ont aussi contribué au dépassement des cibles allouées par le ministre de la Santé et des Services sociaux. L'autre variable qui a influencé négativement l'atteinte de la cible d'heures rémunérées est l'augmentation, de 2014-2015 à 2017-2018, des heures rémunérées en assurance salaire.

Des mesures correctives, inscrites dans un plan d'action adopté par le conseil d'administration, sont en cours afin d'atteindre cette cible, dont la mise en place d'un comité paritaire en santé et sécurité au travail. Ce comité est directement rattaché à la volonté de la Direction générale de viser « zéro accident », dans un esprit de présence au travail. D'autres mesures ont également été prises : engagement de la direction et mise en œuvre d'un cadre de référence en matière de santé et sécurité au travail, mise en place des meilleures pratiques de gestion médico administratives, formation et outils de soutien aux gestionnaires et aux médecins, mise en place d'outils pour encadrer et structurer la base des activités de prévention, analyse des indicateurs pour identifier les directions ou les secteurs en difficulté, identification et analyse des causes d'absentéisme, déploiement d'une équipe multidisciplinaire pour l'identification et la mise en place des actions en collaboration avec les directions concernées, une équipe de cinq préventionnistes travaille quotidiennement sur le terrain pour mettre en place des actions correctrices, un plan d'action en santé psychologique, ainsi qu'un programme d'accompagnement, de formation et de coaching des cadres.

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

11045283 - CISSS des Laurentides		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2017-04-02 au 2018-03-31		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures 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
	2017-18	672 473	592	673 065	371	442
	Variation	(22,8 %)	(51,4 %)	(22,8 %)	(22,9 %)	(23,3 %)
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
	2017-18	2 814 068	15 455	2 829 523	1 567	2 029
	Variation	20,6 %	68,1 %	20,8 %	20,8 %	19,5 %
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
	2017-18	5 824 054	250 379	6 074 433	3 123	4 246
	Variation	5,8 %	10,3 %	6,0 %	5,3 %	3,8 %
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
	2017-18	8 924 716	196 503	9 121 219	4 915	7 046
	Variation	(0,2 %)	20,4 %	0,2 %	(0,1 %)	2,7 %
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
	2017-18	1 701 325	18 348	1 719 673	867	1 371
	Variation	(0,1 %)	18,4 %	0,1 %	(0,1 %)	1,3 %
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
	2017-18	21 152	66	21 217	12	81
	Variation	(34,4 %)	14,4 %	(34,4 %)	(34,5 %)	(34,1 %)
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
	2017-18	19 957 788	481 344	20 439 131	10 854	14 783
	Variation	2,9 %	15,7 %	3,2 %	2,9 %	3,8 %

Les ressources financières

- Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme
- L'équilibre budgétaire
- Les contrats de service
- L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Répartition des charges brutes par programmes

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent	
	Dépenses	%	Dépenses	%
Programmes-services				
Santé publique	18 756 736 \$	1,63 %	14 246 698 \$	1,31 %
Services généraux – activités cliniques et d'aide	48 878 124 \$	4,26 %	42 566 507 \$	3,91 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	200 401 740 \$	17,47 %	181 661 473 \$	16,69 %
Déficiences physique	39 810 190 \$	3,47 %	36 369 999 \$	3,34 %
Déficiences intellectuelle et TSA	62 327 761 \$	5,43 %	58 043 866 \$	5,33 %
Jeunes en difficulté	94 660 997 \$	8,25 %	83 402 505 \$	7,66 %
Dépendances	5 748 349 \$	0,50 %	4 146 915 \$	0,38 %
Santé mentale	71 232 329 \$	6,21 %	63 453 420 \$	5,83 %
Santé physique ①	389 220 314 \$	33,92 %	392 452 031 \$	36,05 %
Programmes soutien				
Administration ②	66 440 280 \$	5,79 %	71 178 598 \$	6,54 %
Soutien aux services	81 737 379 \$	7,12 %	75 627 140 \$	6,95 %
Gestion des bâtiments et des équipements	68 198 400 \$	5,94 %	65 481 903 \$	6,02 %
Total	1 147 412 599 \$		1 088 631 055 \$	

① La diminution des coûts est reliée au regroupement des laboratoires vers le CISSS de Laval.

② La diminution des coûts est reliée au regroupement des services informatiques vers le CISSS de Lanaudière.

Pour plus d'information sur les ressources financières, vous pouvez consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel (AS-471) publié sur notre site Internet : www.santelaurentides.gouv.qc.ca.

