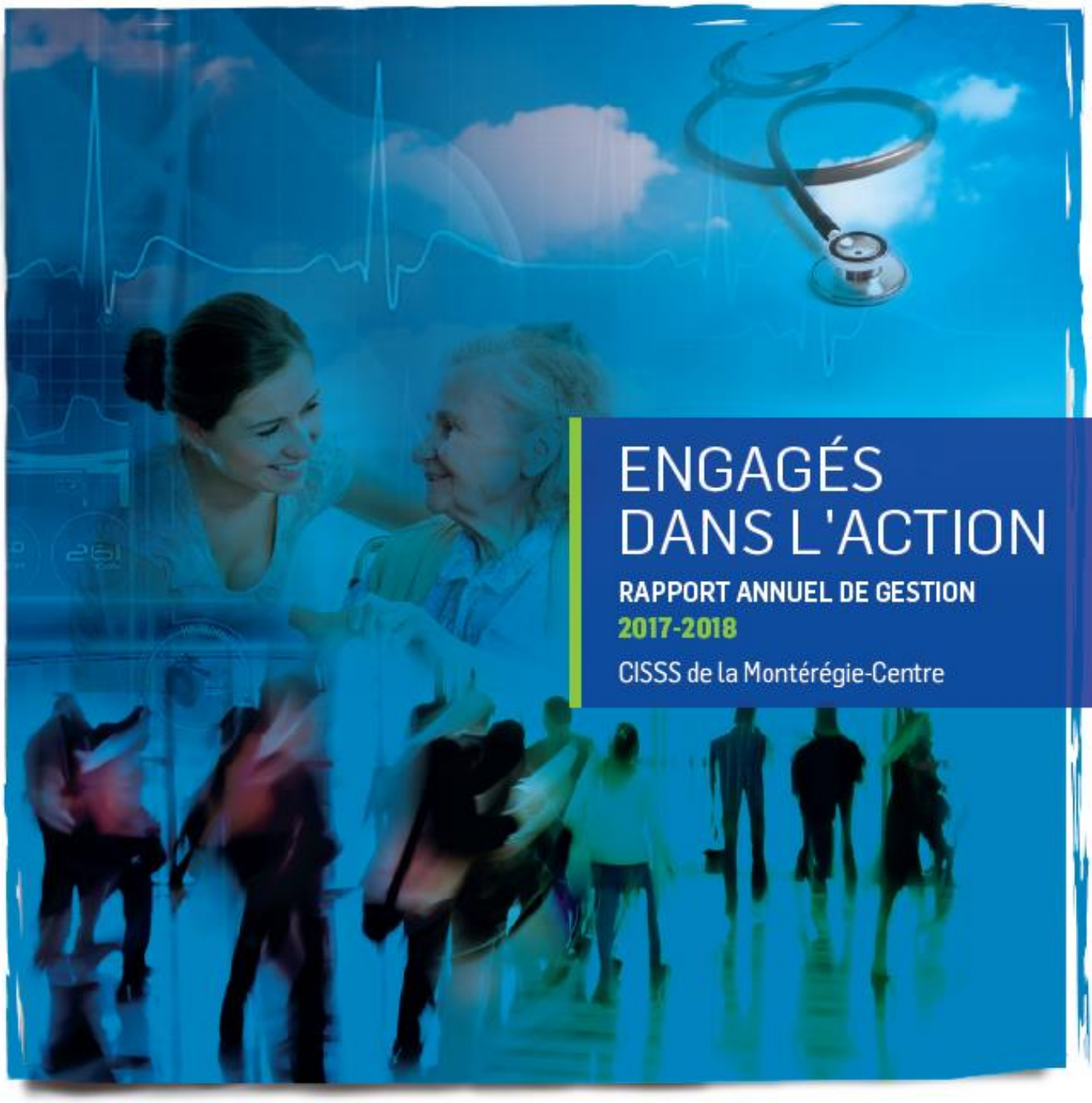


ENGAGÉS DANS L'ACTION

RAPPORT ANNUEL DE GESTION
2017-2018

CISSS de la Montérégie-Centre

Québec

Ce rapport annuel de gestion 2017-2018 a été produit par la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques du CISSS de la Montérégie-Centre.

Il est disponible en version électronique sur le site Internet suivant : www.santemc.quebec

Dépôt légal – Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2018
ISBN : 978-2-550-81751-2

Table des matières

ABRÉVIATIONS ET SIGLES 5

SECTION 1 7

MESSAGE DES AUTORITÉS

DÉCLARATIONS DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

SECTION 2 13

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS

SECTION 3 41

RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

SECTION 4 61

ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

SECTION 5 79

APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

SECTION 6 83

RESSOURCES HUMAINES

SECTION 7 87

RESSOURCES FINANCIÈRES

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

SECTION 8 95

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

SECTION 9 113

ANNEXE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Abréviations et sigles

A	AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
C	CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
	CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
	CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
	CLSC	Centre local de services communautaires
	CR-CSIS	Centre de recherche Charles-Le Moyne–Saguenay–Lac-Saint-Jean
	CR-HCLM	Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne
	CSSS	Centre de santé et de services sociaux
D	DEAU	Direction de l'enseignement et des affaires universitaires
	DI-TSA	Déficience intellectuelle-Trouble du spectre de l'autisme
	DP	Déficience physique
	DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
	DSI	Direction des soins infirmiers
	DSM	Direction des services multidisciplinaires
	DSP	Direction des services professionnels
	DSQ	Dossier Santé Québec
E	ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
	ETC	Équivalent à temps complet
G	GMF	Groupe de médecine de famille
H	HCLM	Hôpital Charles-Le Moyne
	HHR	Hôpital du Haut-Richelieu
	HRR	Haut-Richelieu—Rouville
	INLB	Institut Nazareth et Louis-Braille
	INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
I	ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
M	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
O	OLO	Œuf-lait-orange
P	PAB	Préposé aux bénéficiaires
	PRN	Pro re nata (se dit d'un médicament administré au besoin)
	PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires

R	RCM	Réseau de cancérologie de la Montérégie
	RI	Ressource intermédiaire
	RLS	Réseau local de services
	RNI	Ressource non institutionnelle
	RSIPA	Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées
	RSSS	Répertoire des ressources en santé et services sociaux
	RTF	Ressource de type familial
	RTS	Réseau territorial de services
S	SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
	SARM	Staphylococcus Aureus résistant à la méthicilline
	SI-SIV	Suivi intensif-Soutien d'intensité variable
	SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance
T	TCCL	Traumatismes cranio-cérébraux légers
	TSA	Trouble(s) du spectre de l'autisme
U	UdeS	Université de Sherbrooke
	UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
	UMF	Unité de médecine familiale

SECTION 1

MESSAGE DES AUTORITÉS

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Message des autorités

C'est avec plaisir que nous vous présentons le rapport annuel de gestion 2017-2018 du CISSS de la Montérégie-Centre. Chaque fin d'année financière est l'occasion de tracer le bilan des derniers mois, de réfléchir au travail accompli et de se projeter vers les actions futures. Pour notre CISSS, les derniers mois ont été fort occupés, non seulement en termes de taux d'activités, mais également d'organisation de soins et services. Comme partout dans le milieu de la santé, l'accroissement et le vieillissement de la clientèle ainsi que la rareté des ressources demandent une adaptation constante pour subvenir aux besoins de la population. Et c'est avec le sentiment du devoir accompli que nous tournons une nouvelle page de notre histoire.

Une organisation en pleine effervescence

Le CISSS de la Montérégie-Centre cumule plusieurs projets porteurs en 2017-2018. D'importants chantiers visant un meilleur accès aux examens, notamment en imagerie médicale et en endoscopie, ont permis de réduire grandement l'attente des patients. D'autres travaux ont été menés pour l'amélioration des pratiques en CHSLD et la consolidation de l'offre de services en soutien à domicile, incluant les personnes vivant avec un trouble du spectre de l'autisme. Du côté de l'évaluation des personnes âgées, les délais pour obtenir ce service se sont améliorés. Dans un autre registre, nous avons élargi dans nos deux RLS notre programme visant la formation de préposés aux bénéficiaires à même nos équipes, un succès de plus en plus reproduit dans les territoires voisins.

En ce qui a trait aux développements, l'année a été prolifique avec la réalisation de deux projets majeurs : la nouvelle aile de l'Hôpital du Haut-Richelieu et la nouvelle urgence de l'Hôpital Charles-Le Moyne. Le CISSS de la Montérégie-Centre, qui affiche une bonne santé financière, est en phase de croissance intensive. C'est ce qu'en témoignent l'annonce de l'aménagement du centre mère-enfant à l'HHR et celle des investissements de 123 M$ pour moderniser l'HCLM, visant notamment la construction d'un nouveau bloc opératoire et de nouvelles installations pour la chirurgie d'un jour et l'aménagement des 25 nouveaux lits d'hospitalisation. Cette unité de courts séjours débutera d'ailleurs ses activités en août prochain. C'est sans compter les avancements que l'établissement a connus pour ses projets de nouveau CHSLD, de plateaux d'endoscopie et de TEP Scan à l'Hôpital Charles-Le Moyne. Enfin, un autre grand mandat de notre CISSS s'est concrétisé cette année avec le regroupement des laboratoires de la Montérégie.

Nous vous invitons à consulter nos faits saillants pour connaître d'autres initiatives d'améliorations et de développements de notre organisation.

Des pointes d'excellence… et de fierté!

L'année 2017-2018 aura aussi été une période faste du côté de la recherche et de l'enseignement universitaire. Ces deux pointes d'excellence de notre établissement se sont démarquées grâce à la grande qualité du travail effectué par nos chercheurs et nos professeurs et à l'innovation dont ils font preuve à travers leurs projets.

Au Centre de recherche Charles-Le Moyne–Saguenay–Lac-Saint-Jean sur les innovations en santé (CR-CSIS), un nouveau Laboratoire de recherche et d'innovation sur la gouvernance clinique a vu le jour grâce au financement du CISSS de la Montérégie-Centre et de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. De plus, six nouveaux chercheurs ont joint les rangs du CR-CSIS qui compte désormais 25 chercheurs et 40 médecins impliqués en recherche clinique.

Du côté du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain–Institut Nazareth et Louis-Braille (CRIR-INLB), plusieurs projets ont obtenu du financement, dont l'imposant projet d'étude sur la prévalence de la déficience visuelle, auditive et de la double déficience sensorielle qui sera mené à partir des données de 30 000 participants.

Finalement, le volet enseignement universitaire a une fois de plus démontré sa capacité d'attraction alors que les trois groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U) de notre territoire ont recruté tous leurs médecins résidents au premier tour.

Des équipes engagées dans l'action

Que ce soit sur le plan de la qualité des soins et services, de la performance ou des développements, le présent rapport témoigne de la vivacité et du professionnalisme des équipes cliniques et administratives qui composent le CISSS de la Montérégie-Centre. Pleinement conscients que de grands défis demeurent, nous continuerons à mettre à profit chaque force de notre organisation pour les relever. Nous investirons particulièrement nos énergies à maximiser nos ressources et améliorer l'accès à nos soins et services. Notre capital humain étant l'une de nos plus grandes richesses, nous redoublerons d'efforts afin d'attirer et retenir des personnes de talent au sein de notre établissement.

En terminant, nous tenons à remercier sincèrement les employés, gestionnaires, médecins, résidents, chercheurs, professeurs, administrateurs et bénévoles qui façonnent notre organisation et la rendent meilleure jour après jour.

Le président-directeur général

Richard Deschamps

Le président du conseil d'administration

Pierre Boucher

Déclarations de fiabilité des données et des contrôles afférents

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2017-2018 du CISSS de la Montérégie-Centre :

- 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.

Le président-directeur général,

Richard Deschamps

SECTION 2

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS

Présentation du CISSS de la Montérégie-Centre

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre est situé au cœur de la Rive-Sud de Montréal, traversé par les autoroutes 10 et 30 et bordé au sud par la frontière américaine. Son réseau territorial de services couvre une superficie de 1 391 km^2 et compte deux réseaux locaux de services (RLS) : le RLS de Champlain et le RLS du Haut-Richelieu–Rouville. Plus de 408 900 personnes résident sur ce territoire.

L'établissement regroupe une quarantaine d'installations, dont l'Hôpital Charles-Le Moyne (HCLM), l'Hôpital du Haut-Richelieu (HHR), plusieurs CHSLD et CLSC, des GMF-UMF, une maison de naissance, des centres de néphrologie, des services en déficience visuelle, etc. Il compte plus de 10 572 membres du personnel et 850 médecins.

À l'instar de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, le CISSS de la Montérégie-Centre a pour mission[1] de :

Maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population de son territoire en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique de sa région.

Pour ce faire, il a pour rôles[2] de :

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

Le CISSS de la Montérégie-Centre chapeaute également les mandats régionaux suivants :

- Direction de santé publique;
- Direction régionale des laboratoires (OPTILAB);
- Services préhospitaliers d'urgence;
- Certification des résidences privées, ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF);
- Groupe Biomédical Montérégie;
- Centre intégré de cancérologie de la Montérégie;
- Pédopsychiatrie;
- Sécurité civile;
- Service régional de la paie des établissements de la Montérégie;
- Technocentre;
- Service régional Info-santé de la Montérégie;

[1] Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020. (Mise à jour 2016).

[2] http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait

- Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC);
- Commissariat aux plaintes et à la qualité des services concernant les résidences privées pour ainés, les organismes communautaires, les ressources d'hébergement en dépendances, ainsi que les services préhospitaliers d'urgence.

Activités d'enseignement et centres de recherche

Le CISSS de la Montérégie-Centre est reconnu pour ses activités d'enseignement et pour ses deux centres de recherche. L'HCLM est désigné centre affilié universitaire avec l'Université de Sherbrooke. Le CISSS possède aussi un lien d'affiliation avec l'Université de Montréal et des ententes avec plus de 75 maisons d'enseignement.

Le CISSS est un lieu prisé de formation universitaire, collégiale et professionnelle. Il accueille des étudiants en médecine, en externat et en résidence, des stagiaires en soins infirmiers de même que plusieurs étudiants provenant de diverses disciplines connexes de la santé. Chaque année, plus de 5 300 stages se déroulent dans notre établissement dont 709 stages de résidence et 440 stages de pré-externat et externat. Les étudiants profitent de l'appui d'un corps professoral dynamique composé de 314 médecins-professeurs et 1 014 précepteurs-superviseurs de stage qui s'engagent à former une relève en santé compétente et dynamique.

L'établissement a la chance de compter dans ses rangs deux centres de recherche réputés :

- Le Centre de recherche Charles-Le Moyne–Saguenay–Lac-Saint-Jean sur les innovations en santé (CR-CSIS)

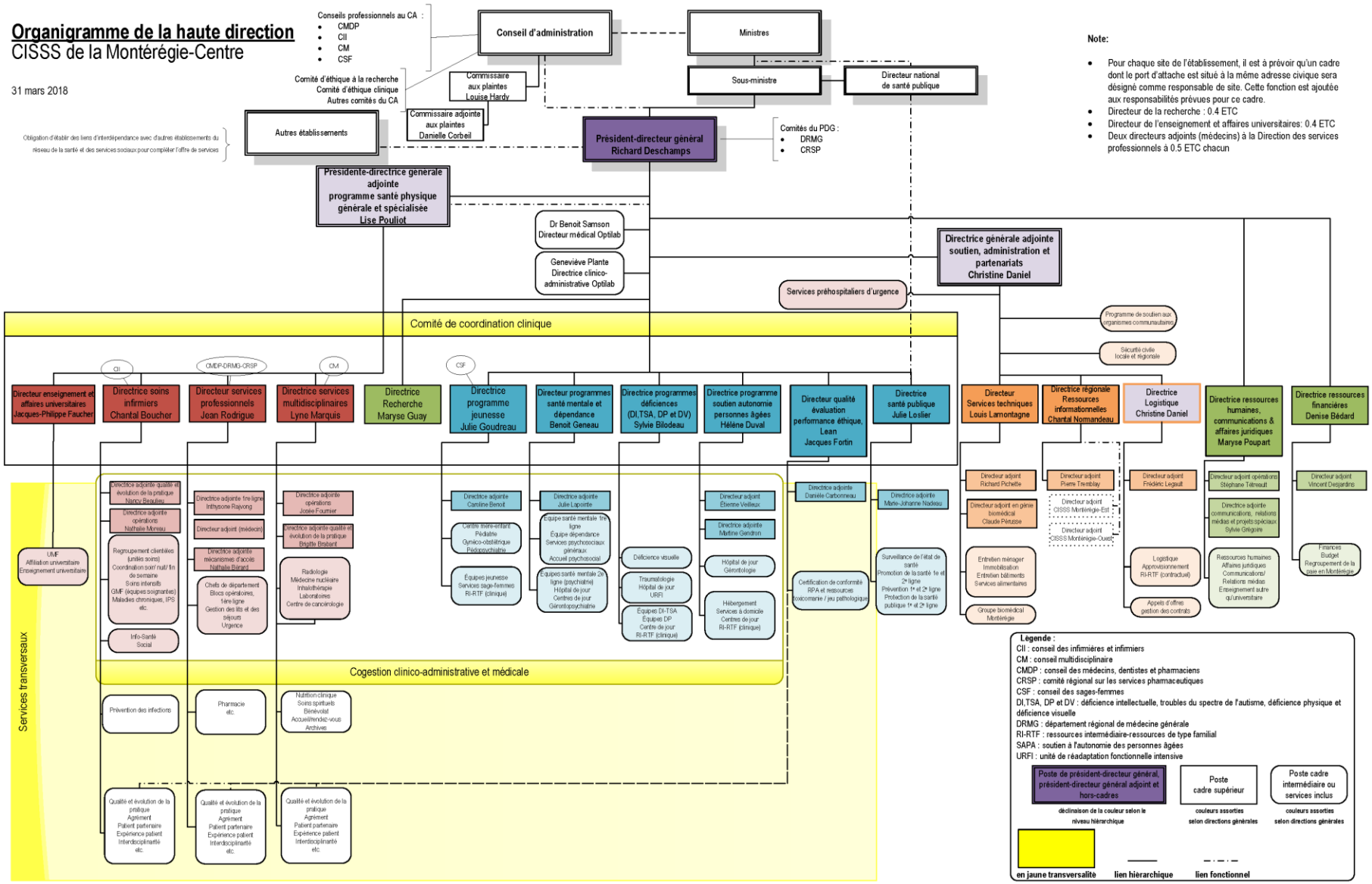
  Le CR-CSIS réunit 19 chercheurs au Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke, six chercheurs au site Saguenay et près de 40 médecins impliqués en recherche clinique à l'HCLM. Le CR-CSIS a pour mission « l'engagement académique pour améliorer l'accès à la santé ».
- Le Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR) du Montréal métropolitain–Site de l'INLB

  Le CRIR est le plus grand centre de recherche en réadaptation au Canada. Il compte plus de 80 chercheurs réguliers, dont cinq qui se spécialisent dans le domaine de la déficience visuelle, plus de 400 étudiants aux cycles supérieurs et plus de 100 cliniciens. L'INLB du CISSS de la Montérégie-Centre est l'un des six établissements fondateurs du CRIR, créé en 2000.

Vocation suprarégionale

L'Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB) du CISSS de la Montérégie-Centre est le seul centre de réadaptation spécialisé uniquement en déficience visuelle au Québec. Les services de l'INLB sont offerts aux Montérégiens, Montréalais et Lavallois vivant avec une déficience visuelle partielle ou totale. L'Institut possède également des désignations ministérielles pour offrir des services surspécialisés pour tout l'ouest du Québec et au plan national.

Structure organisationnelle



Principaux services offerts

Services généraux

- Clinique des réfugiés
- Consultations en nutrition
- Consultations médicales avec et sans rendez-vous
- Guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille
- Info-Santé de la Montérégie
- Prélèvements
- Renouvellement de la carte d'assurance maladie
- Santé au travail (services aux entreprises)
- Soins infirmiers avec et sans rendez-vous
- Vaccination

Habitudes de vie, prévention et problèmes de santé (santé publique)

- Alcoolisme – prévention
- Asthme
- Cancer
- Cancer du col de l'utérus – prévention
- Cancer du sein – dépistage
- Abandon du tabagisme
- Accompagnement et interventions en maladies chroniques
- Clinique santé-voyage
- Consultations en nutrition
- Dépistage Sida et ITSS
- Développement des enfants et des jeunes
- Diabète
- Échange et récupération de seringues
- Maladies infectieuses, santé environnementale et gestion des menaces
- Maladies pulmonaires
- Modes de vie et environnements favorables
- Prévention des chutes chez les aînés
- Programme 0-5-30 : accompagnement des milieux de travail, centres d'éducation aux adultes, milieux de vie des aînés et autres
- Programme En santé après 50 ans
- Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)
- Saines habitudes de vie et environnements favorables
- Santé au travail
- Santé cardiovasculaire
- Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE)

Services psychosociaux généraux, santé mentale et dépendance

- Accueil et consultations psychosociales
- Consultations en santé mentale
- Dépendances drogue, alcool, jeu pathologique : repérage, détection et référence aux centres de réadaptation
- Intervention de crise et prévention du suicide
- Santé mentale adulte
- Services sociaux courants adultes

Déficiences intellectuelles, physiques et visuelles

- Évaluation des TSA (troubles du spectre de l'autisme) 0-12 ans
- Déficience visuelle :
  - Accueil, évaluation et orientation
  - Activités de sensibilisation et de formation basse vision
  - Adaptation de l'information en médias
  - Adaptation du milieu de vie et aides techniques
  - Expertise-conseil auprès d'intervenants afin de diminuer les obstacles
  - Évaluation des besoins et des capacités visuelles
  - Interventions visant le maintien de l'autonomie
- Déficience visuelle (suite) :
  - Réadaptation au travail
  - Soutien à la communauté
  - Soutien aux démarches d'intégration sociale
  - Soutien psychosocial à la personne et à ses proches
  - Surdicécité (programme conjoint avec l'Institut Raymond-Dewar)
- Services psychosociaux en CLSC pour les personnes ayant un diagnostic de déficience intellectuelle, TSA et déficience physique
- Soutien à la famille, assistance personnelle, soins à domicile, répit, transport, hébergement

Soins et services hospitaliers

- Urgence
- Hospitalisation
- Cliniques externes
- Anesthésiologie
- Chirurgie :
  - Chirurgie générale
  - Chirurgie vasculaire et thoracique
  - Chirurgie plastique (incluant maxillo-faciale)
  - Neurochirurgie
  - Ophtalmologie
  - ORL (oto-rhino-laryngologie)
  - Urologie
- Gynécologie-obstétrique
- Hémato-biochimie :
  - Biochimie
  - Hématologie, section laboratoire
- Imagerie médicale et services diagnostiques :
  - Médecine nucléaire
  - Radiologie
  - Radio-oncologie
- Médecine générale :
  - Cliniques externes (oncologie, planning)
  - Diabète
  - Gériatrie active
  - Médecine générale en psychiatrie
  - Obstétrique-périnatalité
  - Réadaptation en médecine générale
  - Soins palliatifs
  - Soins prolongés
  - Troubles infectieux
  - Troubles des systèmes pulmonaire, cardio-vasculaire et digestif
- Médecine spécialisée :
  - Cardiologie
  - Dermatologie
  - Gastro-entérologie
  - Hémato-oncologie
  - Médecine interne
  - Néphrologie
  - Neurologie
  - Pneumologie
  - Rhumatologie et allergies
  - Soins intensifs
- Microbiologie-infectiologie
- Orthopédie
- Pathologie
- Pédiatrie
- Pharmacie
- Physiatrie
- Psychiatrie :
  - Service d'hospitalisation en psychiatrie adulte
  - Services ambulatoires en psychiatrie adulte
  - Service d'urgence en psychiatrie adulte
  - Service de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence
  - Service de géronto-psychiatrie
- Radio-oncologie
- Santé publique :
  - Maladies infectieuses
  - Médecine préventive et médecine dentaire préventive
  - Santé au travail
  - Santé environnementale
- Services de réadaptation
- Services sociaux
- Traumatologie :
  - Traumatismes cranio-cérébraux légers (TCCL) pour la clientèle externe
  - Réadaptation précoce

Services posthospitalisation

- Convalescence
- Réadaptation fonctionnelle intensive
- Soins de posthospitalisation à domicile
- Soins infirmiers en CLSC

Services aux femmes enceintes et aux jeunes familles

- Rencontres prénatales
- Grossesse et accouchement
- Service de sages-femmes et maison de naissance
- Grossesse à risque
- Programme OLO – œuf-lait-orange
- Soutien à l'allaitement
- Soutien postnatal
- Vaccination – nourrissons et jeunes enfants
- Compétences parentales
- Développement de la petite enfance
- Deuil périnatal
- Interruption volontaire de grossesse

Services à la jeunesse

- Cliniques Jeunesse
- Crise-Ado-Famille-Enfance
- Équipe Intervention jeunesse (EIJ)
- Jeunes et familles en difficulté
- Signalement – Urgence
- Programme d'intervention en négligence
- « Je tisse des liens gagnants »
- Programme préventif d'hygiène dentaire
- Santé mentale jeunesse
- Services psychosociaux et de santé en milieu scolaire

Services aux personnes en perte d'autonomie

- Soins à domicile :
  - Accueil du soutien à domicile/guichet unique
  - Aide à domicile et soutien aux aidants
  - Service psychosocial
  - Soins infirmiers
  - Soins médicaux
  - Inhalothérapie, physiothérapie, ergothérapie et nutrition
  - Prêt d'équipements
- Centres de jour
- Hôpitaux de jour
- Hébergement temporaire
- Hébergement permanent :
  - Hébergement et soins de longue durée
  - Hébergement en ressources non institutionnelles (ressources intermédiaires, ressources de type familial)

Soins palliatifs

- Soins et accompagnement à domicile par une équipe multidisciplinaire désignée en oncologie et soins palliatifs
- Soins palliatifs en ressource intermédiaire

Groupes de médecine de famille – Unités de médecine familiale

Organisation et intervention communautaire

Activités de bénévolat et services spirituels

Conseil d'administration, comités, conseils et instances consultatives au 31 mars 2018

Conseil d'administration

Membres désignés

- Dr Jean-Marc Lepage – Département régional de médecine générale (DRMG)
- Dr Pierre Guay – Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
- Mme Pascale Blaise – Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
- Mme Chantal Charette – Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
- M. Xavier Vandeputte – Conseil multidisciplinaire (CMULTI)
- Mme Denise Ménard – Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Membres nommés

- M. Richard Deschamps – PDG du CISSS
- Dr Pierre Cossette – Milieu de l'enseignement

Membres indépendants

- M. Pierre Boucher – Président – Compétence en gouvernance ou éthique
- Mme Pascale Mongrain – Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
- M. Fernand Croisetière – Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
- Poste vacant – Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
- M. Michel Wong Kee Song – Expertise dans les organismes communautaires
- Mme Pierrette Lalonde – Expertise en protection de la jeunesse
- Mme Françoise Rollin – Expertise en réadaptation
- Mme Jacqueline Codsi – Expertise en santé mentale
- Mme Nicole Mongeon – Vice-présidente - Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux

Au cours de l'année 2017-2018, aucun manquement n'a été rapporté au code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration. Ce code d'éthique se trouve à l'annexe du présent rapport.

Suivant chacune des rencontres du conseil d'administration, l'établissement produit le Flash CA, une infolettre visant à témoigner des grands dossiers organisationnels qui sont traités en séance publique. Il est possible de consulter ce document sur le site www.santemc.quebec dans la section À propos de nous /conseil d'administration.

Comité de gouvernance et d'éthique

- Mme Nicole Mongeon, présidente
- M. Pierre Boucher
- M. Richard Deschamps
- Mme Pascale Mongrain
- M. Michel Wong Kee Song

Comité de vérification

- Mme Pierrette Lalonde, présidente
- M. Pierre Boucher
- Mme Nicole Mongeon
- M. Fernand Croisetière
- M. Michel Wong Kee Song

Comité de vigilance et de la qualité

- Mme Denise Ménard, présidente
- Dr Pierre Cossette
- M. Richard Deschamps
- Mme Louise Hardy
- Mme Nicole Mongeon

Comité des ressources humaines

- Mme Jacqueline Codsi, présidente
- Mme Chantal Charette
- Dr Pierre Guay
- Mme Nicole Mongeon
- M. Xavier Vandeputte

Comité de révision

- Mme Françoise Rollin, présidente

Deux médecins et deux médecins substituts :

- Dr Pierre Normandin
- Dr Robert Williams
- Dr Ghislain Dallaire (substitut)
- Dre Évelyne Thuot (substitut)

Comités des usagers

Comité des usagers du CISSS de la Montérégie-Centre

- Mme Denise Ménard, présidente
- Mme Micheline Stjagow-Lapointe, vice-présidente
- M. Jérôme Plante, 2e vice-président
- M. Jacques Beaumont
- Mme Marie-Hélène Thabet, trésorière
- M. Mario Boulet
- Mme Marie-Andrée Dion
- M. Simon Dufour-Boisvert
- Mme Paulette Godin
- M. Jacques Gravel, secrétaire
- Mme Dolorès Lévesque
- Mme Louisette Lévesque
- Mme Chantal Massicotte
- M. Benoit Mercure

Comité des usagers du Haut-Richelieu–Rouville

- M. Jacques Gravel, président
- Mme Micheline Stjagow-Lapointe, vice-présidente
- Mme Sylvie Brodeur, secrétaire-trésorière
- Mme Marie-Andrée Dion
- Mme Gisèle Lévis
- Mme Chantal Massicotte
- Mme Ginette Ménard
- Mme Diane St-Germain
- M. Jean-Guy Turgeon

Comité des usagers de Champlain–Charles-Le Moyne

- Mme Denise Ménard, présidente
- Mme Marie-Hélène Thabet, 1re vice-présidente
- M. Jacques Beaumont, 2e vice-président
- Mme Louisette Lévesque, secrétaire
- Mme Francine Bouchard, trésorière par intérim
- Mme Claire Collette
- Mme Lucette Daoust
- Mme Cécile Germain

- Mme Dolorès Lévesque
- M. Benoit Mercure
- M. Guy Vincent

Comité des usagers de l'Institut Nazareth et Louis-Braille

- M. Jérôme Plante, président
- M. Simon Dufour-Boisvert, vice-président
- Mme Francine Boulet, secrétaire
- M. Marcel Chagnon, trésorier
- Mme Catheryne Houde, conseillère
- M. Jean Talbot, conseiller
- M. Mario Boulet, conseiller

Conseils professionnels

Exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

- Dr Raymond Taillefer, président
- Dr Michaël Bensoussan, vice-président
- Dr Bernard Magnan, secrétaire-trésorier
- Dre Stéphanie Borduas-Pagé, conseillère
- Dre Hélène Deschênes, conseillère
- Dre Johanne Drouin, conseillère
- M. Alexandre Ferland, conseiller
- Dre Marie-Pier Levreault, conseillère
- Dr Ramez Malak, conseiller, membre coopté
- Dr Jean Rodrigue (directeur des Services professionnels)
- M. Richard Deschamps (président-directeur général)

Exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers

- Mme Isabelle Savary, présidente
- Mme Joanne Poirier, vice-présidente
- Mme Amélie Barrette-Latour, secrétaire
- M. Simon Larochelle, trésorier
- Mme Martine Fontaine, présidente CIIA
- Mme Anny Thibodeau, vice-présidente CIIA
- Mme Sandra Amaya
- Mme Chantal Charette
- Mme Sylvie Desjardins
- Mme Chantal Doddridge

- Mme Isabelle Guérard
- Mme Sandra Morin
- Mme Chantal Boucher (directrice des soins infirmiers)
- M. Richard Deschamps (président-directeur général)

Exécutif du Conseil multidisciplinaire

- Mme Louise Montminy, présidente
- Mme Micheline Jetté, vice-présidente par intérim
- Mme Sophia Coulombe, trésorière
- M. Marc-André Allard, officier
- Mme Lyse Benoît, officier
- Mme Maribel Gervais, officier
- Mme Andrée Haché, officier
- Mme Julie Jalbert, officier
- Mme Marie-Claude Martel, officier
- Mme Laura Rivard, officier
- M. Xavier Vandeputte, officier
- Mme Lyne Marquis (directrice des Services multidisciplinaires)
- M. Richard Deschamps (président-directeur général)

Exécutif du Conseil des sages-femmes

- Mme Marie-France Beaudoin, présidente par intérim
- Mme Audrey Labrie, vice-présidente par intérim
- Mme Geneviève Poirier, secrétaire
- M. Richard Deschamps (président-directeur général)

Exécutif du Département régional de médecine générale (DRMG) de la Montérégie

- Dr Michel Brodeur, chef du DRMG, membre élu
- Dr Laurent Vanier, membre élu
- Dr Sylvain Dufresne, membre élu
- Dr Robert Duranceau
- Dr Michel Decarie
- Dre Catherine Belanger
- Dr Claude Rivard
- Dr Philippe More
- Dr Félix Lê Phat Hô
- Dr Éric Sauvageau
- Dre Sylvie Parent

Grandes priorités et développement d'activités

Performance budgétaire du CISSS de la Montérégie-Centre

L'année 2017-2018 s'est conclue favorablement pour le CISSS de la Montérégie-Centre qui a atteint l'équilibre budgétaire, et ce, pour une troisième année consécutive. Cet accomplissement est directement lié aux efforts déployés par les équipes cliniques et administratives qui ont atteint leurs objectifs de performance tout en offrant des soins et services de qualité à la population.

Évolution du grand chantier d'amélioration des lieux de soins et services

Le grand chantier d'amélioration des lieux de soins et services entamé l'an dernier s'est poursuivi en 2017-2018 avec la réalisation de plusieurs projets importants. Tous ces projets ont comme points communs d'améliorer l'organisation du travail et d'offrir un meilleur accès à l'offre de soins et services. Dans certains cas, les chantiers permettent aussi d'augmenter les volumes d'activités et de bonifier les équipes. Voici les principaux projets complétés en 2017-2018 :

- Création d'une aile dédiée aux soins palliatifs au CHSLD Champlain.
- Réaménagement du secteur d'endoscopie à l'HCLM.
- Déménagement des services de réadaptation externe de l'HCLM à l'installation située au 1255, rue Beauregard et réaménagement des services de réadaptation interne à l'HCLM.
- Déménagement de la clinique d'évaluation des troubles du spectre de l'autisme qui était située à l'HCLM vers des locaux à l'Institut Nazareth et Louis-Braille.
- Ouverture, à l'été 2017, de 15 lits en médecine spécialisée à l'HCLM, sur les 25 lits d'hospitalisation prévus dans l'unité de soins transitoire dont la construction doit être complétée à l'été 2018.
- Réaménagement de l'ancienne urgence de l'HHR pour recevoir la médecine ambulatoire (travaux en cours).
- Aménagement de la salle de réveil et de la chirurgie d'un jour dans les anciens locaux des soins intensifs de l'HHR (travaux en cours).

Inauguration de la nouvelle aile de l'HHR

Le 25 avril 2017, le ministre de la Santé et des Services sociaux procédait à l'inauguration des nouveaux locaux de l'HHR. Ce projet de construction d'envergure a permis d'augmenter de 43 % la superficie de l'Hôpital, notamment par l'ajout d'une aile de quatre étages offrant un espace supplémentaire de 14 196 mètres carrés, d'une nouvelle urgence trois fois plus vaste que l'ancienne, d'un bloc opératoire et des soins intensifs.

Inauguration de la nouvelle urgence de l'HCLM

La nouvelle urgence de l'HCLM, inaugurée le 5 juin 2017, représente un agrandissement de plus de 6 400 mètres carrés. L'urgence la plus achalandée de la Montérégie, et l'une des plus occupées du

Québec, compte désormais de nouvelles aires d'observation, plusieurs salles de consultation spécialisée, de chirurgie mineure et de radiologie, davantage de civières, quatre salles d'isolement à pression négative, etc. Le tout dans un environnement moderne, à la fine pointe de la technologie.

Phase de conception du projet d'aménagement du centre mère-enfant à l'HHR

En septembre 2017, le MSSS a autorisé la phase de conception du centre mère-enfant à l'HHR. Ce projet prévoit un aménagement de 1 600 mètres carrés des espaces disponibles au troisième étage de la nouvelle aile de l'Hôpital. Le nouveau centre mère-enfant permettra d'offrir aux parents un environnement beaucoup mieux adapté, moderne et répondant aux plus récentes normes de qualité. La réalisation du centre mère-enfant sera rendue possible grâce à l'apport financier du MSSS et de la Fondation Santé.