L'équilibre budgétaire

Le CISSS des Laurentides termine l'exercice financier avec un déficit de 11 562 491 \$, composé d'un déficit au fonds d'exploitation de 13 670 628 \$ et d'un surplus de 2 108 137 \$ au fonds d'immobilisation. En réalisant un déficit, le CISSS des Laurentides contrevient aux articles 3 et 4 de la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux*, qui mentionne que tout établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice. Les principales causes du déficit 2017-2018 sont :

1.	Absentéisme	8,6 M\$
2.	Débordement inhabituel aux urgences et unités de soins	2,1 M\$
3.	Excédent des charges sur revenus – développements soins à domicile	4,0 M\$
4.	Divers	(1,0 M\$)
		<u>13,7 M\$</u>

Un plan d'équilibre budgétaire de 8,6 M\$ afin de régulariser l'absentéisme a été déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à la fin de l'exercice financier 2017-2018. Un changement important dans la méthode d'allocation des ressources en soutien à domicile a eu un impact négatif de 4 M\$ sur les résultats 2017-2018, annualisé à 3,2 M\$ en 2018-2019. Des discussions sont en cours avec le MSSS afin de régulariser cet écart. Les autres éléments qui expliquent le déficit 2017-2018 sont de nature non récurrente.

Les contrats de service

Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus conclus entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018

Nous tenons à préciser que le CISSS des Laurentides a été désigné par le Conseil du trésor par la décision CT214949 afin de lui permettre de se doter d'une directive sur les contrats de service non soumis à l'autorisation de son dirigeant. Cette directive fût adoptée par le conseil d'administration le 3 février 2016 et cette dernière est vigueur depuis.

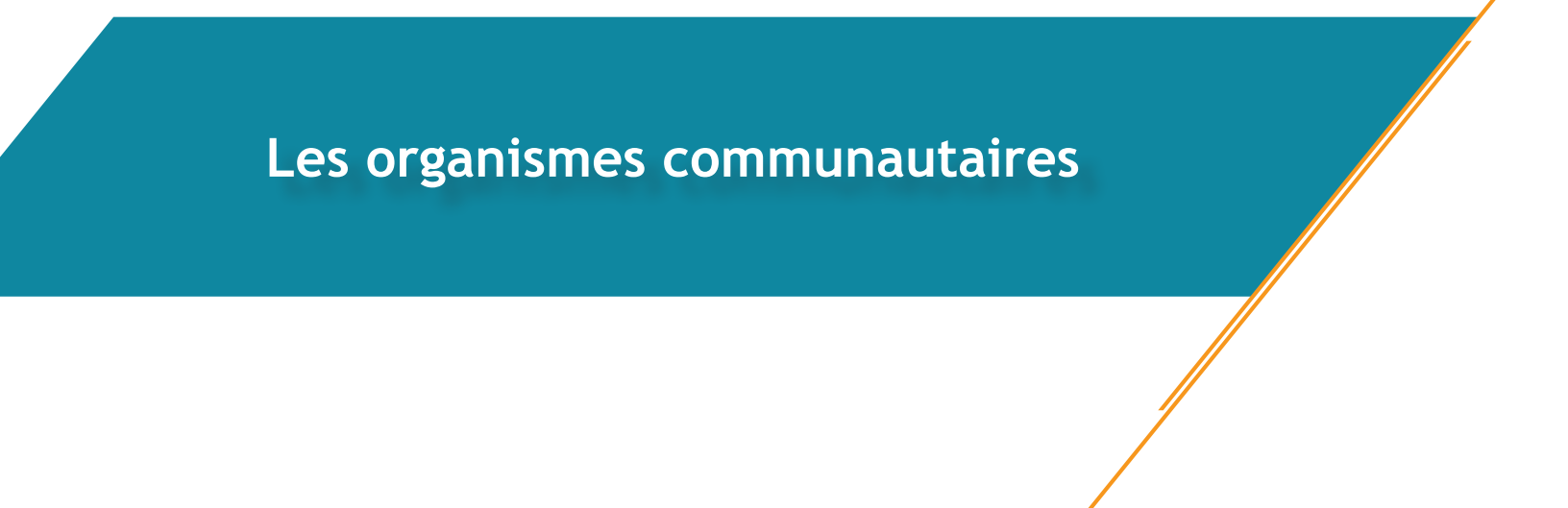
Vous trouverez donc, ci-dessous, l'état de l'application des dispositions relatives aux contrats de service, tel que prescrit par la *Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État* pour l'année 2017-2018. Les contrats de service inclus dans cette reddition sont ceux qui ont fait l'objet d'une autorisation du dirigeant du CISSS des Laurentides. Or, toutes les ententes visées comme non soumises par la directive sont exclues des données présentées.

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique	4	122 140, 00 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique	15	1 693 773,68 \$
Total des contrats de service	19	1 815 913,68 \$

L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis 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 2018		
	3	4	R 5	PR 6	NR 7
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	Depuis la création du C/A 6720 Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)-services sociaux généraux, le C/A 8002 n'est plus utilisé. L'unité de mesure « La demande » du C/A 6720 est compilée.	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.		
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)					
Rapport à la gouvernance					
DS et SJE - La direction n'a pas procédé à une évaluation globale des risques de fraude.	2009-10	O	Au cours de l'exercice 2017-2018, nous avons débuté 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	Plusieurs politiques et procédures sont présentement adoptées, d'autres sont en cours d'approbation et d'autres sont en rédaction.		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.	2009-10	C	Il existe un projet de politique suite à l'entrée en vigueur de la Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics (entrée en vigueur le 1 ^{er} mai 2017).		x

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Paielements 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 divergences 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 infrastructures 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

A teal parallelogram shape with two parallel orange diagonal lines extending from its right side towards the top right corner of the page.

Les organismes communautaires

Les organismes communautaires

Notre établissement a le mandat d'assurer le suivi relatif à 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 au cadre de référence régional. Le CISSS des Laurentides reconnaît formellement la contribution essentielle et originale des organismes communautaires à la santé et au bien-être de nos communautés. Cette année, ce sont 166 organismes communautaires qui ont été subventionnés par le PSOC.

Le CISSS exige une reddition de comptes annuelle qui comprend, entre autres, le rapport financier et le rapport d'activités. 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 des normes liées à leur mode de financement dans leur reddition de compte annuelle.

En 2017-2018, le CISSS s'est vu octroyer de la part du MSSS un budget de rehaussement de 543 400 \$ pour la consolidation d'organismes déjà financés et le financement de nouveaux organismes communautaires qui étaient en attente d'une première subvention.



Subventions versées aux organismes communautaires

Année financière 2017-2018

	Versement total 2016-2017	Versement total 2017-2018
Catégorie A - ALCOOLISME / TOXICOMANIE ET AUTRES DÉPENDANCES		
Groupe JAD	72 770 \$	78 279 \$
Unité-Toxi des Trois-Vallées (L)	16 788 \$	19 194 \$
Maison Lyse-Beauchamp (Ressource d'hébergement communautaire)	203 083 \$	204 505 \$
Regroupement en toxicomanie Prisme	148 495 \$	154 534 \$
Sablier	79 800 \$	85 359 \$
Tangage des Laurentides	80 286 \$	85 848 \$
Unité Domrémy de Ste-Thérèse inc.	155 063 \$	161 148 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie A	756 285 \$	788 867 \$
Catégorie B - CONTRACEPTION, ALLAITEMENT, PÉRINATALITÉ, FAMILLE		
6 ^e Jour Inc.	185 869 \$	185 632 \$
Centre de la famille des Hautes Laurentides	- \$	4 078 \$
Grands-Parents Tendresse	74 035 \$	74 505 \$
La Maison de la famille de Ste-Anne-des-Plaines	1 179 \$	950 \$
La Maison de la famille des Pays-d'en-Haut	1 179 \$	950 \$
La Maison de la famille du Nord	- \$	950 \$
La Petite Maison de Pointe-Calumet	1 179 \$	950 \$
Maison Parenfant des Basses-Laurentides	- \$	950 \$
Maison Pause-Parent	6 030 \$	9 199 \$
Naissance-Renaissance des Hautes-Laurentides	162 024 \$	166 285 \$
Nourri-Source - Laurentides	58 496 \$	67 905 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie B	489 991 \$	512 354 \$
Catégorie C - DÉFICIENCE PHYSIQUE		
Association de la fibromyalgie des Laurentides	150 158 \$	160 209 \$
Association des parents d'enfants handicapés des Hautes-Laurentides	25 504 \$	25 683 \$
Association des personnes avec des problèmes auditifs des Laurentides	280 725 \$	278 763 \$
Association des personnes handicapées Clair-Soleil	79 497 \$	80 053 \$
Association des personnes handicapées de la Rivière du Chêne	24 425 \$	24 596 \$
Centre d'Aide Personnes Traumatisées Crâniennes et Handicapées Physiques Laurentides	271 510 \$	278 411 \$
Dysphasie Laurentides	150 158 \$	151 209 \$
Groupe relève pour personnes aphasiques Laurentides	196 711 \$	212 088 \$
La Maison des parents d'enfants handicapés des Laurentides	60 029 \$	60 449 \$
Regroupement des handicapés visuels des Laurentides	150 159 \$	160 210 \$
Regroupement des personnes handicapées de la région de Mont-Laurier	51 115 \$	51 473 \$
Service Régional d'Interprétariat de Lanaudière (SRIL)	136 464 \$	137 419 \$
Société canadienne de la sclérose en plaques Section Laurentides	48 377 \$	57 701 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie C	1 624 832 \$	1 678 264 \$
Catégorie D - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE		
Acco-Loisirs inc.	131 357 \$	132 276 \$
Association des parents d'enfants handicapés des Hautes-Laurentides	40 956 \$	41 243 \$
Association des personnes handicapées Clair-Soleil	95 664 \$	99 334 \$
Association des personnes handicapées intellectuelles des Laurentides (APHIL)	128 826 \$	152 528 \$
Atelier Altitude inc.	173 030 \$	177 241 \$
La Libellule, pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle et leurs proches	352 872 \$	354 117 \$
La Maison des parents d'enfants handicapés des Laurentides	112 207 \$	108 709 \$
Les Papillons de Nomingue inc.	117 835 \$	119 911 \$
Parrainage civique Basses-Laurentides	64 417 \$	69 868 \$
Regroupement des personnes handicapées de la région de Mont-Laurier	67 947 \$	69 083 \$
Société de l'autisme S.A.R. Laurentides	223 385 \$	224 949 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie D	1 508 496 \$	1 549 259 \$