Poursuite du plan d'action pour soutenir la stratégie de main-d'œuvre

La main-d'œuvre représente une priorité stratégique pour le CISSS de la Montérégie-Centre et les défis rencontrés sont importants (besoins de la population en croissance, zones de vulnérabilité pour plusieurs titres d'emploi, évolution du marché de l'emploi, etc.). Afin de faire face aux différents enjeux de main-d'œuvre, le CISSS de la Montérégie-Centre a développé une gestion stratégique qui repose sur trois axes d'intervention soit l'analyse des besoins, l'attraction des talents et la rétention des personnes.

En 2017-2018, la poursuite du plan d'action s'est déclinée en plusieurs activités. Au chapitre du recrutement ce sont, notamment, 1 300 embauches qui ont été réalisées au CISSS de la Montérégie-Centre, dont 363 en soins infirmiers, 491 en personnel de soutien et métiers, 272 en personnel de bureau et 220 techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux.

Par ailleurs, pour une deuxième année consécutive, des actions ciblées ont été menées pour le titre de préposé aux bénéficiaires (PAB) identifié comme vulnérable au sein de l'établissement. Nouveauté cette année : le programme visant la formation de préposés aux bénéficiaires à même notre bassin d'employés a été offert à l'ensemble du CISSS. À ce jour, trois cohortes issues de ce programme interne ont complété leur formation : ce sont donc 44 préposés aux bénéficiaires de plus qui œuvrent quotidiennement auprès de la clientèle hospitalisée ou des résidents en CHSLD.

Développement du programme d'intervention aux premiers épisodes psychotiques

Grâce à l'investissement de 2 943 972 $ octroyé par le MSSS aux programmes de santé mentale et dépendance du CISSS, l'établissement a pu améliorer son programme d'intervention aux premiers épisodes psychotiques (PEP). Le montant accordé a permis de créer une équipe PEP dans le RLS de Champlain et de bonifier l'équipe déjà en place au sein du RLS du Haut-Richelieu–Rouville. Concrètement, cela représente 252 places additionnelles qui sont offertes, sur le territoire, aux jeunes présentant des symptômes de troubles psychotiques. Il faut souligner que l'investissement accordé par le MSSS a aussi permis la consolidation des équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM) et de soutien d'intensité variable (SIV).

Implantation du Programme d'accompagnement justice et santé mentale

En collaboration avec le Palais de justice de Longueuil et les deux autres CISSS de la Montérégie, notre établissement participe depuis octobre 2017 au Programme d'accompagnement justice et santé mentale (PAJ-SM). Ce programme s'adresse aux adultes ayant commis des infractions criminelles sur le territoire du Palais de justice de Longueuil, qui présentent un problème de santé mentale et sont criminellement responsables. Il a pour objectif de venir en aide à ces personnes en proposant des solutions alternatives à la judiciarisation.

Ateliers d'arts offerts à la clientèle adulte santé mentale

En collaboration avec l'organisme Les Impatients, le CISSS a soutenu l'implantation d'ateliers d'art destinés à la clientèle adulte aux prises avec des problèmes de santé mentale sévères. Depuis septembre 2017, plus d'une vingtaine d'usagers du RLS du Haut-Richelieu—Rouville ont pris part aux ateliers sur une base hebdomadaire.

Révision de l'offre alimentaire en CHSLD

En vue de l'implantation de la nouvelle offre alimentaire améliorée pour les 8 CHSLD de l'établissement, plusieurs travaux ont eu lieu au courant de l'année. Les menus, qui sont offerts depuis avril 2018, ont été conçus selon des balises nutritionnelles recommandées par des nutritionnistes. Afin de s'assurer que les nouvelles recettes proposées répondent aux goûts et aux besoins variés des résidents, celles-ci ont fait l'objet de séances de dégustations. À terme, la nouvelle offre proposera deux choix à tous les repas, des valeurs nutritives améliorées, des textures adaptées et des mets spéciaux sur demande.

Création d'une nouvelle unité prothétique au CHSLD Sainte-Croix

Afin de mieux répondre à l'augmentation des demandes d'hébergement en milieu prothétique, une unité du CHSLD Sainte-Croix a été adaptée pour accueillir la clientèle avec déficit cognitif et symptômes comportementaux. Depuis octobre 2017, les 20 places de cette unité ont été attribuées progressivement par attrition.

Une collaboration pour améliorer la réponse aux besoins des aînés

Plusieurs partenaires en Montérégie, dont le CISSS de la Montérégie-Centre, ont signé à l'automne 2017 une entente de collaboration et d'intervention pour la réalisation du projet RADAR. Le Réseau Actif de Dépistage des Aînés à Risque (RADAR) est un projet de vigilance citoyenne qui a pour buts de briser l'isolement et de favoriser le mieux-être des aînés dans leur milieu de vie naturel. Déployée sur le territoire du CLSC du Richelieu, cette initiative permet d'orienter les personnes ciblées vers les services appropriés, dont ceux du soutien à domicile.

Intégration des systèmes d'information des ressources financières et matérielles

Le CISSS de la Montérégie-Centre a procédé aux travaux d'intégration des systèmes d'information de gestion des ressources financières et de l'approvisionnement grâce à l'apport de plusieurs directions administratives. Ce projet visait la fusion des systèmes des anciens établissements en une seule solution administrative afin d'assurer une gestion simplifiée des responsabilités de gestion financière et de suivi budgétaire pour tous les gestionnaires de l'organisation.

Frais accessoires

Concernant les frais accessoires, le CISSS de la Montérégie-Centre approvisionne maintenant 80 cliniques médicales pour certains produits assurés, confirmant ainsi la gratuité de ces produits pour les usagers.

Accès aux soins et services

Optimisation des plateaux techniques à l'HCLM et l'HHR

Tant à l'HCLM qu'à l'HHR, les listes d'attente en imagerie médicale ont diminué de façon importante cette année, poursuivant le travail entamé en ce sens l'an dernier. À l'HCLM, les cibles ont été atteintes à 100 % pour les moins de trois mois, et ce, pour toutes les spécialités, sauf l'IRM qui a enregistré une réduction de 40 % pour les plus de trois mois. À l'HHR, la création et le rehaussement de postes dans les secteurs de la résonance magnétique, de la tomodensitométrie et de la radiologie générale ont permis de réduire de 30 % les délais d'attente de trois mois en 2018, en comparaison avec les données de 2016.

Accès amélioré pour les échographies du sein

Depuis que les listes d'attente pour les échographies du sein à l'HCLM et à l'HHR ont été unifiées, la fluidité d'accès a été améliorée et la clientèle peut recevoir son examen plus rapidement. En fait, il n'y a aucun délai d'attente pour les plus de trois mois.

Une entente conclue avec trois cliniques privées améliore l'accès aux examens d'échographie abdominale pelvienne et de surface

Une entente de deuxième offre conclue avec trois cliniques privées du territoire a permis aux patients de l'HCLM et de l'HHR d'accéder à des examens d'échographie abdominale pelvienne et de surface à l'intérieur d'un délai de moins de 3 mois. Ce partenariat rend accessibles les plateaux techniques des cliniques privées dans le but de réduire les délais d'attente des patients. Le suivi de l'examen est quant à lui offert à l'Hôpital.

Un meilleur accès aux chirurgies de PTG/PTH

En 2017-2018, 200 patients de plus ont pu être opérés à l'HHR pour le remplacement d'une hanche ou d'un genou par une prothèse (PTG/PTH). Le délai d'attente pour cette chirurgie est désormais de six mois ou moins, ce qui correspond à la cible ministérielle.

Un projet pilote de dialyse péritonéale à domicile pour la clientèle non autonome

La clientèle non autonome du RLS de Champlain a désormais accès à un service de dialyse péritonéale à domicile dans le cadre d'un projet pilote. Ainsi, depuis mars 2018, des infirmières auxiliaires se déplacent chez les usagers afin de procéder à leur traitement. Cette nouvelle façon de procéder représente plusieurs gains pour la clientèle : moins de déplacements à l'Hôpital, moins de coûts liés au transport, et surtout, une meilleure qualité de vie.

Amélioration de l'accès en endoscopie

Les deux RLS du CISSS ont enregistré une hausse du nombre d'examens réalisés dans le secteur de l'endoscopie en 2017-2018. Grâce à l'optimisation de certaines plages horaires et à l'ouverture de

plages de soir et de fin de semaine, l'établissement a connu une hausse de 14 % des coloscopies, de 12 % des gastroscopies, de 25 % des bronchoscopies et de plus de 45 % pour les autres endoscopies des voies respiratoires.

Amélioration de l'accès aux services pour les personnes vivant avec un trouble du spectre de l'autisme

Les investissements reçus dans le cadre du plan d'action 2017-2022 pour les personnes vivant avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA) combinés à l'engagement des intervenants du CISSS ont permis de faire une réelle différence dans l'accès aux services pour la clientèle. Au 1er avril 2018, il n'y avait aucun délai d'attente pour obtenir un service TSA. De plus, 100 % des usagers ayant un TSA ou une déficience intellectuelle sont désormais accompagnés d'un intervenant pivot qui peut les soutenir dans leurs différentes démarches.

Amélioration de l'accès à un premier rendez-vous en basse vision

Des travaux d'optimisation ont permis d'améliorer l'accès pour un premier rendez-vous en basse vision (optométrie et optique d'ordonnances). Les délais sont passés de 7 mois à 3,5 mois en moyenne, et ce, dans tous les points de services de l'INLB.

Une trajectoire de soins et services améliorée en périnatalité

La modernisation de la trajectoire de soins et services offerts à la clientèle en périnatalité a permis de corriger une lacune qui était souvent soulevée par le passé : le manque de coordination qui se traduisait par des difficultés d'accès aux services. Avec une durée moyenne de séjour de 48 heures après l'accouchement, la famille retourne plus tôt dans son environnement et bénéficie d'un suivi à domicile précoce qui assure la sécurité des soins. Cette trajectoire fluide et sécuritaire permet aux parents de rapidement exercer leur rôle tout en sachant que les soins et services seront disponibles en temps opportun.

Optimisation de l'offre de services en jeunesse

Les sommes allouées pour le développement du programme Jeunes en difficulté (JED) ont été investies dans la création de postes d'éducateurs et de psychologues. L'ajout de ces intervenants a permis d'optimiser le fonctionnement de ce service, notamment en ajustant les plages horaires : dès la réception d'une demande, un appel est fait auprès du jeune et de sa famille afin d'offrir une première intervention rapide. Depuis cette réorganisation, on constate une augmentation de 10 % du nombre d'usagers (jeunes et familles) rencontrés.

Consolidation des mécanismes de gestion des services pour les usagers ayant un statut niveau de soins alternatifs

Grâce à une série de mesures visant à diminuer le pourcentage de lits hospitaliers occupés par les usagers ayant un statut niveau de soins alternatifs (NSA), c'est-à-dire les usagers ne nécessitant plus de soins actifs à l'Hôpital, le CISSS a enregistré une diminution de 38 % de ces derniers en 2017-2018. Ce résultat est attribuable à l'ouverture de places achetées en hébergement, au rehaussement des services à domicile posthospitalisation et à la bonification des équipes pour la planification précoce des congés.

Accès accru aux services de soutien à domicile

En 2017-2018, 2 340 usagers de plus ont pu recevoir des services de soutien à domicile et 23 447 interventions de plus ont été menées par ce secteur, en comparaison avec l'année dernière. Aussi, grâce au développement et à la consolidation d'équipes d'évaluation et d'intervention rapide (EEIR), plus de 98 % des usagers présentant une première demande de service au soutien à domicile ont été répondus au 31 mars 2018. Finalement, pour l'ensemble du CISSS, les services sociaux pour le soutien à domicile sont désormais offerts 7 jours sur 7.

Transport des usagers/transport adapté

À la suite de la cession des activités de l'entreprise Médicar en décembre 2017, le CISSS de la Montérégie-Centre a mis en place rapidement un nouveau système de transport des usagers/transport adapté, appelé Transmeda, qui a permis de minimiser les impacts reliés à l'arrêt de service de ce transporteur.

L'entrée en fonction du nouveau service opéré par le CISSS de la Montérégie-Centre a permis à l'établissement de poursuivre ses activités de transport médical adapté auprès de la clientèle visée.

Création d'une banque d'interprètes en collaboration avec la Maison internationale de la Rive-Sud

En étroite collaboration avec la Maison Internationale de la Rive-Sud, le CISSS de la Montérégie-Centre a développé une banque d'interprètes culturels et linguistiques pour 25 langues. Cette banque est accessible à l'ensemble des intervenants du CISSS qui peuvent y recourir lorsqu'une barrière linguistique et culturelle complexifie la transmission d'information aux usagers.

Recherche et enseignement

Nouveau nom pour le Centre de recherche Hôpital Charles-Le Moyne

Afin de mieux refléter son mandat ainsi que son partenariat sur deux pôles régionaux, le Centre de recherche Hôpital Charles-Le Moyne a modifié son nom pour Centre de recherche Charles-Le Moyne–Saguenay–Lac-Saint-Jean sur les innovations en santé (CR-CSIS). La nouvelle entité réunit 19 chercheurs au Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke, 6 chercheurs au site Saguenay et près de 40 médecins impliqués en recherche clinique à l'HCLM.

Un nouveau Laboratoire de recherche et d'innovation sur la gouvernance clinique

Le CISSS et la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke se sont unis pour financer le Laboratoire de recherche et d'innovation sur la gouvernance clinique pour une durée de cinq ans (500 000 $, 2017-2021). En étroit partenariat avec des décideurs du CISSS, trois domaines de recherche prioritaires ont été identifiés pour la phase initiale de développement du Laboratoire : les services de première ligne, le leadership des professionnels et les indicateurs de performance pour soutenir les transformations.

Six nouveaux chercheurs au CR-CSIS

Cette année, six chercheurs se sont joints au CR-CSIS. En plus de permettre de nouvelles collaborations scientifiques, ces recrutements viennent renforcer la candidature du CR-CSIS en vue d'une éventuelle reconnaissance par le Fonds de recherche du Québec–Santé (FRQS). Soulignons également qu'un nouveau directeur adjoint est à la tête de l'équipe de recherche clinique de l'HCLM, venant ainsi soutenir le développement de ce volet important du Centre de recherche.

Les chercheurs et étudiants du CR-CSIS s'illustrent lors des concours de bourses

Les chercheurs et étudiants du Centre de recherche se sont distingués lors des concours de bourses du FRQS et des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Pre Mylaine Breton a obtenu une bourse de carrière du FRQS pour son programme de recherche *Innovations organisationnelles pour améliorer l'accessibilité aux services de première ligne*, tout comme Pre Christine Loignon pour son programme de recherche *Améliorer les soins de santé primaires avec les personnes défavorisées : des approches novatrices adaptées à la littératie en santé et favorisant la navigation en santé*. Pre Eva Monson a également reçu une bourse de carrière du Fonds de recherche du Québec–Société et culture (FRQSC) pour ses recherches sur le jeu responsable et la défavorisation. De plus, neuf étudiants (maîtrise, doctorat et postdoctorat) ont obtenu des bourses aux concours du FRQS et des IRSC.

Un investissement de 250 000 $ pour des projets de recherche à l'INLB

En 2017-2018, le fonds à destination spéciale de l'Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB) a permis un investissement de 250 000 $ destiné à des projets innovants, à l'achat d'appareils ainsi qu'aux activités de recherche de l'INLB. Il faut souligner que ce fonds est géré par la Fondation En Vue.

Trois projets du Service de la recherche et de l'innovation de l'INLB se démarquent

Parmi tous les projets du Service de la recherche et de l'innovation de l'INLB qui ont été réalisés ou débuté en 2017-2018, il faut souligner :

Le projet de recherche collaborative « Rues partagées », réalisé en étroite collaboration avec la Ville de Montréal, a permis de dégager dix principes d'aménagement de rues universellement accessibles. Le projet a été finaliste au concours À part entière de l'Office des personnes handicapées du Québec.

Le projet innovant « Ma vision » utilise un dispositif de suivi du regard pour conscientiser les usagers à l'utilisation qu'ils font de leur vision. De ce projet découlera le développement d'un dispositif de suivi du regard spécifiquement adapté à la déficience visuelle.

Le responsable de l'INLB pour le Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR), Walter Wittich, Ph. D., et son équipe, ont obtenu un financement de 68 000 $ des IRSC afin d'étudier la prévalence de la déficience visuelle, auditive et de la double déficience sensorielle, à partir des données de 30 000 participants à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement. Un supplément de 15 000 $ du Réseau québécois de recherche en vieillissement leur a également été octroyé pour avoir présenté la meilleure candidature de la province.

Révision des processus de la gestion des stages

Le CISSS a choisi de passer en revue ses processus de gestion des stages afin d'assurer une plus grande transversalité et l'optimisation des places au sein de l'organisation. À cette fin, les mesures suivantes ont été déployées : création d'un comité de l'enseignement professionnel formé de représentants de chacune des directions, centralisation des stages à la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires qui est en étroite collaboration avec les autres directions et les maisons d'enseignement et des affaires universitaires, professionnalisation de l'accueil des stages avec de nouvelles procédures et outils, développement d'un lien étroit avec la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques pour notamment permettre la fluidité de l'embauche des étudiants.

Grande performance des 3 GMF-U du CISSS de la Montérégie-Centre

Au cours de la dernière année, les 3 groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U) du territoire ont démontré leur grande performance et l'excellence de leur formation par des résultats concrets. Alors que plusieurs organisations ont eu de la difficulté à recruter des résidents en médecine de famille, les 3 GMF-U du CISSS ont comblé leurs places au premier tour. Un exemple qui démontre que ces milieux sont reconnus pour la qualité de leur enseignement dans la communauté étudiante.

Cet honneur est d'autant plus grand puisque les médecins qui pratiquent en GMF-U doivent maintenir un taux d'assiduité équivalent aux orientations ministérielles pour l'ensemble des GMF tout en dispensant un enseignement de qualité auprès des étudiants. Au cours de la dernière année, non seulement les cibles ont été atteintes, mais dépassées par l'un de nos GMF-U.