	Versement total 2016-2017	Versement total 2017-2018
Catégorie G - SANTÉ MENTALE		
Alternatives Laurentides	8 015 \$	8 071 \$
Association Laurentienne des proches de la personne atteinte de maladie mentale inc.	251 757 \$	262 519 \$
Association Panda Thérèse-De Blainville et des Laurentides	155 307 \$	165 394 \$
Atelier "Ensemble on se tient"	248 469 \$	253 810 \$
C.E.S.A.M.E. centre pour l'enfance en santé mentale Deux-Montagnes	169 802 \$	170 991 \$
Centre aux sources d'Argenteuil	195 966 \$	200 338 \$
Centre prévention suicide Le Faubourg	591 634 \$	595 775 \$
Collectif des Laurentides en Santé mentale	- \$	52 071 \$
Droits et recours Laurentides	214 886 \$	225 390 \$
Groupe La Licorne MRC Thérèse-De Blainville	262 593 \$	264 431 \$
L'Arc-en-Soi, centre de prévention et d'intervention en santé mentale	229 185 \$	230 789 \$
Le Groupe Harfang des Neiges des Laurentides	289 797 \$	291 826 \$
L'Échelon des Pays-d'en-Haut	174 106 \$	178 226 \$
L'Envolée, ressource alternative en santé mentale	164 261 \$	168 411 \$
Maison Clothilde	160 494 \$	166 617 \$
Panda Basses-Laurentides sud-ouest	154 015 \$	160 093 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie G	3 270 287 \$	3 394 752 \$
Catégorie H - CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE (CAB)		
Centre d'action bénévole d'Argenteuil	46 127 \$	46 450 \$
Centre d'action bénévole Léonie Bélanger inc.	59 540 \$	63 558 \$
Centre d'action bénévole Saint-Jérôme inc.	47 774 \$	48 108 \$
Entraide bénévole des Pays-d'en-Haut inc.	253 111 \$	265 772 \$
L'Action bénévole de la Rouge	41 241 \$	41 530 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie H	447 793 \$	465 418 \$
Catégorie J - PERSONNES AGÉES		
Atelier des Aînés de la M.R.C. Rivière-du-Nord	37 053 \$	36 138 \$
L'Antr'aidant	18 846 \$	40 105 \$
Maison Aloïs Alzheimer des Laurentides	219 233 \$	220 768 \$
Mouvement d'entraide de Bellefeuille (M.E.B.)	121 126 \$	122 705 \$
Prévoyance envers les aînés des Laurentides	- \$	38 000 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie J	396 258 \$	457 716 \$
Catégorie L - PERSONNES DÉMUNIES		
Amie du quartier	117 881 \$	122 609 \$
Café communautaire L'Entre-gens de Sainte-Adèle, Comté Rousseau	113 059 \$	109 897 \$
Centre communautaire Ferme-Neuve	60 327 \$	51 372 \$
Centre de la famille du Grand Saint-Jérôme	161 175 \$	167 303 \$
Centre d'entraide d'Argenteuil	191 433 \$	190 322 \$
Centre d'entraide Racine-Lavoie	173 495 \$	178 612 \$
Centre d'entraide Thérèse-De Blainville	110 926 \$	111 702 \$
Comité d'aide alimentaire des Patriotes	51 192 \$	47 157 \$
Comptoir d'entraide de Labelle	22 705 \$	22 864 \$
Garde Manger des Pays-d'en-Haut/Partage Amitié	64 006 \$	64 451 \$
La Maison d'entraide de Prévost	18 616 \$	18 600 \$
La rencontre de Sainte-Marguerite-du-Lac-Masson	59 987 \$	63 737 \$
L'Écluse des Laurentides	229 754 \$	231 362 \$
Manne du jour	88 185 \$	88 691 \$
Moisson Laurentides	184 176 \$	166 360 \$
Ressources communautaires Sophie	12 777 \$	38 594 \$
Resto Pop Thérèse-De Blainville	41 459 \$	45 449 \$
Soupe et Compagnie des Pays-d'en-Haut	56 001 \$	56 393 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie L	1 757 154 \$	1 775 475 \$
Catégorie N - ASSISTANCE ET ACCOMPAGNEMENT ET CENTRES D'ÉCOUTE TÉLÉPHONIQUE		
4 Korner Family Resource Center	56 887 \$	57 285 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie N	56 887 \$	57 285 \$

	Versement total 2016-2017	Versement total 2017-2018
Catégorie O - VIH - SIDA		
Centre Sida Amitié	252 913 \$	254 571 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie O	252 913 \$	254 571 \$
Catégorie Q - CONCERTATION ET CONSULTATION GÉNÉRALE		
Regroupement des organismes communautaires des Laurentides	202 887 \$	213 307 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie Q	202 887 \$	213 307 \$
Catégorie R - MAINTIEN À DOMICILE		
L'Action bénévole de la Rouge	136 613 \$	137 475 \$
Association des abeilles actives de Notre-Dame-du-Laus	19 318 \$	19 444 \$
Association régionale de Loisirs pour Personnes Handicapées des Laurentides (ARLPHL)	- \$	105 000 \$
Centre d'action bénévole d'Argenteuil	270 839 \$	272 618 \$
Centre d'action bénévole Laurentides	258 626 \$	276 189 \$
Centre d'action bénévole Léonie Bélanger inc.	201 617 \$	202 925 \$
Centre d'action bénévole les artisans de l'aide	321 520 \$	316 414 \$
Centre d'action bénévole Saint-Jérôme inc.	256 642 \$	258 370 \$
Centre d'action bénévole Solange-Beauchamp inc.	316 548 \$	318 667 \$
Centre d'aide et de références de Sainte-Anne-des-Plaines	123 682 \$	119 846 \$
Comité de bénévolat de Sainte-Anne-du-Lac	19 378 \$	19 504 \$
Comité de bénévolat pour s'entraider de Ferme-Neuve	19 668 \$	19 794 \$
Les Joyeux aînés macaziens	18 946 \$	- \$
Société Alzheimer Laurentides	389 776 \$	392 420 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie R	2 353 173 \$	2 458 666 \$
Catégorie S - MAISONS D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES VIOLENTÉES OU EN DIFFICULTÉ		
La Citad'Elle de Lachute	748 303 \$	753 541 \$
La Maison d'Ariane	765 087 \$	770 443 \$
L'Ombre-Elle, Maison d'aide et d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale	752 055 \$	757 319 \$
Maison d'Accueil Le Mitan inc.	753 757 \$	762 741 \$
Passe-R-Elle des Hautes-Laurentides	728 638 \$	733 738 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie S	3 747 840 \$	3 777 782 \$
Catégorie T - CENTRES DE FEMMES		
Centre de femmes Liber'Elles	45 569 \$	50 888 \$
Centre Rayons de femmes Thérèse-De Blainville	199 291 \$	203 686 \$
La Colombe	200 470 \$	204 636 \$
La Mouvance centre de femmes	199 291 \$	203 686 \$
Le Carrefour des femmes du Grand Lachute	229 879 \$	231 014 \$
Le Centre de femmes Les Unes et les Autres inc.	199 291 \$	203 686 \$
Signée femmes - Le centre de femmes	208 258 \$	212 671 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie T	1 282 049 \$	1 310 267 \$
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	470 704 \$	473 999 \$
L'Élan, centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	299 473 \$	301 569 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie V	770 177 \$	775 568 \$

	Versement total 2016-2017	Versement total 2017-2018
Catégorie W - AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL		
Centre d'entraide et de traitement des agressions sexuelles (CETAS)	279 931 \$	281 891 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie W	279 931 \$	281 891 \$
Catégorie X - AUTRES RESSOURCES POUR HOMMES		
A.C.C.R.O.C. Accueil collectif des conjoints en relation opprimante et colérique	232 260 \$	233 886 \$
Paix programme d'aide et d'intervention inc.	172 928 \$	183 138 \$
SOUS-TOTAL - Catégories X	405 188 \$	417 024 \$
Catégorie Z - ORGANISMES DE JUSTICE ALTERNATIVE		
Mesures alternatives des Basses-Laurentides	457 611 \$	460 814 \$
Mesures alternatives des Vallées du Nord	481 463 \$	484 798 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie Z	939 074 \$	945 612 \$
Catégorie 1 - MAISONS DE JEUNES		
Association des maisons de jeunes de Mirabel	101 878 \$	117 591 \$
Carrefour Jeunesse Desjardins	111 673 \$	112 455 \$
La Maison des jeunes de Blainville inc.	110 058 \$	110 828 \$
La Maison des jeunes de Grenville et agglomération	101 751 \$	104 751 \$
La Maison des jeunes de Labelle	101 751 \$	104 751 \$
La Maison des jeunes de Pointe-Calumet inc.	101 751 \$	104 751 \$
La Maison des jeunes de Sainte-Agathe	110 118 \$	113 177 \$
La Maison des jeunes d'Oka	101 751 \$	102 463 \$
L'Avenue 12-17	101 878 \$	102 591 \$
Maison des jeunes de Brownsburg-Chatham	101 751 \$	104 751 \$
Maison des jeunes de Deux-Montagnes	109 719 \$	112 775 \$
Maison des jeunes de la Minerve	60 903 \$	68 016 \$
Maison des jeunes de la Vallée de la Rouge inc.	122 683 \$	125 830 \$
Maison des jeunes de Mont-Laurier	133 657 \$	134 593 \$
Maison des jeunes de Saint-Eustache inc.	123 088 \$	123 950 \$
Maison des jeunes de Saint-Jovite	115 616 \$	116 425 \$
Maison des jeunes des Basses-Laurentides inc.	155 472 \$	156 560 \$
Maison des jeunes Rivière-du-Nord	123 088 \$	123 950 \$
Maison des jeunes Sainte-Adèle	112 873 \$	113 663 \$
Maison des jeunes Sainte-Anne-des-Plaines	107 933 \$	112 389 \$
Maison des jeunes Saint-Sauveur - Piedmont inc.	60 901 \$	61 327 \$
Maison des jeunes Sodarrid de Boisbriand	108 624 \$	109 384 \$
Univers Jeunesse Argenteuil	152 033 \$	156 847 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie 1	2 530 950 \$	2 593 818 \$
Catégorie 2 - AUTRES RESSOURCES JEUNESSE		
Appartements supervisés Le Transit	31 340 \$	31 287 \$
Centre ressource jeunesse N.D.L.	51 799 \$	58 670 \$
Espace Laurentides	145 976 \$	160 998 \$
L'Antre Jeunes	166 506 \$	167 248 \$
Les Grands Frères et Grandes Sœurs de la Porte du Nord	74 245 \$	79 765 \$
Parrainage civique Basses-Laurentides	41 207 \$	41 495 \$
S.O.S. Jeunesse	54 282 \$	54 662 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie 2	565 355 \$	594 125 \$