Qualité

Élaboration d'un premier cadre de référence en matière d'éthique

Depuis cette année, les bases philosophiques et les modèles conceptuels éthiques qui guident l'établissement dans sa mission sont présentés dans son tout premier cadre de référence en matière d'éthique. Ce cadre présente également les moyens et les stratégies déployés par l'organisation pour assurer son leadership sur ce plan (valeurs, documents normatifs, instances réflexives et consultatives associées).

Nouvelle désignation de Centre secondaire AVC pour l'HHR et reconduite de cette désignation pour l'HCLM

Le MSSS a désigné l'HHR comme centre secondaire AVC, une première pour cette installation. Même si l'Hôpital traitait déjà annuellement près de 250 patients ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC), la demande pour obtenir la désignation ministérielle n'avait pas été formulée. Répondant à tous les critères de qualité, l'HHR a obtenu sa désignation sans condition pour quatre ans. De son côté, l'HCLM a vu sa désignation de centre secondaire AVC reconduite pour quatre ans également.

Développement et consolidation des pratiques interprofessionnelles à la Direction SAPA

En 2017-2018, la Direction SAPA a entrepris un vaste chantier visant à préciser les rôles et contribution des membres des équipes de soins, d'assistance, de services professionnels et médicaux. Dans ce contexte, plusieurs mécanismes de collaboration ont été développés, dont le guide de pratique du technicien en éducation spécialisé en hébergement, le déploiement du rôle de préposé accompagnateur, les standards de pratiques professionnelles en soutien à domicile, etc. Soulignons que ces travaux ont pour but d'entourer chaque résident et usager d'une équipe interdisciplinaire veillant à offrir des soins et services personnalisés.

Activités régionales

Regroupement des laboratoires de la Montérégie

À la suite de la création de la Direction régionale des laboratoires – Optilab au 1er avril 2017 et celle du Département clinique de la médecine de laboratoire au 14 juin 2017, plusieurs travaux ont été lancés afin d'optimiser les processus pour l'ensemble des huit laboratoires des centres hospitaliers regroupés sous la gouverne du CISSS de la Montérégie-Centre. Parmi les principaux chantiers, soulignons la mise en place d'une salle de pilotage pour suivre l'évolution du portefeuille de projets, la création d'un guichet unique d'embauche pour tous les laboratoires, le déploiement d'un plan d'action régional pour la gestion de la qualité et la standardisation des procédures et l'actualisation du plan quinquennal des équipements.

Régionalisation des services de santé au travail

Dans le but de consolider l'expertise en santé au travail en Montérégie et d'harmoniser l'offre de services, les équipes locales de santé au travail ont été intégrées à la Direction de santé publique de la Montérégie en juin 2017. Cette fusion administrative a fait en sorte que les membres des équipes anciennement rattachées au CISSS de la Montérégie-Est et au CISSS de la Montérégie-Ouest sont devenus des employés du CISSS de la Montérégie-Centre.

Centralisation des chirurgies thoraciques et œsophagiennes de la Montérégie à l'HCLM

Au printemps 2018 démarraient les activités de la clinique de chirurgie thoracique du Centre intégré de cancérologie de la Montérégie (CICM). Ce nouveau service permet de centraliser les chirurgies thoraciques et œsophagiennes de la Montérégie à l'HCLM, permettant une plus grande expertise, un suivi interdisciplinaire spécialisé et une meilleure qualité des soins.

Préparatifs en vue du regroupement des ressources informationnelles des trois CISSS de la Montérégie

Plusieurs préparatifs ont eu lieu cette année en vue du regroupement des ressources informationnelles au CISSS de la Montérégie-Centre. De nombreuses directions des trois CISSS de la Montérégie ont contribué à la mise en œuvre de ce regroupement. Prévue le 1er avril 2018, la création de la Direction des ressources informationnelles de la Montérégie a pour objectif de mettre à profit les compétences du personnel pour soutenir de façon optimale la mission et les activités des trois établissements de la Montérégie, tout en maintenant un service de proximité.

Compte tenu de l'ampleur des besoins actuels et futurs, ce regroupement régional permettra de tirer profit des opportunités de mise en commun pour accroître le rendement du service et de rehausser progressivement son offre de services.

Bonification des heures de service de transport ambulancier

Grâce aux investissements du MSSS, la Montérégie bénéficie, depuis janvier 2018, de 22 734 heures de service de transport ambulancier de plus annuellement. Cet ajout d'heures bonifie l'offre de services actuelle et permet aux services préhospitaliers d'urgence, qui sont sous la responsabilité du CISSS de la Montérégie-Centre, de mieux répondre aux besoins de la région dont la population ne cesse de croître. Seulement en 2017-2018, près de 125 000 transports ambulanciers ont été effectués en Montérégie.

Rehaussement du financement à la mission globale pour les organismes communautaires

Notre région s'est vu octroyer un rehaussement de son enveloppe PSOC de 1 236 900 $ pour aider les organismes à consolider leur action.

Ce montant a permis :

- De ramener les organismes communautaires moins bien nantis au seuil minimum de financement de leur catégorie.
- À 78 organismes communautaires de bénéficier d'une subvention additionnelle récurrente et de consolider leur financement à la mission globale.
- Aux organismes communautaires relevant principalement des catégories Déficience intellectuelle/TSA, Maison de jeunes et Personnes démunies, de consolider significativement leur financement.

Innovation et rayonnement

Plusieurs mémoires déposés par la Direction de santé publique de la Montérégie

En vertu de son mandat, la Direction régionale de santé publique de la Montérégie a produit cette année plusieurs mémoires dans le cadre de consultations publiques. Les sujets traités sont variés : légalisation du cannabis, aide sociale, sécurité routière et gaz de schiste.

Une bourse FORCES décernée à une équipe de la Direction de santé publique de la Montérégie

La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) a décerné une bourse à une équipe de la Direction de santé publique de la Montérégie dans le cadre de son programme de formation pour cadres FORCES. L'équipe a reçu cette bourse pour son projet d'aménagement d'une salle de pilotage accessible aux trois CISSS de la région dans le but de mieux coordonner les activités visant à améliorer la santé de la population.

Succès de l'implantation d'un « œil bionique »

En 2017, l'INLB a collaboré à une grande première au Québec. En partenariat avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'équipe de l'INLB a contribué au succès de l'implantation chirurgicale d'une prothèse rétinienne, aussi appelée « œil bionique », en offrant aux usagers les services de réadaptation fonctionnelle intensive nécessaires pour apprendre à utiliser l'implant. Jusqu'à présent, deux usagers ont été opérés pour recevoir l'implant et ont suivi le programme de réadaptation de l'Institut.

Un programme unique au Québec développé par l'équipe du CICM

Le Centre intégré de cancérologie de la Montérégie (CICM) rend désormais accessible en ligne un programme, unique au Québec, de prévention des complications musculosquelettiques destiné aux personnes atteintes d'un cancer du sein. Ce matériel éducatif, développé grâce à la contribution financière de la Fondation du cancer du sein du Québec, permet d'outiller les personnes atteintes, ayant subi une mastectomie avec intervention à l'aisselle, afin qu'elles puissent participer activement à leur rétablissement grâce à l'enseignement d'exercices et de techniques de massage simples et efficaces.

Une première au Canada en gastroentérologie

Le Dr Étienne Désilets, gastroentérologue à l'HCLM, a réussi trois interventions en écho-endoscopie digestive, une première au Canada. Des techniques de drainage en écho-endoscopie digestive encore peu utilisées dans le monde ont été pratiquées sur des patients souffrant d'une infection sévère de la vésicule biliaire ou d'une jaunisse consécutive à un cancer du pancréas incurable. Le traitement a permis d'améliorer le confort et de prolonger la vie des patients en plus d'améliorer leur qualité de vie.

Un nouveau programme d'intervention conjointe auprès des personnes en situation de crise

Développé par la Direction des programmes de santé mentale et dépendance du CISSS en partenariat avec le Service de police de Saint-Jean-sur-Richelieu et le Centre de crise et de prévention du suicide de Saint-Jean-sur-Richelieu, le nouveau programme d'intervention conjointe auprès des personnes en situation de crise a été lancé en septembre 2017. Ce nouveau service permet aux policiers d'avoir accès, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, à un intervenant du centre de crise lorsqu'ils sont en présence d'une personne dont l'état mental peut représenter un danger pour elle-même ou pour autrui.

Aide aux proches des personnes atteintes de maladie mentale

En novembre 2017, le CISSS et deux organismes à but non lucratif du territoire, soit l'Éclusier du Haut-Richelieu et l'Association des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale – Rive-Sud, ont signé un protocole d'entente axé sur la reconnaissance, le soutien et l'implication des membres de l'entourage d'une personne atteinte de maladie mentale. Grâce à ce partenariat, les proches de la personne aux prises avec des problèmes de santé mentale peuvent, eux aussi, bénéficier de soutien psychologique et de conseils pour les aider à se rétablir.

Un prix RPCU décerné au Comité des usagers Champlain–Charles-Le Moyne

Dans le cadre du congrès 2017 du Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU), le Comité des usagers Champlain–Charles-Le Moyne a remporté, ex aequo avec deux autres participants, le prix RPCU de l'Excellence dans la catégorie Information, comités ayant un budget de plus de 25 000 $. Ce prix souligne la qualité et la pertinence de la campagne publicitaire menée par le comité qui comportait 70 panobus et 56 grandes affiches dans des abribus.

Reconnaissances obtenues en 2017-2018

Prix Florence 2017

Érika Close, infirmière clinicienne à l'unité mère-enfant de l'HCLM, est la récipiendaire des prix Florence 2017 de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), dans la catégorie Rayonnement international.

Prix Reconnaissance de la Commission scolaire des Hautes-Rivières (CSDHR)

Dans le cadre de la cinquième édition des Prix Reconnaissance de la Commission scolaire des Hautes-Rivières (CSDHR), le Prix Partenariat a été décerné au CISSS de la Montérégie-Centre et à la CSDHR pour leur programme de formation et de recrutement de préposés aux bénéficiaires.

Prix national Dons d'organes et transplantation

Dr Olivier Diec, néphrologue à l'HCLM, s'est vu remettre, en mai 2017, le Prix national Dons d'organes et transplantation de la Fondation canadienne du rein.

Prix Gémeaux

Dans le cadre du gala 2017 des prix Gémeaux, la deuxième saison de la série De garde 24/7, tournée à l'HCLM, s'est illustrée en recevant trois prix Gémeaux :

- « meilleur scénario, documentaire – série »
- « meilleur son – magazine, affaires publiques, documentaires, toutes catégories »
- « meilleure série documentaire – société ». Cette dernière récompense avait d'ailleurs également été remise à la série en 2016.

Prix d'excellence

Les pharmaciens de l'HHR ont reçu un prix d'excellence décerné par la faculté de pharmacie de l'Université de Montréal pour souligner leur engagement exemplaire en tant que cliniciens associés à la formation des étudiants en pharmacie.

Prix de reconnaissance

L'équipe de l'unité mère-enfant de l'HHR et les sages-femmes de la Maison de naissance de Richelieu ont reçu un prix de reconnaissance pour leur participation exceptionnelle à l'Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO).

Deux Prix Reconnaissance ont été remportés par des membres du conseil multidisciplinaire du CISSS lors du congrès 2017 de l'ACMQ. Dans la catégorie « Comité de pairs », l'équipe d'ergothérapeutes en pédiatrie santé physique du RLS du Haut-Richelieu–Rouville a remporté le 3e prix. Et dans la catégorie « Rayonnement », Chantal Plamondon, organisatrice communautaire, a remporté le 3e prix soulignant son parcours professionnel et son engagement dans l'organisation du Colloque intervenants jeunesse.

Prix de la meilleur vidéo

Dr Jean-Pierre Doray, clinicien-chercheur à l'HCLM, a reçu le prix de la meilleure vidéo à l'occasion du colloque sur le transport des nourrissons à haut risque organisé par la Fédération internationale du service de transport néonatal aigu, à Oxford au Royaume-Uni.

Prix Profession Santé 2017

Dr Robert Williams du GMF-U Charles-Le Moyne a remporté le Prix Profession Santé 2017, catégorie Pratique novatrice - Médecins.

SECTION 3

RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité

Pour l'année 2017-2018, le CISSS de la Montérégie-Centre présente des résultats globalement satisfaisants à l'égard de l'atteinte de ses engagements. En effet, l'établissement affiche des résultats supérieurs à 90 % dans 33 des 49 indicateurs relevés. Les indicateurs moins performants sont associés principalement au programme de santé physique, notamment à l'urgence, en chirurgie et au Service d'imagerie médicale. Des efforts supplémentaires seront déployés pour atteindre les cibles attendues.

Quelques résultats positifs à souligner

En santé publique, la cible sur le pourcentage d'écoles de la Montérégie qui implantent l'approche École en santé a encore cette année été dépassée, avec un résultat de 78,4 %. Le nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement ou par le sang chez les jeunes de 15 à 24 ans a également dépassé l'objectif fixé avec un niveau d'atteinte à 109 %. Ces cibles réfèrent à des indicateurs de nature régionale.

En matière de soutien à domicile de longue durée, le nombre total d'heures de services à domicile reflète bien les efforts des équipes. En effet, la cible établie de 479 403 heures a été dépassée de 23 320 heures. Quant au nombre de personnes servies, il est supérieur à la cible convenue avec un total de 5 399. Enfin, le pourcentage de personnes servies ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention correspond à un niveau d'atteinte de l'engagement de 89,2 %, ce qui constitue une amélioration de 13,6 par rapport à l'an dernier.

Du côté des déficiences physiques, il est à noter que toutes les demandes de services, tant en CLSC qu'à l'Institut Nazareth et Louis-Braille, ont été traitées dans les délais, dépassant ainsi toutes les cibles ministérielles.

Par ailleurs, en soins palliatifs et soins de fin de vie, la cible du nombre de lits réservés à cette clientèle a été atteinte. Le pourcentage des décès à domicile chez les usagers ayant reçu ce type de soins à domicile a également été atteint. Bien qu'une diminution du nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile soit observée, toutes les demandes de services ont été traitées.

Enfin, avec 13 GMF sur son territoire, l'établissement atteint la cible ministérielle.

Entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018 – Reddition de comptes des attentes spécifiques

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation[3]
Santé publique		
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.	R
2.2 Comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN)	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et le comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, Santé et Services sociaux, Québec 2006 ».	R
Santé sociaux		
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.	R
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'usagers ayant participé au programme.	R
3.3 Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	R

[3] État de réalisation
R = Réalisée à 100 %
NR = Non réalisée à 100 %
NA = Non applicable

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation[3]
3.4 Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC)	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	R
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.	R
3.6 ADDENDA – Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut niveau de soins alternatifs (NSA)	Les établissements, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés.	R
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.	R
Services de santé et de médecine universitaire		
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.	R
4.4 État d'avancement du plan d'action triennal 2016-2019 – Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1er juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS-CIUSSS devra être produit.	R
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.	R
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.	R

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation[3]
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.	R
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.	R
Financement, infrastructures et budget		
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.	R
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.	R
Coordination réseau et ministérielle		
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 partenariat en sécurité civile.	R
7.2 Mandat ministériel de leadership régional en sécurité civile	Exercer le rôle de leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région. À cet effet, le MSSS s'attend à ce que l'établissement maintienne une instance de concertation régionale en sécurité civile avec des mécanismes de coordination efficaces permettant un déploiement concerté des ressources du RSSS advenant un sinistre.	R

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation[3]
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.	**R**
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 C. A. de l'établissement.	**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, entérinés par le C. A. et ensuite transmis 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.	**R**

Portrait sommaire de la performance du CISSS de la Montérégie-Centre : atteinte des engagements annuels 2017-2018

Nom de l'indicateur	Engagement Annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Engagement annuel de l'année suivante
Santé publique			
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	77,0 %	78,4 %	77,0 %
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais (anciennement 1.01.14)	90,0 %	88,4 %	90,0 %
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) En Montérégie, 34 518 enfants ont été vaccinés. De ce nombre, 73 % ont reçu leur dose dans les délais prescrits par le MSSS. Les vaccins concernés sont le vaccin DCaT-HB-VPI-Hib, méningocoque de sérogroupe C et RROVar. La Direction de santé publique travaille en collaboration avec les trois CISSS de la Montérégie afin d'atteindre la cible de la planification stratégique 2015-2020. Les actions mises en place sont les suivantes : • politique sur la gouvernance en immunisation adoptée au CISSS de la Montérégie-Centre et au CISSS de la Montérégie-Ouest; • tenue d'une journée portant sur l'organisation des services de vaccination dans les trois CISSS de la Montérégie afin d'identifier des pistes d'action pour diminuer les retards vaccinaux et améliorer l'offre de services vaccinale en petite enfance; • participation au projet provincial de l'INSPQ « Offre de soutien pour l'organisation des services de vaccination aux enfants de 0-5 ans au Québec » et accompagnement de l'équipe aux CISSS qui souhaitent réviser leur offre de services de vaccination; • mise en place d'un groupe régional d'expertise en immunisation comprenant des membres des trois CISSS de la Montérégie travaillant sur les meilleures pratiques en matière d'organisation des services. Cette cible réfère à des indicateurs de nature régionale.			
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais (anciennement 1.01.15)	90,0 %	71,9 %	90,0 %
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Idem 1.01.27			

Nom de l'indicateur	Engagement Annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Engagement annuel de l'année suivante
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	85,0 %	57,2 %	85,0 %
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) : Idem 1.01.27			
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	4 858	5 314	4 858
Santé publique – Infections nosocomiales			
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	70,0 %	52,6 %	75,0 %

Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)

Plusieurs actions ont été mises en place dans l'objectif d'atteindre cette cible :

- production d'un tableau de bord pour chacun des secteurs permettant de suivre périodiquement le taux de conformité à l'hygiène des mains et envoyé de façon périodique à chacune des directions;
- suivis effectués au comité de direction;
- formation des équipes qui ont des taux de conformité très bas;
- lancement en juin 2017 d'une vaste campagne régionale de sensibilisation à l'hygiène des mains déployée sur trois ans.

Pour l'année 2017-2018, soit l'an un de la campagne, un sondage a été réalisé auprès des travailleurs de la santé et des usagers afin, non seulement d'identifier des stratégies menant à la modification des comportements, mais aussi d'impliquer les publics cibles dans une démarche de solution.