	Versement total 2016-2017	Versement total 2017-2018
Catégorie 4 - CANCER		
Albatros Mont-Laurier (MRC Antoine-Labelle)	17 732 \$	17 848 \$
Pallia-Vie service des soins palliatifs à domicile	182 480 \$	183 677 \$
Palliaccio	15 000 \$	40 105 \$
SERCAN	80 289 \$	89 780 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie 4	295 501 \$	331 410 \$
Catégorie 5 - SANTÉ PUBLIQUE		
Bouffe Laurentienne	13 358 \$	- \$
Café Partage Argenteuil	2 024 \$	43 000 \$
Centre d'intervention en hortithérapie Les Serres de Clara	21 128 \$	- \$
La Montagne d'Espoir	7 347 \$	43 000 \$
Le Centre regain de vie inc.	13 692 \$	14 390 \$
Maison de la famille de Bois-des-Filion	11 020 \$	14 390 \$
Maison de la famille de Mirabel	- \$	3 700 \$
Services d'entraide "Le Relais"	12 711 \$	47 500 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie 5	81 280 \$	165 980 \$
Catégorie 6 - MAISONS D'HÉBERGEMENT COMMUNAUTAIRE JEUNESSE		
Accueil communautaire jeunesse Le Labyrinthe	301 886 \$	312 999 \$
La Maison d'hébergement Le Préfixe des Basses-Laurentides inc.	339 397 \$	350 773 \$
La Maison Le Petit Patro des Basses-Laurentides	374 016 \$	385 634 \$
Maison d'hébergement Accueil communautaire jeunesse des Basses-Laurentides inc.	374 016 \$	376 634 \$
Maison d'hébergement jeunesse La Parenthèse	365 987 \$	377 549 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie 6	1 755 302 \$	1 803 589 \$
Total - PSOC	25 769 603 \$	26 603 000 \$

Les fondations

Les fondations

Les 16 fondations associées au CISSS des Laurentides travaillent à mobiliser les citoyens et le milieu des affaires en poursuivant un objectif commun : offrir à la population du territoire des services de santé et sociaux de proximité de qualité égale, voire supérieure à ce que l'on retrouve dans les grands centres. À cet égard, nos fondations bonifient, jour après jour, ce que le réseau est en mesure d'offrir.



FONDATIONS
du CISSS des Laurentides

Nos fondations en bref



Fondation du CLSC Jean-Olivier-Chénier

La Fondation a pour objectif principal de collaborer au mieux-être de la population du territoire desservi par le CLSC Jean-Olivier-Chénier. Elle sollicite et administre les dons, legs ou autres contributions qu'elle reçoit afin qu'ils servent au maintien et à l'amélioration de la santé des personnes dans le besoin.



Fondation André-Boudreau

La Fondation promet, diffuse et soutient tout projet ou initiative susceptible d'apporter une valeur ajoutée aux programmes de prévention et de traitement offerts par les organisations de santé et de services sociaux aux jeunes ayant des problèmes liés à l'alcool, aux drogues, aux médicaments pris sans ordonnance et au jeu.



Fondation Soleil du Centre d'Accueil St-Benoît

La Fondation amasse des fonds pour offrir une meilleure qualité de vie aux résidents du Centre d'hébergement de Saint-Benoît et améliore ainsi leur quotidien, tout en procurant de meilleures conditions de pratique professionnelle aux intervenants.



Fondation Florès

La Fondation s'emploie à soutenir les personnes ayant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience physique ainsi que leurs proches dans leurs démarches d'intégration et de participation sociales.



Fondation du Manoir Saint-Eustache

La Fondation fait la promotion et appuie toutes les actions visant les objectifs de prévention, d'aide et de soutien aux personnes âgées ou en perte d'autonomie. Les activités de financement servent principalement pour les résidents du Centre d'hébergement de Saint-Eustache (ex. : zoothérapie, musique, activités sociales) et pour les usagers du Centre de jour.



Fondation des CHSLD Drapeau Deschambault-Maisonnette

La Fondation procure, aux résidents des CHSLD Drapeau-Deschambault et Hubert-Maisonnette, de l'équipement spécialisé et du transport adapté. De plus, elle aide à développer l'intérêt des résidents avec des projets comme la musicothérapie, l'animation du milieu de vie et la zoothérapie.



Fondation de la Résidence Espace de Vie

La Fondation apporte une aide directe aux résidents de cette ressource, handicapés intellectuels, afin d'améliorer leur mieux-être et d'assurer le respect de leur dignité. Elle offre des activités et des équipements de loisir et thérapeutiques qui ne sont pas fournis par le CISSS des Laurentides. Elle organise également des activités d'intégration dans la communauté.



Fondation du Centre Jeunesse des Laurentides

La Fondation soutient les jeunes et leur famille aux prises avec de grandes difficultés personnelles, familiales ou sociales. Ses programmes encouragent le développement global des enfants et des jeunes desservis par le CISSS des Laurentides.



Fondation de l'Hôpital d'Argenteuil

La Fondation soutient le Centre multiservices de santé et de services sociaux (CMSSS) d'Argenteuil dans ses projets, en organisant différentes campagnes de financement visant à améliorer l'offre de service du CMSSS.



Fondation de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme

La Fondation sensibilise et mobilise la population desservie par l'hôpital vers l'adoption d'une culture du don afin d'assurer l'excellence des soins dispensés à ses usagers. Elle finance également de multiples projets pour la santé des enfants et des aînés.



Fondation médicale des Laurentides et des Pays-d'en-Haut

La Fondation fournit des équipements de qualité à l'Hôpital Laurentien de Sainte-Agathe-des-Monts et à tout autre organisme des nombreuses municipalités du territoire des Pays-d'en-Haut et des Sommets offrant des services de santé ou des services sociaux.



Fondation CHDL-CRHV

La Fondation du Centre hospitalier des Laurentides et Centre de réadaptation des Hautes-Vallées promeut des services de santé de qualité, soutient le développement technologique du Centre de services de Rivière-Rouge et améliore la qualité de vie des usagers. Elle fournit aux intervenants de cette installation du CISSS les outils nécessaires pour offrir à la population de meilleurs soins médicaux et des services de santé adéquats.



Fondation du Centre hospitalier de Mont-Laurier

La Fondation amasse des fonds afin de doter le centre hospitalier et les autres installations du territoire d'équipements spécialisés, permettant ainsi d'élargir l'offre de services médicaux, tout en facilitant le recrutement et la rétention des médecins dans la région.



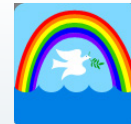
Fondation Hôpital Saint-Eustache

La Fondation est un partenaire de premier plan dans la réalisation de la mission de l'Hôpital de Saint-Eustache auprès de la population. Elle soutient l'hôpital en permettant l'acquisition d'équipements de haute technologie n'étant pas financés par le MSSS. Elle facilite ainsi la prestation de soins hospitaliers de première qualité dans notre région.



Fondation de la Résidence Lachute

La Fondation amasse des fonds pour offrir une meilleure qualité de vie aux résidents et aux résidentes de la Résidence Lachute, un centre d'hébergement accueillant les aînés de la communauté anglophone des Laurentides.



Fondation des CHSLD de La Rivière-du-Nord

La Fondation des CHSLD de La Rivière-du-Nord regroupe trois centres d'hébergement, soit Youville, L'Auberge et Lucien-G.-Rolland. Elle contribue à l'amélioration de la qualité de vie des résidents de ces centres d'hébergement en finançant certaines activités sociales ou en achetant de l'équipement.

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

14. Le membre qui est en situation de 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 majuscules],
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'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office 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'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :		
_____ _____ _____		
2. Titre d'administrateur		
☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.		
☐ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:		
_____ _____ _____		
3. Emploi		
« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.		
Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).		
En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ 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

**Bilan de suivi de gestion de l'entente
de gestion et d'imputabilité 2017-2018**
**Détails des attentes spécifiques du
chapitre III**

SECTION I – SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
2.1	Bilan des activités réalisées	Un bilan faisant état des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	Réalisée à 100 %
2.2	Comité prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN)	Remplir le formulaire du système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED) indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et le comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, Santé et Services sociaux, Québec 2006 ».	Réalisée à 100 %

SECTION II – SERVICES SOCIAUX (DGSS)

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
3.1	Implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance et plan de travail	L'établissement devra transmettre au MSSS une liste des installations de son territoire devant implanter le protocole, un plan de travail détaillant les activités prévues ainsi que l'échéancier de l'implantation du protocole. Un gabarit permettant l'identification des installations pertinentes sera fourni. Ces livrables permettront de déterminer la cible associée à l'indicateur « pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance », par établissement et nationalement.	Réalisée à 100 %
3.2	Poursuivre la mise en œuvre des composantes des programmes d'intervention en négligence (PIN)	Assurer la mise en œuvre de toutes les composantes obligatoires des PIN avant le 31 mars 2018. Un formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'utilisateurs ayant participé au programme.	Réalisée à 100 %
3.3	Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les utilisateurs hébergés en CHSLD public	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	Réalisée à 100 %