Les résultats de cette consultation serviront de leviers pour les années 2 et 3 de la campagne triennale.

Services généraux			
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	90,0 %	85,6 %	90,0 %

Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)

L'écart de 4,4 % s'explique en grande partie par l'augmentation du volume des appels qui est passé de 13 728 en 2016-2017 à 15 452 en 2017-2018. En P10, une intensification des ressources (jour et soir) a été apportée afin de répondre à la demande. Un suivi étroit des résultats est effectué par la direction responsable de l'équipe Info-Social.

Nom de l'indicateur	Engagement Annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Engagement annuel de l'année suivante
Soutien à l'autonomie des personnes âgées			
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	100 %
1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	100 %
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100 %	100 %	100 %
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	85 %	86,2 %	85,0 %
Soutien à domicile de longue durée			
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de services de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	479 403	502 723	486 000
1.03.11-PS Nombre de personnes servies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	5 380	5 399	5 548
1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	90,0 %	89,2 %	90,0 %

Nom de l'indicateur	Engagement Annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Engagement annuel de l'année suivante
Soutien à domicile de longue durée (suite)			
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Le pourcentage de ces personnes s'est grandement amélioré, passant de 75,6 % en 2016-2017 à 89,2 %, ce qui constitue une augmentation de 13,6 %. Les résultats largement supérieurs aux cibles établies de l'an dernier ont rendu l'objectif de cette année plus difficile à atteindre, étant donné que l'engagement a été rehaussé conséquemment. Malgré tout, l'objectif de 90 % est presque atteint grâce à la mobilisation du personnel et aux investissements effectués.			
1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de services 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	476 508	459 964	476 508
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) En cours d'année 2017-2018, deux indicateurs se sont ajoutés aux engagements annuels par voie d'addenda en lien avec le soutien à domicile. Ces indicateurs sont plus spécifiques, concernant seulement les usagers ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14. Le nombre d'heures de services pour le soutien à domicile des usagers ayant un profil 4 à 14 est passé à 96,5 % d'atteinte de la cible, ce qui constitue une très forte amélioration par rapport à l'an dernier. En effet, nous observons une augmentation de 62 997 heures pour cet indicateur. Pour 2018-2019, des outils informatiques seront mis en place afin de compléter les analyses qui permettront de mieux identifier la clientèle visée par ce nouvel indicateur.			
1.03.15-EG2 Nombre de personnes servies 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	3 804	3 774	3 804
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Concernant cet indicateur, l'établissement est à 0,8 % d'atteinte de la cible, avec 3 774 personnes servies. Pour 2018-2019, des outils informatiques seront mis en place afin de compléter les analyses qui permettront de mieux identifier la clientèle visée par ce nouvel indicateur.			

Nom de l'indicateur	Engagement Annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Engagement annuel de l'année suivante
Déficiences			
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	96,3 %	97,2 %	97,1 %
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	99,8 %	99,8 %	99,9 %
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	93,4 %	99,6 %	99,5 %
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	60,0 %	60,3 %	70,0 %

Nom de l'indicateur	Engagement Annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Engagement annuel de l'année suivante
Dépendance			
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de services de détection et d'intervention précoce en dépendance	92,9 %	91,7 %	92,9 %
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Le taux d'implantation de l'offre de services de détection et d'intervention précoce en dépendance est à 1,2 % d'atteinte de la cible. Cet écart est attribuable à une formation qui n'a pu être dispensée en 2017-2018. Toutefois, la formation étant déjà planifiée pour 2018-2019, l'établissement est confiant d'atteindre la cible au cours de cette année.			
Santé mentale			
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	653	372,6	653
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Au plan de cet indicateur, mentionnons que plusieurs places sont en voie d'être reconnues par le MSSS. Les places additionnelles en lien avec les investissements ont été déclarées, mais ne sont pas considérées dans la présente reddition. • HRR : 94 places additionnelles (14 usagers de plus au réel) • CCLM : 144 places additionnelles (52 usagers de plus au réel) Donc, dans les faits, 611 places sont disponibles au total sur une cible de 653. Tout est en place pour atteindre la cible en 2018-2019.			
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	266	257,4	273
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Au plan de cet indicateur, mentionnons que plusieurs places sont en voie d'être reconnues par le MSSS. Les places additionnelles en lien avec les investissements ont été déclarées, mais ne sont pas considérées dans cette présente reddition. En ce qui a trait au nombre de places de suivi intensif dans la communauté, la cible est atteinte à 96,8 %. Le processus de recrutement des ressources requises associées se poursuivra afin d'atteindre l'objectif. Tout est en place pour l'atteinte de la cible de 2018-2019.			

Nom de l'indicateur	Engagement Annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Engagement annuel de l'année suivante
Santé physique - Urgence			
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12	14,57	12

Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)

Malgré une augmentation constante des séjours à l'urgence combinée à une diminution de la disponibilité des lits, notamment en raison de la hausse des volumes chirurgicaux, une forte amélioration de la durée moyenne de séjour (DMS) est connue au sein des deux urgences du CISSS.

Effectivement, le nombre de visites à l'urgence a respectivement connu une augmentation de 1 793 à l'HCLM et de 6 677 à l'HHR. En tout, cela représente une augmentation de 8 470 visites pour le CISSS.

- HCLM : malgré la hausse de 10 % de patients sur civière et de 2,1 % du nombre de visites, la DMS est passée de 20,9 h à 17,1 h pour 2017-2018, soit une diminution de 18,4 %.
- HHR : la cible globale de 12 h est atteinte, et ce, malgré une hausse de 10,7 % des visites et de 9,1 % des patients sur civière. Tout est mis en place pour maintenir la DMS à 12 h.

Afin d'atteindre les cibles, des mécanismes de communication ont été mis en place entre les services d'urgence des deux hôpitaux et les médecins de famille dans le cadre du projet d'assiduité. Ces mécanismes visent à :

- favoriser la prise en charge globale et améliorer le suivi des patients;
- s'assurer que le patient est vu, le plus possible, par son médecin ou par sa clinique;
- optimiser les soins de santé en première ligne.

Phase 1 en cours : un minimum de 4 plages horaires réservées dans chaque GMF est utilisé pour rediriger la clientèle inscrite en GMF et ne nécessitant pas un soin urgent.

Phase 2 : la clientèle P4-P5 de l'urgence ayant un médecin de famille en GMF sera redirigée dans son GMF selon des plages horaires réservées.

En outre, au RLS de Champlain, un comité a été mis en place pour intensifier le suivi de la clientèle en première ligne (GMF-UMF) pour les P4-P5 de l'urgence de l'HCLM.

Des travaux sont également en cours sur les mécanismes de communication entre l'urgence et la première ligne.

1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	65 %	48,1 %	70 %

Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)

L'augmentation importante du nombre de visites, particulièrement à l'HHR, explique en partie ce taux. Notons également que les deux urgences ont emménagé dans de nouveaux locaux en 2017-2018, engendrant une période d'adaptation.

Des comités médico-nursing seront mis en place pour revoir l'organisation du travail et améliorer l'efficacité du processus pour les patients qui ne sont pas couchés sur civière afin d'atteindre la cible visée.

Nom de l'indicateur	Engagement Annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Engagement annuel de l'année suivante
Santé physique - Urgence (suite)			
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	66 %	45,8 %	70 %
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Le pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 h s'est détérioré de 4,9 % par rapport à 2016-2017. Une analyse des causes et solutions possibles pour contrer les délais, en ce qui a notamment trait à l'organisation du travail et la trajectoire de soins, est actuellement en cours. Des comités médico-nursing seront mis en place pour revoir l'organisation du travail et améliorer l'efficacité du processus pour les patients qui ne sont pas couchés sur civière afin d'atteindre la cible visée.			
Santé physique – Soins palliatifs et de fin de vie			
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 239	1 142	1 242
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Bien que nous observions une diminution du nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile, toutes les demandes de services ont été traitées dans les délais. Aucun patient n'est en attente pour ce service. Il est à noter que la consolidation de la trajectoire est actuellement en cours, ce qui devrait entraîner davantage de demandes de soins palliatifs et de fin de vie à domicile pour 2018-2019.			
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	36	36	39
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	18 %	18,5 %	18,8 %
Santé physique – Services de première ligne			
1.09.25-PS Nombre total de GMF	13	13	13
1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	2	1	2
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Le 2e GMF-R du CISSS a été reconnu au 1er mai 2018. La présente entente de gestion venant à échéance le 31 mars 2018, le 2e GMF-R n'a pas été pris en considération dans cette reddition.			

Nom de l'indicateur	Engagement Annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Engagement annuel de l'année suivante
Santé physique - Chirurgie			
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	188	0

Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)

Les délais chirurgicaux et les listes d'attente sont des sujets statutaires des rencontres des comités de gestion des blocs opératoires. Des interventions particulières sont réalisées périodiquement avec les chirurgiens ayant des patients hors délais. De plus, les listes d'attente sont remises périodiquement aux chirurgiens et chefs de départements et services. Un avis a été donné aux médecins afin de se conformer aux orientations du MSSS en termes de délais opératoires.

- HHR : il n'y a aucun patient en attente depuis plus de 1 an depuis la P6.
- HCLM : 180 patients sont en attente depuis plus d'un an. Les chirurgiens qui ont également des cas hors délais ont dû traiter plusieurs priorités supplémentaires, ce qui explique notamment ces délais.

1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	90 %	64,2 %	90 %

Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)

Plus de 64 % des patients oncologiques sont opérés en moins de 28 jours. Il s'agit d'une amélioration de 1,6 % par rapport à 2016-2017.

Les délais chirurgicaux et les listes d'attente sont des sujets statutaires des rencontres des comités de gestion des blocs opératoires. Des interventions particulières sont réalisées périodiquement avec les chirurgiens ayant des patients hors délais. De plus, les listes d'attente sont remises périodiquement aux chirurgiens et chefs de départements et services. Un avis a été donné aux médecins afin de se conformer aux orientations du MSSS en termes de délais opératoires.

1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100 %	97,5 %	100 %

Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)

Au plan du pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours, la cible est presque atteinte avec 97,5 %. Il s'agit d'une amélioration de 3 %, portant à 97,5 % le pourcentage des patients oncologiques traités dans un délai inférieur à 56 jours. Une gestion plus serrée des listes d'attente et des interventions particulières sont réalisées périodiquement avec les chirurgiens ayant des patients hors délais.

Nom de l'indicateur	Engagement Annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Engagement annuel de l'année suivante
Santé physique – Imagerie médicale			
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	100 %	100 %	100 %
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	100 %	100 %	100 %
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	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	95 %	87,4 %	98 %
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Les cibles en échographies cardiaques n'ont pas été atteintes à l'HHR en raison du départ de deux cardiologues à l'automne 2017, ce qui a entraîné une baisse de productivité. Ceux-ci seront remplacés sous peu. De plus, l'hôpital connaît une augmentation de près de 11 % des demandes à chaque période. Pour l'HCLM, la cible est atteinte.			
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	93 %	98,7 %	96,5 %
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	90 %	87,7 %	95 %
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Pour l'HHR, avec la mise en place de la de la seconde offre de service (alternatives diverses), l'atteinte de la cible s'est grandement améliorée pour les « autres » échographies. Effectivement, ceci représente une amélioration de 36,9 % par rapport à 2016-2017. Les efforts se poursuivent. Pour l'HCLM, la cible est atteinte.			

Nom de l'indicateur	Engagement Annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Engagement annuel de l'année suivante
Santé physique – Imagerie médicale (suite)			
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	95 %	100 %	100 %
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	90 %	43,3 %	95 %
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Pour l'HCLM, le volume de demandes en attente dépasse largement la capacité de production. Bien que nous observions une augmentation de 5,3 % d'atteinte par rapport à 2016-2017, l'établissement est toujours sous la cible identifiée. Différentes options sont évaluées, dont l'ouverture de la résonance de l'HHR sur le quart de nuit pour permettre la réalisation d'examens pour l'HCLM. Il s'agit d'un dossier en cours. Pour l'HHR, la cible est atteinte.			
Ressources matérielles			
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100

Nom de l'indicateur	Engagement Annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Engagement annuel de l'année suivante
Ressources humaines			
3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	6,88	8,04	6,88
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Le ratio d'heures en assurance-salaire s'est légèrement amélioré, passant de 8,08 en 2016-2017 à 8,04. Bien que plusieurs mesures aient été mises en place, la cible de 6,88 n'est pas atteinte. Voici quelques exemples de ces mesures : • adoption d'une politique « réseau » portant sur la gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail; • vigie exercée auprès des secteurs ciblés quant à l'évolution de leur taux d'assurance-salaire et des besoins d'accompagnement requis dans la réalisation de leur plan d'action; • mise en place d'actions et d'outils favorisant le développement des compétences des gestionnaires autant en matière de gestion de la présence au travail, qu'en prévention des absences et en qualité de vie au travail (entre autres : poursuite de la formation sur la gestion intégrée de la présence au travail et réalisation des formations prévues au PDCC).			
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2,9	4,20	2,90
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) Une pénurie de ressources est observée pour répondre aux besoins de main-d'œuvre de l'établissement. Comparativement à l'année dernière, une hausse du temps supplémentaire est constatée. Le volume d'absence à long terme et à court terme ainsi que le taux d'occupation relativement élevé pendant certaines périodes dans les deux hôpitaux de l'établissement sont les deux raisons principales qui influencent le taux de temps supplémentaire. Plusieurs actions ont été mises en place afin de contrôler le recours au temps supplémentaire, notamment l'utilisation maximale des disponibilités offertes lorsque la situation le requiert.			
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,13	1,56	1,13
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.) L'établissement a eu recours à un nombre important d'heures pour le service de sécurité. En excluant les heures attribuées à ce service, le taux de recours à la M.O.I. pour les autres titres d'emploi serait de 0,86 %. L'organisation a également eu recours à la M.O.I. dans les titres d'emploi en pénurie, notamment les infirmières et les préposés aux bénéficiaires. De plus, de la M.O.I. a été introduite dans des secteurs administratifs afin de pallier le manque de personnel et les retards de traitement de données, le tout afin d'assurer le maintien des services. Le recours à la M.O.I. pour les titres d'emploi d'infirmières auxiliaires est aussi présent pour certains secteurs. Le recours à la M.O.I. est élevé dans les secteurs où le recrutement est plus difficile, notamment en hébergement, en réadaptation et dans les secteurs spécialisés.			
Ressources technologiques			
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	95 %	95,5 %	NA

Nom de l'indicateur	Engagement Annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Engagement annuel de l'année suivante
Multiprogrammes			
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	63,2 %	49,5 %	65,0 %

Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)

En ce qui a trait au pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC), nous observons une augmentation de 2,2 % par rapport à 2016-2017. Malgré cette amélioration, la cible de 63,2 % n'est toujours pas atteinte.

Cet indicateur comporte des éléments qui ont nécessité une analyse plus approfondie de l'indicateur. En effet, comme l'indicateur est multiprogrammes, il a été complexe d'effectuer un suivi par direction.

Toutefois, un mécanisme de suivi des listes d'attente a été mis en place dans toutes les directions concernées, et ce, de façon périodique.

De plus, l'analyse de cet indicateur a amené à revoir certaines pratiques ainsi que la codification reliée à celle-ci. Un suivi périodique de cet indicateur est effectué.

Légende

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

SECTION 4

ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

Agrément

Suivi aux recommandations faites par l'organisme d'agrément dans son dernier rapport de 2014

Les RLS du Haut-Richelieu–Rouville et de Champlain ont obtenu leur statut d'agrément en novembre 2014 d'Agrément Canada. L'INLB, pour sa part, a obtenu son statut d'agrément en mars 2017 du Conseil québécois d'agrément.

À la demande d'Agrément Canada, un dernier suivi devait être fait par le RLS de Champlain relativement à un critère inclus dans la norme de gestion des médicaments afin de maintenir le statut d'agrément de l'établissement, soit le critère 17.4 (les médicaments oraux à dose unique demeurent dans l'emballage du fabricant ou de la pharmacie jusqu'à leur administration). Les preuves de conformité à ce critère ont été soumises à Agrément Canada avant les délais prescrits et elles ont été acceptées telles quelles. Le statut d'établissement agréé est donc maintenu par Agrément Canada.

La sécurité et la qualité des soins et des services

Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents et des accidents

Au cours de l'année 2017-2018, l'établissement a réalisé plusieurs activités visant à accroître la sécurité des soins et des services prodigués aux usagers, tout en développant et en encourageant une culture de sécurité.

Il a notamment offert de la formation sur les rapports AH-223-1 (rapport de déclaration), AH-223-2 (rapport d'analyse) et AH-223-3 (rapport de divulgation) à 397 intervenants et gestionnaires de différents milieux, unités et services. Des activités de sensibilisation et des capsules d'information sur l'importance de remplir les rapports de déclaration d'incidents/accidents ont également été réalisées auprès du personnel, des gestionnaires et des médecins par le biais de notes de service, d'articles à l'intérieur de publications internes, de rencontres de gestionnaires ainsi que de manière ciblée sur certaines unités.

D'autre part, 142 rapports trimestriels ont été produits et diffusés aux directions, aux gestionnaires et aux différentes instances de l'établissement quant au portrait complet des incidents et des accidents liés à la prestation de soins et de services aux usagers. Ces rapports permettent de connaître les risques et de faciliter la prise en charge et le suivi des événements se produisant dans leurs milieux. De même, des rapports ont été envoyés à 46 directeurs et

gestionnaires pour les informer des écarts comparatifs de la déclaration des incidents et accidents pour leurs milieux respectifs.

De plus, à la suite d'une recommandation du conseil d'administration, l'établissement a effectué une démarche d'identification des risques organisationnels avec l'ensemble des directions. Un registre des risques a été produit et celui-ci fait l'objet d'une vigie par le comité de direction, le comité de vérification et le conseil d'administration. D'ailleurs, pour cette première année, le comité de vigilance et de la qualité ainsi que le comité de vérification ont convenu de faire l'analyse des risques organisationnels (cliniques et non cliniques) conjointement pour la production d'un seul rapport intégré.

Principaux risques d'incidents et d'accidents

Pour l'année 2017-2018, le CISSS a déclaré, au moyen du système local de surveillance, 21 928 événements, soit une hausse de 11,26 % des déclarations par rapport à l'année 2016-2017.[4]

Nombre d'incidents et d'accidents par RLS ou installation

RLS OU INSTALLATION	2017-2018	2016-2017
RLS de Champlain	9 931	9 566
RLS du Haut-Richelieu–Rouville	11 997	10 137
INLB	0	6
TOTAL	**21 928**	**19 709**

Principaux types d'incidents (indices de gravité A et B)

TYPE D'INCIDENT	Nombre de déclarations	% par rapport à l'ensemble des événements
Médicaments	840	32,90 %
Autres types d'événements (ex. : planification des rendez-vous/examens)	587	22,99 %
Test diagnostique - laboratoire	278	10,89 %

[4] Les données présentées dans ce rapport portent sur les incidents et accidents qui sont survenus dans l'année financière 2017-2018 (entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2018) et qui ont été déclarés et saisis au 18 mai 2018. Les données présentées pour l'année financière 2016-2017 (entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2017) sont extraites du rapport du comité de gestion des risques adopté le 2 juin 2017.

Principaux types d'accidents (indices de gravité C à I)

TYPE D'ACCIDENT	Nombre de déclarations	% par rapport à l'ensemble des événements
Chutes et quasi-chutes	7 533	38,88 %
Médicaments	6 262	32,32 %
Autres types d'événements (ex. : blessures d'origine inconnue ou connue)	2 362	12,19 %

Actions entreprises par le Comité de gestion des risques et mesures mises en place par l'établissement pour les principaux risques d'incidents et d'accidents

Les événements présentant des conséquences importantes et permanentes (indice de gravité G, H ou I) incluant les trois principaux types listés, ainsi que les événements pouvant présenter des conséquences importantes si le risque se réalisait, ont fait l'objet d'une analyse approfondie. Des plans d'amélioration ont été élaborés et suivis pour tous les événements sentinelles. Ces derniers ont été rapportés au comité de gestion des risques et celui-ci a participé à la recherche et au développement de moyens pour accroître la sécurité des usagers. Le comité de gestion des risques s'est également assuré que soient fournies des mesures de soutien aux usagers, aux familles et aux proches concernés par un événement sentinelle. Des recommandations cliniques et administratives (par exemple, la mise en place de processus, la formation du personnel, etc.) en provenance du comité de gestion des risques ont été acheminées aux gestionnaires, directions ou instances concernés et des mesures correctives ont été prises.

En conformité avec les 32 recommandations du Groupe vigilance pour la sécurité des soins du MSSS, un état de situation des mesures mises en place et l'identification des zones de vulnérabilité ont été présentés au comité de gestion des risques concernant les deux volets ciblés, soit la prévention des chutes et les incidents et accidents liés à la médication. Parmi les mesures mises en place, soulignons l'adoption de l'approche adaptée pour la personne âgée dans les deux hôpitaux et la mise en place de comités pharmaco-nursing propres aux différents milieux de l'établissement qui se penchent, entre autres, sur les erreurs de médicaments. De plus, une recherche comparative avec l'ensemble du Québec a été menée afin de vérifier si l'établissement se positionnait différemment par rapport aux principaux risques.

En ce qui concerne les erreurs de médicaments, un outil servant à spécifier l'étape du circuit du médicament dans le rapport de déclaration des incidents/accidents et à recueillir des données cliniques et administratives précieuses pour l'établissement a été élaboré.

Des rencontres ont lieu avec les laboratoires afin de discuter des enjeux à la qualité du prélèvement et des non-conformités. Des travaux ont porté sur la distinction entre une non-conformité et une déclaration d'incident/accident. Un registre informatisé a été mis en place afin de colliger des informations sur les non-conformités. De plus, des formations sur la déclaration des événements indésirables ont été offertes au personnel des laboratoires.

En ce qui concerne la problématique de la planification des rendez-vous et des examens, une analyse spécifique a été réalisée par un comité ad hoc (interdirection) afin d'améliorer l'accessibilité aux cliniques externes. Plusieurs actions concrètes ont été réalisées (par exemple, l'élargissement des heures d'ouverture des cliniques externes, l'ajout de plages horaires, etc.).

Un certain nombre de déclarations d'accidents concerne les blessures d'origine inconnue ou connue. Ces blessures font l'objet d'analyse complémentaire par l'équipe concernée afin de mettre en place les mesures appropriées pour éviter la récurrence de tels événements.

Finalement, les documents suivants ciblant la sécurité et la qualité des soins et des services ont été élaborés et adoptés :

- La Procédure de gestion d'un événement sentinelle.
- Le Règlement de divulgation de l'information à un usager à la suite d'un accident dans le cadre d'une prestation de soins et de services.
- Le Cadre de référence sur la gestion intégrée de la qualité.
- La Politique cadre en gestion intégrée des risques.
- La Politique et la Procédure de protection des effets personnels et des objets de valeur des usagers et gestion des réclamations.
- La Procédure sur la gestion des alertes (adoption à venir en 2018-2019).

De plus, pour l'année 2017-2018, le Comité de gestion des risques a formulé d'autres recommandations liées à la prestation de soins et de services aux usagers et les actions suivantes ont été posées :

- Un comité de travail ad hoc a été créé pour élaborer une procédure pour la gestion des alertes médicales et non médicales reçues dans l'établissement.
- Un comité de travail ad hoc a été mis sur pied afin d'identifier et évaluer les risques liés à l'environnement de travail et à la sécurité des personnes dans les CHSLD.
- Des politiques et procédures ont été harmonisées et leur imputabilité a été clarifiée.
- Les processus relatifs au retraitement des sondes endovaginales ont été révisés.

Actions entreprises par le Comité de gestion des risques et mesures mises en place par l'établissement pour la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

La valorisation et l'instauration d'une culture de prévention et de contrôle des infections est au cœur des préoccupations de l'établissement. L'harmonisation des programmes actuels, la mise en commun des cadres de référence et leur utilisation, amorcées au courant de 2016-2017, se sont poursuivies pour l'année 2017-2018.

Dans le cadre de la gestion des risques en matière de prévention et contrôle des infections, deux comités opérationnels permettant d'énoncer des recommandations sont toujours présents au CISSSMC. Dans un processus d'harmonisation, en plus des deux comités opérationnels, un comité

de coordination a été créé afin de faire ressortir les enjeux de la prévention et du contrôle des infections.

Des efforts importants ont également été poursuivis du côté de la formation du personnel, autant à l'embauche qu'en cours d'emploi, notamment en matière d'hygiène des mains, de pratique de base et précaution additionnelle, de salubrité ainsi que des bonnes pratiques lors des travaux de construction ou de rénovation.

L'hygiène des mains est une des stratégies à privilégier pour la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Ainsi, un tableau de bord périodique concernant le taux de conformité à l'hygiène des mains a été transmis à tous les directeurs et chefs d'unité. De plus, une campagne d'hygiène des mains a eu lieu en octobre et en novembre 2017 pour les employés. Une campagne régionale, incluant les trois CISSS de la Montérégie, a aussi été organisée dans la dernière année et se poursuivra pour les deux prochaines années.

Lors des rencontres du comité de gestion des risques, un état de situation sommaire au regard des éclosions a été rapporté. La saison grippale 2017-2018 se distingue de l'année précédente par l'arrivée précoce de l'influenza B au Québec ainsi que par un nombre de cas d'influenza A et B ayant grandement augmenté. La situation s'est donc reflétée dans nos établissements. Des groupes de travail ont été formés afin de mettre en place des mesures structurantes pour limiter l'ampleur des éclosions. À titre d'exemples, des audits fréquents ont été effectués dans les secteurs où les éclosions ont eu lieu et des mesures concernant l'isolement, les protections individuelles, la fréquence de nettoyage et la vaccination grippale pour le personnel et la clientèle ont été adoptées.

Les tableaux suivants présentent la moyenne d'incidence des types d'infections ayant fait l'objet d'une surveillance systématique en 2017-2018, comparativement à l'année précédente.

Hôpital du Haut-Richelieu - Taux d'incidence (par 10 000 jours présence)

	2016-2017	2017-2018
Clostridium difficile	3,7	3,9
SARM	3,2	1,9
ERV	1,7	1,2
BGNMR	NA	0,1

Hôpital Charles-Le Moyne - Taux d'incidence (par 10 000 jours présence)

	2016-2017	2017-2018
Clostridium difficile	6,6	9,2[5]
SARM	4,8	4,9
ERV	1,9	6,4[6]
BGNMR	NA	0

Il reste plusieurs défis à relever en ce qui a trait à la prévention et au contrôle des infections. Les différents chantiers de construction, l'harmonisation des pratiques et la surveillance des processus et des pratiques exemplaires font partie des activités qui seront bonifiées durant la prochaine année.

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

Dans un souci d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, la pratique entourant les mesures de contrôle demeure une préoccupation constante pour tous les gestionnaires et les intervenants.

L'année 2017-2018 a été une année d'optimisation et d'harmonisation relativement à l'utilisation des mesures de contrôle. Différentes actions ont porté notamment sur le processus de déclaration dont la culture s'améliore. Conséquemment, une augmentation de l'utilisation des mesures de contrôle a été observée. Cependant, l'utilisation des mesures alternatives à la contention a également connu une augmentation marquée.

Comité de prévention des mesures de contrôle

Depuis quelques années, un comité composé d'experts interdisciplinaires représentant les différentes missions du CISSS veille à identifier des pistes d'amélioration concernant les mesures de contrôle.

En 2017-2018, ses activités ont notamment porté sur ce qui suit :

- Uniformisation d'un protocole interdisciplinaire sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle.
- Harmonisation de la prise de données par le biais d'un formulaire commun.

[5] Le taux d'incidence nosocomiale des infections associées aux diarrhées au *Clostridium difficile* a connu une augmentation en raison de l'augmentation des éclosions. La majorité des éclosions sont maintenant terminées.

[6] L'augmentation du taux d'incidence pour cette année est reliée aux nombres d'éclosions qui ont eu lieu en début d'année financière 2017-2018 et qui ont été contrôlées par la suite.

- Distribution de dépliants informatifs sur les mesures de contention pour les familles et les usagers.
- Réalisation de 18 tournées d'une équipe itinérante formée de professionnels multidisciplinaires sur les unités de soins dans le but d'offrir du soutien aux équipes.
- Offre de 50 capsules de formation continue à 170 membres du personnel de la mission hospitalière en vue de soutenir la réflexion du personnel soignant et encadrer l'application des mesures de contrôle à l'aide du processus décisionnel et des enjeux légaux.

Voici ci-dessous les différentes données comptabilisées du 1er avril 2017 au 31 mars 2018 pour nos différentes missions afin de quantifier l'utilisation de différentes mesures de contrôle.

Mesures de contrôle appliquées

TYPE	2016-2017	2017-2018
Isolement	79	80
Contention et isolement	54	56
Contention	2 556	2 596
Substances chimiques	211	303
TOTAL	2 900	3 035

Mesures de remplacement effectuées

TYPE	2016-2017	2017-2018
Pacification	254	309
Écoute	187	281
Proposer des diversions (Télévision, radio, jeux, etc.)	34	57
Médication PRN acceptée par le patient	95	139
Soin continu	21	42
Réduction des stimuli	184	218
Information	43	106
Manchons	0	0
Gilet avec poids (pédopsychiatrie)	0	0
Relaxation, technique de gestion agressivité et colère	13	8
Utilisation des aide-mémoire	2	4
Aménagement de l'environnement	16	21
Lit détecteur de mouvement	15	80
Retrait à sa chambre PRN	86	93
Autres	12	66
TOTAL	**962**	**1424**

Mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité à la suite des recommandations formulées par le commissariat aux plaintes et à la qualité des services, le protecteur du citoyen et le coroner

Le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) a analysé divers rapports lui permettant de bien saisir les enjeux auxquels l'établissement doit faire face en matière de qualité. À cet égard, les sujets abordés ont notamment porté sur le plan de la promotion du respect des droits des usagers et sur le régime d'examen des plaintes, sur les résidences privées pour aînés, sur le processus d'agrément, la gestion intégrée des risques et les statistiques de l'entente de gestion.

Le comité a informé régulièrement le conseil d'administration de l'avancement des dossiers et des suivis des recommandations, s'assurant ainsi de la pertinence, de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des services rendus, du respect des droits des usagers ou du traitement de leurs plaintes.

Au cours de l'année 2017-2018, un suivi a été apporté par l'établissement ou son comité de vigilance aux recommandations formulées.

Le commissariat aux plaintes et à la qualité des services

Durant l'année 2017-2018, le commissariat aux plaintes et à la qualité des services a émis 42 recommandations qui ont été réalisées ou sont en voie de l'être. Le CVQ s'est assuré qu'un suivi soit apporté aux recommandations.

Les thématiques abordées par les recommandations sont :

- Les soins et services dispensés;
- Les droits particuliers, en lien avec la sécurité de l'usager;
- L'organisation du milieu et ressources matérielles, principalement au niveau de l'alimentation en résidences privées pour aînés;
- L'aspect financier au niveau des frais d'hébergement;
- Les relations interpersonnelles;
- L'accessibilité aux services médicaux.

Exemple de mesure mise en place

Le commissariat aux plaintes et à la qualité des services est demeuré attentif à l'accès aux services à l'aide d'un tableau de suivi sous forme de poste d'observation qui permet au CVQ de suivre l'évolution du nombre, de la nature et de la fluctuation des dossiers liés à l'accès aux médecins spécialistes et/ou aux services diagnostiques.

Par exemple, de nombreux usagers ont mentionné leur difficulté à joindre les cliniques externes et d'endoscopie de l'Hôpital Charles-Le Moyne.

Recommandation

Il a été recommandé de mettre en place les mesures requises afin de permettre un accès téléphonique fluide.

La réalisation du plan d'action proposé a eu des effets positifs majeurs permettant le désengorgement des lignes téléphoniques pour les cliniques externes tout en générant des gains en efficience pour le cheminement des appels. Les cliniques ont revu leur offre de service, réorganisé les ressources et élargi les plages horaires afin de mieux répondre aux besoins des usagers.

Le Protecteur du citoyen

Le Protecteur du citoyen a adressé neuf recommandations à l'établissement par le biais de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services au cours de l'année. Voici la liste des recommandations suivies du résumé des mesures mises en place pour y donner suite.

1) Que l'établissement s'assure d'avoir une évaluation récente des besoins d'un usager avant de transmettre une demande de réévaluation d'un dossier au comité d'allocation des ressources.

2) Que l'établissement s'assure de préciser le critère d'admissibilité en cause lors de la transmission d'une lettre d'attribution ou de cessation d'une allocation dans le cadre du programme de soutien à la famille (SAF).

Mesures réalisées pour les recommandations 1 et 2 : une correspondance officielle a été adressée aux gestionnaires concernés les informant des recommandations émises par le Protecteur du citoyen, leur demandant de les mettre en œuvre et d'instruire tous les intervenants des programmes concernés. De plus, une lettre type a été produite visant à informer les familles de la fermeture de leur assignation ainsi que des raisons afférentes.

3) Rappeler au personnel du Service d'imagerie médicale de l'Hôpital Charles-Le Moyne de porter une attention particulière afin de ne pas utiliser l'eau du robinet lorsqu'un avis d'ébullition est émis par les autorités municipales.

Mesure réalisée : L'employé concerné a été rencontré et sensibilisé à l'importance de porter une attention particulière lorsqu'un avis d'ébullition est émis par les autorités municipales, afin de ne pas utiliser l'eau du robinet.

4) Effectuer, comme prévu au plan d'action pour le triage, les audits mensuels sur la collecte de données cliniques au triage (signes vitaux et réévaluations) à l'urgence de l'hôpital concerné. Informer le Protecteur du citoyen, le 16 juillet 2018 et tous les 3 mois par la suite, des résultats des audits réalisés, ainsi que du suivi effectué auprès du personnel infirmier.

Mesure en cours : Le gestionnaire a été informé de la recommandation du Protecteur du citoyen. Celui-ci recevra, une première fois en juillet 2018, et tous les 3 mois par la suite, les résultats d'audits.

5) Rembourser à un usager le montant excédant les frais qu'il aurait payés s'il avait été transporté par une ambulance québécoise vers l'Hôpital du Suroît.

Mesure réalisée : L'usager a été remboursé le 22 mars 2018.

6) S'assurer que les usagers résidents du Québec qui se trouvent sur le territoire de la réserve d'Akwesasne (portion québécoise) puissent être transportés par une ambulance du Québec vers un hôpital du Québec, le cas échéant.

Mesure en cours : Puisque l'établissement n'a aucun pouvoir d'intervention sur le fonctionnement de ce service, le 29 mars 2018, le CISSS a adressé une lettre au MSSS demandant une intervention auprès des différents ministères concernés ainsi qu'une règle en matière de tarification qui sera applicable lors de telles situations.

7) Apporter les correctifs nécessaires afin d'améliorer le temps de réponse dans les centres de prélèvements. Démontrer au Protecteur du citoyen, d'ici le 15 juin 2018, que cet objectif est réalisé.

Mesures en cours : Les gestionnaires concernés ont été informés de la recommandation et des audits sont présentement en cours. Les résultats des audits seront transmis au Protecteur du citoyen le 15 juin 2018.

Le Protecteur du citoyen est également intervenu d'une façon autonome dans un dossier sans que celui-ci n'ait été traité par la commissaire. Ce dossier concernait un suivi psychosocial de 2e ligne en santé mentale pour un usager ayant changé de territoire. Les CISSS de la Montérégie-Est et de la Montérégie-Centre ont été interpellés. Les deux recommandations suivantes ont été émises.

8) Se concerter, d'ici le 30 mars 2018, afin que l'un des établissements offre à l'usager le suivi psychosocial en santé mentale de 2e ligne requis avec un travailleur social, et ce, dans les plus brefs délais.

9) Collaborer ensemble afin d'établir, d'ici le 30 avril 2018, des mécanismes de concertation favorisant le continuum de services pour la clientèle en santé mentale adulte, particulièrement pour celle demeurant sur le territoire de Longueuil-Ouest.

Mesures réalisées : En lien avec la première recommandation, le CISSS de la Montérégie-Centre a offert des services psychosociaux à l'usager visé.

Concernant la deuxième recommandation, un comité de cas litigieux a été mis sur pied afin que des réponses soient fournies dans un délai de quelques jours aux usagers qui risqueraient de se retrouver en attente de services.