SECTION II – SERVICES SOCIAUX (DGSS SUITE)

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
3.4	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC)	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	Réalisée à 100 %
3.5	Plan d'action 2017-2022 sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA)	À la suite de la publication du plan d'action et du plan de déploiement ministériel, l'établissement devra compléter et transmettre le bilan de l'implantation des mesures identifiées.	Réalisée à 100 %
3.6	ADDENDA – Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA	Les établissements, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés. Exceptionnellement, le gabarit Excel faisant état des résultats pour le respect des délais d'attente doit être transmis au MSSS.	Réalisée à 100 %
3.8	ADDENDA – Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements. De plus, il est aussi prévu que des audits aléatoires seront menés par le MSSS dans les établissements.	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
4.3	État d'avancement de l'implantation du plan d'action par établissement déposé le 31 mars 2016 et réalisé sur la base des orientations ministérielles 2006	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016. Le plan doit préciser : Action – Objectif – Stratégie/Moyens – Responsable – Résultats/Livrables – Échéancier – Indicateur – Cible atteinte. De plus, les obstacles liés à la non-réalisation du plan devront être notés.	Réalisée à 100 %
4.4	État d'avancement du plan d'action triennal 2016-2019 – Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1 ^{er} juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS-CIUSSS devra être produit.	Réalisée à 100 %
4.5	État d'avancement sur le plan d'action par établissement réalisé sur la base du plan d'action national 2016-2018	Autoévaluation sur le plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être notées.	Réalisée à 100 %
4.6	État d'avancement de l'implantation du plan d'action déposé le 31 mars 2016 par établissement réalisé sur la base des orientations ministérielles 2015	Autoévaluation sur l'état d'implantation du plan d'action déposé au 31 mars 2016 composé à partir des actions et des objectifs, incluant l'état d'avancement des travaux au 31 mars 2018. Les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être notées.	Réalisée à 100 %
4.7	Investissements en santé mentale dans l'établissement – Accompagnement par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) pour le déploiement des services de suivi intensif dans le milieu (SIM), de soutien d'intensité variable (SIV) et de premier épisode psychotique (PEP)	Prendre part à un processus d'accompagnement avec le CNESM dans le cadre du déploiement des nouvelles équipes et des nouveaux services prévus dans les investissements annoncés le 28 avril 2017 par le ministre.	Réalisée à 100 %
4.8	Effectifs dans les équipes de soutien dans la communauté	Fournir les informations requises quant aux effectifs en services dans la communauté : suivi intensif dans le milieu (SIM), soutien d'intensité variable (SIV), Flexible Assertive Community Treatment (FACT) et premier épisode psychotique (PEP). Contrairement au suivi des EGI associés aux SIM et SIV, ce suivi comprend également les services qui ne sont pas homologués.	Réalisée à 100 %

SECTION IV – FINANCEMENT, INFRASTRUCTURE ET BUDGETS (DGFiB)

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
6.1	Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années	L'établissement a pour objectif de finaliser l'inspection technique de son parc immobilier. À la suite de l'inspection des bâtiments, il doit élaborer la liste des correctifs devant être réalisés dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs+ Réseau.	Réalisée à 100 %
6.2	Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	L'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	Réalisée à 100 %

SECTION V – COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
7.1	Sécurité civile	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure d'assumer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer : de veiller à l'élaboration ou à la révision d'un plan de sécurité civile du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au sujet de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile; de raffermir les liens de partenariats en sécurité civile.	Réalisée à 100 %
7.3	Gestion des risques en sécurité civile – Santé et services sociaux	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en arrimage avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit : maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation; compléter la phase d'établissement du contexte du processus; compléter la phase d'appréciation des risques du processus.	Réalisée à 100 %
7.4	Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	La mise sur pied d'un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise doit être réalisée. La composition de celui-ci sera entérinée par le conseil d'administration (CA) de l'établissement. Exceptionnellement, une résolution du CA de l'établissement confirmant la création du comité régional doit être transmise par courriel au MSSS.	Reporté par le MSSS

7.5	Révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	Les établissements recevront à l'automne 2017 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis. Ils seront entérinés par le C. A. et ensuite transmis exceptionnellement par courriel au MSSS.	Reporté par le MSSS
7.6	État de situation sur le degré de maturité d'une salle de pilotage stratégique	Un bilan faisant état du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'établissement est demandé. Ce bilan vise à documenter la maturité de la salle de pilotage déployée selon les différentes dimensions abordées, soit la planification, le déploiement, le contrôle/suivi et la réponse-action. Aussi, des questions d'ordre général sont prévues.	Réalisée à 100 %

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

Québec