Coroner

Pour l'année 2017-2018, cinq rapports du coroner concernaient l'établissement. Voici la liste des recommandations, suivies du résumé des mesures mises en place pour y donner suite.

1) Prendre les mesures appropriées pour mieux assurer la sécurité des personnes que la résidence concernée héberge et qui sont à risque d'errance et de fugue.

Mesures réalisées : Le protocole en cas de fugue a été révisé et un arrimage entre les partenaires a été effectué. Le temps de réponse prévu au protocole en cas de fugue et le délai pour la première tournée de l'infirmière auxiliaire en devoir à la suite du changement de quart de travail ont été diminués. Une note rappelant à tous les employés, visiteurs et fournisseurs d'assurer la sécurité aux abords des sorties de la résidence afin d'éviter qu'un usager quitte ou fugue a été émise.

2) Que le CLSC visé révise son protocole d'intervention de soins à domicile afin de s'assurer, lors d'une détérioration d'une condition physique d'un bénéficiaire, d'avoir un suivi médical ou un transfert à l'hôpital.

Mesures réalisées : Un protocole de chaîne de commandement a été mis de l'avant. Ce protocole précise que l'intervenant doit communiquer par téléphone avec le médecin traitant et transférer l'information à son supérieur hiérarchique. Une note de

service a été transmise à toutes les équipes de soutien à domicile du CISSS et cette nouvelle pratique sera diffusée lors des prochaines rencontres d'équipe.

3) De voir à ce que les mesures soient prises pour améliorer la collecte de données cliniques essentielles au moment du triage au département de l'urgence, particulièrement en ce qui concerne les enfants.

   De voir à ce que les mesures soient prises pour que le personnel du département de l'urgence concernée suive de façon plus étroite les recommandations de l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements de l'urgence, en ce qui a trait à la fréquence des réévaluations suggérées pour les patients dont le code de priorité est établi à 2, 3, 4 ou 5 au moment d'une procédure de triage.

   Mesures réalisées pour ces recommandations : une analyse a été réalisée par un comité formé de représentants médicaux et clinico-administratifs dans l'objectif d'identifier des pistes d'amélioration dans la trajectoire de soins et l'offre de services. Plusieurs mesures ont été mises en place pour améliorer la collecte de données et le respect des recommandations de l'Échelle canadienne de triage et de gravité. Un plan d'action au triage a été élaboré, en lien avec les volets communication, formation, contrôle de la qualité et un plan de contingence a été conçu.

4) De s'assurer que le département de psychiatrie de l'hôpital concerné réévalue ses protocoles d'intervention afin que des gens présentant des signes de maladies mentales avec des signes de radicalisation qui se présentent dans l'établissement soient évalués par un médecin psychiatre.

   Mesures réalisées : L'ensemble du personnel clinique de la Direction des programmes santé mentale et dépendance a été sensibilisé à la détection et à la prévention de la radicalisation. De l'accompagnement a été offert aux proches et aux tiers intéressés dans les démarches permettant d'appliquer les mesures de protection de la personne en application de la Loi P-38. Un arrimage a été assuré avec le Centre de prévention de la radicalisation menant à la violence afin de répondre aux besoins ponctuels de consultation pour la gestion des situations ambigües. Le repérage des comportements de radicalisation menant à la violence a été inclut aux mécanismes d'accès.

5) Que l'hôpital concerné fasse une étude du dossier en regard notamment de la médication reçue par un usager.

   Mesure réalisée : une analyse approfondie de la pharmacothérapie de l'usager a été réalisée par une pharmacienne en gériatrie/médecine générale non impliquée dans ce dossier.

Autres instances

Aucune recommandation n'a été formulée par d'autres instances.

Personnes mises sous garde

Le CISSS de la Montérégie-Centre est visé par la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui*. À ce titre, l'établissement peut priver temporairement une personne de sa liberté afin d'assurer sa protection ou celle d'autrui, selon le seul critère de dangerosité. La loi ne s'applique que lorsque toutes les autres interventions ont été tentées et qu'il n'existe aucune autre solution pour assurer la protection d'une personne.

ÉTABLISSEMENT	HCLM	HHR	TOTAL
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	1299	503	1802
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	1023	448	1471
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	( )*	( )*	( )*
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	24	22	46
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	23	21	44
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisées en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	207	87	294
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	205	81	286
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	175	69	244
Nombre d'usagers différents mis sous garde, tous types confondus (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période)	1024	469	1493

* ( ) nombre trop petit pour en permettre la publication

L'examen des plaintes et la promotion des droits

Le rapport annuel du CISSS de la Montérégie-Centre portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits est accessible sur le site www.santemc.quebec dans la section Documentation.

Information et consultation de la population

Le CISSS de la Montérégie-Centre accorde une place prépondérante aux communications avec la population de son territoire.

À cet effet, la clientèle de l'établissement peut consulter l'un ou l'autre de ses deux sites Internet, soit celui des RLS de Champlain et du Haut-Richelieu–Rouville au www.santemc.quebec, et celui de l'Institut Nazareth et Louis-Braille au www.inlb.qc.ca. Mis à jour régulièrement, ces sites regroupent des contenus qui détaillent nos offres de services et des sections d'avis ou de nouvelles. Un portail Web unique qui regroupera l'ensemble des contenus du CISSS est présentement en développement. Celui-ci est réalisé en collaboration avec le CISSS de la Montérégie-Est et le CISSS de la Montérégie-Ouest.

La population peut également communiquer avec l'établissement par l'entremise d'une adresse électronique. Au cours de l'année 2017-2018, près de 1 300 demandes ont été reçues et traitées par le CISSS de la Montérégie-Centre.

Les relations avec les médias constituent également un pôle important des communications avec la communauté. En 2017-2018, l'établissement a diffusé 24 communiqués de presse, organisé 18 événements de presse et répondu à plus de 348 demandes médias.

Différents outils de communication sont conçus chaque année dans le but d'informer les usagers sur différents sujets qui touchent les soins et services offerts, les bonnes habitudes de vie et la sécurité. Parmi eux, nous retrouvons, entre autres, des brochures, affiches, messages téléphoniques, babillards électroniques ou des rencontres individuelles ou de groupe.

De plus, une page Facebook destinée à la clientèle du CISSS de la Montérégie-Centre a été lancée en mai 2017 et 216 publications ont été mises en ligne pour l'année 2017-2018.

Par ailleurs, le mandat régional du CISSS de la Montérégie-Centre l'amène à faire une promotion élargie d'enjeux de santé publique auprès de la population. À cet effet, durant l'été 2017, la directrice de la santé publique a fait des chroniques santé à l'émission Indice UV, diffusée à Radio-Canada. Depuis février 2018, elle fait des chroniques hebdomadaires à la station de radio BOOM FM Montérégie.

Aussi, en août 2017, la page Facebook de la Direction de la santé publique de la Montérégie a été créée et, depuis, 109 publications ont été mises en ligne en 2017-2018.

La consultation de la population s'articule à travers plusieurs moyens qui permettent d'aller chercher la voix et l'expérience des usagers, de leur famille et de leurs proches. L'établissement évalue la satisfaction de la clientèle par le biais de questionnaires, entrevues, audits et groupes-témoins réalisés dans les différents milieux de soins et de services (par exemple, par les sondages de satisfaction dans les huit CHSLD du CISSS de la Montérégie-Centre, auprès des usagers du 7^{e} Nord de l'Hôpital du Haut-Richelieu, auprès des usagers de la clinique d'oncologie de l'Hôpital Charles-Le Moyne, etc.)

L’approche de partenariat avec les usagers a aussi fait l’objet d’intenses efforts au cours de l’année. En effet, 34 visites ont été effectuées aux lieux de soins et de services par des membres de la direction :

- Physiothérapie
- Soins palliatifs et UCDG
- Psychiatrie
- Imagerie médicale
- Neurologie et neurochirurgie
- Chirurgie
- Clinique d’oncologie et radiothérapie
- Cardiologie
- Unité mère-enfant
- Clinique d’oncologie 3^{e} étage

Le volet patient-partenaire a également été mis de l’avant par l’intégration de patients dans des projets d’amélioration ou lors de la mise en place de nouveaux processus organisationnels.

.

SECTION 5

APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

Application de la politique portant sur les soins de fin de vie

La Loi concernant les soins de fin de vie est entrée en vigueur le 10 décembre 2015. Afin de se conformer à celle-ci, le CISSS de la Montérégie-Centre a déployé un plan d'action guidé par les orientations du plan stratégique ministériel 2015-2020.

Plusieurs objectifs du plan d'action ont été réalisés depuis grâce à un travail interdisciplinaire qui a mis à contribution tous les niveaux de l'organisation.

Voici les principaux projets et actions réalisés en 2017-2018 :

- Développement de 14 lits de soins palliatifs pour le RLS de Champlain (juillet 2017).
- Déploiement des niveaux de soins selon les directives de l'INESSS (juin 2017).
- Mise en application des directives médicales anticipées (DMA).
- Consolidation du plan de formation sur les soins palliatifs et de fin de vie, soit les volets 1, 2 et 3.
- Rédaction du programme clinique des soins palliatifs à domicile.

La mise en application de cette loi s'est faite dans une perspective de partenariat et dans le respect des valeurs et des choix des patients et de leur famille ainsi que des professionnels de la santé impliqués dans les soins palliatifs.

Compilation des principales données en lien avec l'application de la Loi 2 depuis son entrée en vigueur

Activité	Information demandée	2017-2018 Du 10 juin 2017 au 9 déc. 2017	2016- 2017 Du 10 déc. 2016 au 9 juin 2017	TOTAL
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	1 740	2 221	**3 961**
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	12	16	**28**
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	31	28	**59**
	Nombres d'aide médicale à mourir administrées	25	21	**6**
	Nombre d'aide médicale à mourir non administrées et les motifs	6*	7	**13**

* Les motifs de non-administration de l'aide médicale à mourir sont les suivants (uniquement pour la période 2017-2018) :

1) décès de la personne survenu avant l'administration planifiée (3 cas) ;

2) demande non admissible, car elle ne répond pas aux critères de la Loi;

3) demande non admissible, car elle ne répond plus aux critères de la Loi en raison du changement de l'état de santé de la personne (3 cas).

SECTION 6

RESSOURCES HUMAINES

Ressources humaines

En 2017-2018, le CISSS de la Montérégie-Centre a connu un écart de 759 395 heures par rapport à la cible de 13 951 388. En conséquence, la cible d'effectifs fixée n'a pas été respectée.

Toutefois, certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs allouées par le MSSS.

La variation des heures rémunérées pour le CISSS découle également de l'intégration des employés dans le cadre du projet Optilab et de la régionalisation de la paie, d'ajouts de ressources liés aux nouveaux budgets de développement alloués par le MSSS, d'une augmentation des heures en assurance salaire et en développement des ressources humaines. Finalement, la hausse des volumes des activités en milieu hospitalier, tels qu'aux blocs opératoires, aux urgences et en médecine, vient aussi expliquer une portion de la variation pour ce qui est des heures rémunérées.

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

CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE

	Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Comparaison sur 364 jours pour avril à mars: 2014-04-06 au 2015-04-04 — Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1	Personnel d'encadrement	2014-15	556 243	1 041	557 284	306	348
		2015-16	505 949	848	506 797	278	346
		2016-17	475 573	937	476 510	262	314
		2017-18	473 287	2 343	475 631	260	320
		Variation	(14,9 %)	125,0 %	(14,7 %)	(15,0 %)	(8,0 %)
2	Personnel professionnel	2014-15	1 850 719	12 985	1 863 704	1 023	1 307
		2015-16	1 703 658	6 987	1 710 645	941	1 226
		2016-17	1 728 832	7 130	1 735 962	956	1 259
		2017-18	1 828 568	9 069	1 837 637	1 013	1 318
		Variation	(1,2 %)	(30,2 %)	(1,4 %)	(1,0 %)	0,8 %
3	Personnel infirmier	2014-15	4 209 422	135 806	4 345 228	2 250	3 060
		2015-16	4 157 053	153 887	4 310 940	2 222	2 957
		2016-17	4 171 362	167 290	4 338 652	2 229	3 025
		2017-18	4 341 142	204 573	4 545 715	2 322	3 193
		Variation	3,1 %	50,6 %	4,6 %	3,2 %	4,3 %
4	Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	5 713 208	110 829	5 824 037	3 166	4 321
		2015-16	5 579 983	133 838	5 713 822	3 091	4 178
		2016-17	5 712 515	140 701	5 853 216	3 167	4 366
		2017-18	6 552 367	189 749	6 742 116	3 642	5 094
		Variation	14,7 %	71,2 %	15,8 %	15,0 %	17,9 %
5	Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1 042 883	21 595	1 064 478	532	750
		2015-16	1 012 343	13 344	1 025 687	517	704
		2016-17	1 019 053	11 352	1 030 405	520	718
		2017-18	1 059 333	17 501	1 076 835	542	863
		Variation	1,6 %	(19,0 %)	1,2 %	1,8 %	15,1 %
6	Étudiants et stagiaires	2014-15	26 777	89	26 865	15	124
		2015-16	20 891	148	21 039	12	88
		2016-17	21 033	91	21 124	12	78
		2017-18	32 687	162	32 849	18	106
		Variation	22,1 %	83,0 %	22,3 %	24,0 %	(14,5 %)
7	Total du personnel	2014-15	13 399 252	282 344	13 681 596	7 293	9 668
		2015-16	12 979 878	309 052	13 288 930	7 061	9 315
		2016-17	13 128 368	327 501	13 455 869	7 145	9 527
		2017-18	14 287 385	423 398	14 710 783	7 797	10 572
		Variation	6,6 %	50,0 %	7,5 %	6,9 %	9,4 %

Cible 2017-2018 en heures rémunérées : 13 951 388

Écart à la cible – en heures : 759 395

SECTION 7

RESSOURCES FINANCIÈRES

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

Utilisation des ressources financières par programme

RÉPARTITION DES CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES

Programmes	Exercice terminé le 31 mars 2018 $	%	Exercice terminé le 31 mars 2017 $	%
Programmes services				
Santé publique	19 531 092	2 %	19 322 439	2 %
Services généraux - activités cliniques et d'aide	47 600 528	5 %	46 700 129	5 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	152 439 519	16 %	152 109 811	18 %
Déficience physique	25 471 051	3 %	23 223 561	3 %
Déficience intellectuelle et TSA	8 625 700	1 %	7 777 822	1 %
Jeunes en difficulté	20 594 304	2 %	18 871 813	2 %
Dépendances	4 190 132	0 %	4 081 298	0 %
Santé mentale	59 687 750	6 %	55 786 406	6 %
Santé physique	468 277 016	49 %	391 210 630	45 %
	806 417 092	**84%**	**719 083 909**	**83%**

RÉPARTITION DES CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES

Programmes	Exercice terminé le 31 mars 2018 $	%	Exercice terminé le 31 mars 2017 $	%
Programmes soutien				
Administration	52 865 187	5 %	48 626 501	6 %
Soutien aux services	52 316 630	5 %	46 072 189	5 %
Gestion des bâtiments et équipements	53 157 385	6 %	49 350 627	6 %

Total	**964 756 294**	**100%**	**863 133 226**	**100%**

Vous pouvez consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471 sur le site Web du CISSS de la Montérégie-Centre pour plus d'information sur les ressources financières.

L'équilibre budgétaire

Le fonds d'exploitation présente un surplus de 418 677 $ au 31 mars 2018.

Le fonds d'immobilisations présente un déficit de 1 673 983 $ attribuable notamment aux ententes de partenariat public-privé pour lesquelles le transfert du fonds d'exploitation autorisé par le MSSS ne permet pas de couvrir la totalité des dépenses qui leur sont attribuables. Ce déficit sera résorbé au cours des années à venir. Une autre partie du déficit s'explique par

l'amortissement des actifs ayant été financés par des surplus cumulés au solde de fonds générés par des transferts du fonds d'exploitation au fonds d'immobilisation au cours des années antérieures.

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux, l'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. En vertu de cette Loi, l'équilibre budgétaire se traduit par l'équilibre combiné du fonds d'exploitation et du fonds d'immobilisation.

Selon les résultats globaux présentés à la page 200 du AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2018, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale, et ce, en raison du déficit technique au fonds d'immobilisation.

Contrats de services

Contrats de services comportant une dépense de 25 000 $ et plus, conclus entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2018. (Voir le tableau ci-dessous)

	Détails	Nombre	Valeur ($)
Contrats de services avec une personne physique[7]		8	1 259 530 $
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique[8]	Entretien d'équipements/supports	89	14 023 304 $
	Ressources intermédiaires (RI) /Ressources de type familial (RTF)	3	7 328 509 $
	Services professionnels[9]	12	2 206 565 $
	Achat de places CHSLD	5	172 529 251 $[10]
	Autres	5	545 475 $
Total des contrats de services		**122**	**197 892 635 $**

[7] Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.
[8] Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.
[9] Services professionnels autres que l'entretien d'équipements et support.
[10] Le contrat de 96 places CHSLD est d'une valeur de 167 491 613 $ pour 20 ans.

État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

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

Signification des codes :
Colonne 3 « Nature » :
R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :
R : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2016**		
1	**2**	**3**	**4**	**R 5**	**PR 6**	**NR 7**
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, 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 qu'il s'agit de contrat de location-acquisition conformément à la note d'orientation no 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit avec réserve sur les états financiers de l'exercice courant, comme nous l'avions fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.	2011-2012 2012-2013 2013-2014 2014-2015 2015-2016 2016-2017	R	Aucune car directive du MSSS			NR
Comme l'exige le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'Établissement n'a pas redressé ses états financiers lors de l'application initiale de la norme de CPA Canada SP-3410 « Paiements de transferts » et n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière pour les exercices subséquents les paiements de transferts à recevoir du gouvernement du Québec et dont il est prévu que lesdits paiements de transferts seront effectivement obtenus. Ces montants sont relatifs à différents programmes d'aide concernant la construction d'immobilisations et d'autres charges pour lesquels les travaux ont été réalisés ou les charges constatées, mais dont les transferts en vertu des programmes d'aide sont versés par le gouvernement de façon pluriannuelle. Cette situation constitue une dérogation à la norme qui prévoit la comptabilisation des paiements de transferts à titre de revenus pour le bénéficiaire lorsqu'ils sont autorisés par le gouvernement cédant à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, sauf lorsque les stipulations de l'accord créent une obligation répondant à la définition d'un passif. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit avec réserve sur les états financiers de l'exercice courant,	2015-2016 2016-2017	R	Aucune car directive du MSSS			NR

comme nous l'avions fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Centres d'activité 6021 et 6023 L'établissement n'a pas reporté adéquatement les unités de mesure suivantes : - C/A 6021 – Interventions brèves - C/A 6023 – Activités générales de soins aigus La répartition des jours-présences, entre ces deux sous centres d'activité de l'unité 6020, n'a pas été effectuée de façon adéquate.	2015-2016 2016-2017	R	Des validations supplémentaires seront effectuées au cours du prochain exercice.		PR	
Centre d'activité 7703 L'établissement n'a pas compilé adéquatement l'unité de mesure suivante : - C/A 7703 – Fonctionnement des installations (Autres) Le recensement des mètres cubes pour ce centre d'activité n'a pas été fait de façon exhaustive concernant l'installation de l'ex-Agence au 1255 Beauregard	2015-2016 2016-2017	R	L'établissement a réglé la situation au cours de l'exercice.	R		
Centre d'activité 6710 L'établissement n'a pas compilé adéquatement l'unité de mesure suivante : - C/A 6710 – Électrophysiologie La compilation de l'usager n'est pas effectuée conformément au Manuel de gestion financière.	2015-2016 2016-2017	R	L'établissement effectuera un suivi avec les gestionnaires des services concernés			NR
Centre d'activité 6606 L'établissement n'a pas compilé adéquatement l'unité de mesure suivante : - C/A 6606 – Centre de prélèvements	2015-2016 2016-2017	R	L'établissement a réglé la situation au cours de l'exercice.	R		
Centre d'activité 7061 L'établissement n'a pas compilé adéquatement l'unité de mesure suivante : - C/A 7061 – Services externes d'oncologie et d'hématologie La compilation de la visite et de la visite de traitement n'est pas effectuée conformément au Manuel de gestion financière.	2016-2017	R	L'établissement effectuera un suivi avec les gestionnaires des services concernés			NR

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						
Gestion des accès Le processus de gestion des accès aux systèmes et applications (GRF, GRM, Virtuo) comporte certains points à améliorer au niveau de la documentation des demandes d'octroi et de modifications des accès, la révocation des privilèges d'accès et une révision périodique formelle.	2012-2013 2013-2014 2014-2015 2015-2016 2016-2017	O	L'établissement poursuivra sa revue de la gestion des accès aux systèmes GRF, GRM et Virtuo au cours de la prochaine année.	R		
Procédure de gestion de mots de passe et paramètres de sécurité Les paramètres de sécurité logique des systèmes et applications comportent des lacunes qui pourraient engendrer des actions non autorisées pouvant avoir une incidence sur certaines informations : Dû à la limitation des applications Virtuo (RH et Paie) et Espresso GRF, les paramètres de mots de passe des applications ne sont pas optimaux puisque ces dernières ne permettent pas l'utilisation de mots de passe complexe.	2012-2013 2013-2014 2014-2015 2015-2016 2016-2017	O		R		

SECTION 8

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Organismes communautaires

En 2017-2018, le CISSS de la Montérégie-Centre a financé 375 organismes pour un total de 66 585 306 $. Ces organismes interviennent dans le cadre de diverses problématiques :

- perte d'autonomie liée au vieillissement;
- cancer;
- déficience intellectuelle;
- déficience physique;
- troubles envahissants du développement;
- déficiences multiples;
- santé physique;
- personnes démunies;
- alcoolisme;
- toxicomanie;
- dépendance;
- santé mentale;
- VIH-SIDA;
- contraception;
- allaitement;
- périnatalité;
- famille;
- femmes en difficulté;
- hommes en difficulté;
- itinérance;
- agression à caractère sexuel.

Le CISSS de la Montérégie-Centre soutient également différents groupes dont :

- des centres d'action bénévole;
- des organismes de maintien à domicile;
- des maisons d'hébergement jeunesse;
- des maisons d'hébergement pour femmes en difficulté;
- des maisons de jeunes;
- des centres de femmes;
- des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel;

- des organismes de justice alternative;
- des groupes représentant des communautés culturelles et autochtones;
- des organismes œuvrant en travail de rue;
- des regroupements d'organismes.

Le détail des subventions accordées aux organismes communautaires est présenté en annexe.

Normes en matière de gestion

Le CISSS de la Montérégie-Centre confirme son respect des règles et des normes édictées en matière de gestion du MSSS au regard des subventions versées dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). La conformité aux critères d'admissibilité et d'analyse du programme est vérifiée annuellement pour chacun des organismes subventionnés.

Dans l'exercice courant, nous en étions à la troisième année de l'application de la Convention de soutien financier triennale (2015-2018) avec chacun des organismes financés à la mission globale. Il s'agit d'un processus harmonisé pour l'ensemble du Québec. Cette convention précise le financement versé à la mission globale des organismes ainsi que les exigences et les conditions découlant des règles de gestion des fonds publics qui y sont rattachées.

Les documents (formulaire de demande de subvention, rapport d'activités, rapport financier, etc.) sont transmis par chacun des organismes subventionnés, puis analysés. Depuis la signature de la Convention de soutien financier avec les organismes, les formulaires de demande de soutien financier à la mission globale sont harmonisés dans toutes les régions du Québec. Les organismes communautaires sont, au besoin, visités par les agents PSOC. Les organismes présentant des problèmes de conformité à l'un ou l'autre des critères font l'objet d'un suivi particulier.

Les renseignements fournis aux rapports annuels des organismes démontrent que les principales clientèles servies sont les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, les femmes victimes de violence, les jeunes en difficulté, les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes souffrant de dépendances ou de déficiences. Les principaux services et activités sont l'accueil et la référence, la relation d'aide, l'hébergement temporaire et, plus spécifiquement pour les personnes âgées, le transport bénévole, la livraison de repas à domicile (popote roulante) et le répit aux aidants naturels. Quant à la pauvreté affectant toutes ces clientèles, divers services visant la sécurité alimentaire sont offerts par plusieurs organismes.

Allocation annuelle

Le CISSS de la Montérégie-Centre a financé, par l'intermédiaire de plusieurs programmes, 375 organismes pour un total de 66 585 306 $, dont 60 828 324 $ ont été alloués aux organismes communautaires admis au PSOC et 5 756 982 $ à d'autres OSBL. Ces derniers ne sont pas admis au PSOC, mais répondent aux critères d'autres programmes du CISSS de la Montérégie-Centre.

De ces 375 organismes, 343 ont reçu un financement pour leur mission globale, c'est-à-dire un financement de 58 120 786 $. Un seul organisme admis dans une autre région est financé uniquement en entente spécifique pour un montant de 53 944 $ pour ses services en Montérégie.

Allocations accordées aux organismes communautaires et autres OSBL

Allocations Organismes communautaires et OSBL	SUBVENTIONS 2017-2018	SUBVENTIONS 2016-2017
PSOC et autres programmes OC admis		
Mission globale	58 120 786 $	56 302 339 $
Entente pour le financement d'activités spécifiques	867 181 $	1 308 077 $
Projet ponctuel	1 840 357 $	1 834 765 $
Total – Organismes admis	**60 828 324 $**	**59 445 181 $**
Autres OSBL et organismes non admis	5 756 982 $	5 709 738 $
GRAND TOTAL	**66 585 306 $**	**65 154 919 $**

Rehaussement du financement à la mission globale

Notre région s'est vu octroyer un rehaussement de son enveloppe PSOC de 1 236 900 $ pour aider les organismes à consolider leur action.

Ce montant a permis :

- De ramener les organismes communautaires moins bien nantis au seuil minimum de financement de leur catégorie.
- À 78 organismes communautaires de bénéficier d'une subvention additionnelle récurrente et de consolider leur financement à la mission globale.
- Aux organismes communautaires relevant principalement des catégories Déficience intellectuelle/TSA, Maison de jeunes et Personnes démunies, de consolider significativement leur financement.

Indexation

Le budget disponible aux fins d'indexation des subventions a été de 396 038 $, correspondant à 0,7 % des crédits alloués aux organismes communautaires pour l'année précédente. Un montant de 389 323 $ a donc été versé en indexation pour les organismes communautaires. En vertu de l'application de la Convention de soutien financier, dont les organismes sont signataires, le solde de 6 115 $ constitue le non-versement de l'indexation à des organismes dissous, qui avaient d'importants surplus ou encore faisaient l'objet d'un suivi particulier.

Indexation et crédits accordés aux organismes communautaires

	2017-2018	2016-2017
Montant du budget d'indexation	396 038 $	671 840 $
Pourcentage équivalant au total des crédits alloués l'année précédente	0,7 %	1,2 %
Taux d'indexation versé aux organismes recevant un financement SOC, volet mission globale	0,7 %	1,2 %
Montant total de l'indexation allouée	389 923 $	650 495 $
Solde au budget d'indexation utilisé pour soutenir les organismes fragilisés	6 115 $	21 345 $
Crédits additionnels (% équivalent des budgets de développement des programmes-services)	0 %	0 %

Note : En 2017-2018, l'indexation n'a pas été allouée à certains organismes dissous qui avaient d'importants surplus ou qui faisaient l'objet d'un suivi particulier.

ANNEXE – Subventions détaillées aux organismes communautaires

Financement des organismes communautaires admis au PSOC

Catégories	Nom de l'organisme communautaire	2017-2018	2016-2017
Agressions à caractère sexuel	Centre d'intervention en violence et agressions sexuelles de la Montérégie	188 031 $	186 724 $
	Total - Agressions à caractère sexuel	**188 031 $**	**186 724 $**
Alcoolisme, toxicomanie et dépendance	Actions dépendances	129 939 $	134 416 $
	Carrefour Le Point Tournant Inc.	401 278 $	419 937 $
	Centre sur l'Autre-Rive inc.	370 603 $	387 098 $
	Horizon Soleil, Table de concertation de prévention des	68 293 $	61 691 $
	Liberté de choisir	169 528 $	163 385 $
	Maison La Margelle inc.	526 447 $	542 082 $
	Maison l'Alcôve inc.	634 882 $	642 376 $
	Pavillon L'Essence Ciel	332 674 $	352 930 $
	Prévention des dépendances l'Arc-en-ciel	83 664 $	78 117 $
	Satellite organisme en prévention des dépendances	60 313 $	44 545 $
	Total - Alcoolisme, toxicomanie et dépendance	**2 777 621 $**	**2 826 577 $**
Autres ressources jeunesse	Aiguillage (L')	179 588 $	182 884 $
	Bienville, Allons de l'Avant !	30 098 $	18 978 $
	Boîte à lettres de Longueuil (La)	81 659 $	81 091 $
	Centre de formation à l'autogestion du Haut-Richelieu	60 402 $	57 003 $
	Centre d'Intervention-Jeunesse des Maskoutains (Le)	223 439 $	221 886 $
	Comité Jeunesse La Presqu'Ile	60 073 $	15 030 $
	Espace Châteauguay	139 448 $	138 479 $
	Espace Suroît	145 682 $	144 669 $
	Macadam Sud	453 293 $	467 922 $
	Maison de Jonathan inc. (La)	228 955 $	227 364 $
	Maisonnette Berthelet (La)	35 221 $	31 445 $
	Pacte de rue inc. (Le)	276 218 $	263 288 $
	POSA / Source des Monts	165 962 $	139 452 $
	Total - Autres ressources jeunesse	**2 080 038 $**	**1 989 491 $**
Autres ressources pour femmes	Hébergement Maison de la Paix inc.	167 866 $	166 699 $
	Maison d'hébergement L'Égide (2e étape)	106 952 $	106 209 $
	Total - Autres ressources pour femmes	**274 818 $**	**272 908 $**
Cancer	Amis du Crépuscule (Les)	85 018 $	84 427 $
	Organisme voué aux personnes atteintes de cancer	15 968 $	15 857 $
	Présence Amie de la Montérégie	64 310 $	63 863 $
	Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal		97 798 $
	Total - Cancer	**165 296 $**	**261 945 $**

Catégories	Nom de l'organisme communautaire	2017-2018	2016-2017
Centre d'action bénévole (CAB)	Action bénévole de Varennes	51 152 $	40 866 $
	Carrefour communautaire l'Arc-en-ciel	133 440 $	132 512 $
	Centre d'action bénévole de Beauharnois (Le)	210 260 $	208 799 $
	Centre d'action bénévole de Boucherville	229 388 $	227 793 $
	Centre d'action bénévole de Contrecoeur	105 405 $	104 672 $
	Centre d'action bénévole de la Frontière	141 256 $	140 275 $
	Centre d'action bénévole de la Vallée du Richelieu inc.	214 012 $	212 524 $
	Centre d'action bénévole de Saint-Césaire	186 664 $	188 406 $
	Centre d'action bénévole de Saint-Hubert	180 629 $	179 373 $
	Centre d'action bénévole de St-Jean-sur-Richelieu inc. (Le)	211 966 $	210 493 $
	Centre d'action bénévole de Valleyfield inc.	235 603 $	233 965 $
	Centre d'action bénévole d'Iberville et de la région	215 213 $	213 717 $
	Centre d'action bénévole du Bas-Richelieu inc.	168 941 $	167 766 $
	Centre d'action bénévole du grand Châteauguay	200 735 $	199 339 $
	Centre d'action bénévole et communautaire La Mosaïque	215 762 $	213 269 $
	Centre d'action bénévole La Seigneurie de Monnoir	153 507 $	156 440 $
	Centre d'action bénévole L'Actuel	367 707 $	365 151 $
	Centre d'action bénévole Les p'tits bonheurs de St-Bruno	190 014 $	188 693 $
	Centre d'action bénévole Soulanges	195 466 $	194 107 $
	Centre d'actions bénévoles Intéraction	84 102 $	78 588 $
	Centre de bénévolat d'Acton Vale	190 067 $	188 746 $
	Centre de bénévolat de la Rive-Sud	517 103 $	513 508 $
	Centre de bénévolat de Saint-Basile-le-Grand Inc.	53 174 $	52 805 $
	Centre de bénévolat de St-Hyacinthe inc. (Le)	394 089 $	391 350 $
	Centre d'entraide bénévole de St-Amable inc.	206 796 $	205 358 $
	Centre d'entraide régional d'Henryville	95 794 $	95 128 $
	Envolée Centre d'action bénévole Ste-Julie (L')	163 329 $	162 194 $
	Service d'action bénévole « Au coeur du Jardin » Inc.	215 635 $	214 136 $
	Total - Centre d'action bénévole (CAB)	**5 527 209 $**	**5 479 973 $**
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	CIVAS L'Expression libre du Haut-Richelieu	156 783 $	148 198 $
	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère	262 991 $	261 163 $
	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère	313 506 $	311 327 $
	Centre d'aide pour victimes d'agression sexuelle (CAVAS)	194 851 $	193 497 $
	Traversée (Rive-Sud) (La)	407 964 $	405 128 $
	Total - CALACS	**1 336 095 $**	**1 319 313 $**

Catégories	Nom de l'organisme communautaire	2017-2018	2016-2017
Centres de femmes	Ainsi soit-elle (centre de femmes)	191 670 $	190 338 $
	Centre de femmes « La Moisson »	191 531 $	190 200 $
	Centre de femmes « L'Autonomie en soie »	190 808 $	189 482 $
	Centre de femmes du Haut-Richelieu	203 144 $	220 881 $
	Centre de femmes La Marg'Elle inc.	191 671 $	190 339 $
	Centre de femmes l'Éclaircie	199 437 $	198 050 $
	Centre de femmes l'Essentielle (Le)	191 529 $	190 198 $
	Centre des femmes de Longueuil	191 373 $	190 043 $
	Com'femme	191 124 $	189 795 $
	Contact'L De Varennes	56 790 $	27 085 $
	D'main de femmes	191 454 $	190 123 $
	Entre Ailes Ste-Julie	198 168 $	196 790 $
	Inform'elle inc.	191 454 $	190 123 $
	Quartier des femmes (Le)	216 121 $	214 618 $
	Ressources-Femmes de la région d'Acton	196 567 $	195 201 $
	Total - Centre de femmes	**2 792 841 $**	**2 763 266 $**
Communautés culturelles et autochtones	Centre Sino-Québec de la Rive-Sud	108 416 $	97 754 $
	Total - Communautés culturelles et autochtones	**108 416 $**	**97 754 $**
Concertation et consultation générale	Regroupement des centres d'action bénévole de la Montérégie	14 723 $	13 300 $
	Regroupement des maisons de jeunes du Québec, section Montérégie	14 808 $	13 376 $
	Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de la Montérégie (ROCSMM)	78 187 $	70 629 $
	Regroupement des organismes de justice alternative de la Montérégie (ROJAM)	5 000 $	0 $
	Regroupement du travail de proximité de la Montérégie (RTPM)	22 000 $	21 847 $
	Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie	199 031 $	197 647 $
	Total - Concertation et consultation générale	**333 749 $**	**316 799 $**
Contraception, allaitement, périnatalité, famille	Carrefour Naissance-Famille	285 065 $	283 388 $
	Centre périnatal Le Berceau	60 333 $	47 411 $
	Comité d'allaitement maternel CALM	32 593 $	13 215 $
	Entraide Maternelle du Richelieu	35 055 $	12 758 $
	Grands Frères et les Grandes Sœurs de la Montérégie (Les)	173 120 $	173 340 $
	Groupe soutien allaitement maternel La mère à boire	3 698 $	3 672 $
	MAM autour de la maternité	60 379 $	54 057 $
	Mouvement SEM (sensibilisation à l'enfance maltraitée)	81 645 $	81 040 $
	Nourri-Source - Montérégie	60 400 $	61 931 $
	Petit Pont	163 437 $	162 301 $
	Soutien Lactéa	193 477 $	197 132 $
	Total - Contraception, allaitement, périnatalité et famille	**1 149 202 $**	**1 090 245 $**

Catégories	Nom de l'organisme communautaire	2017-2018	2016-2017
Déficience intellectuelle	Action intégration en déficience intellectuelle	130 356 $	129 450 $
	Amis-Soleils de St-Bruno (Les)	11 898 $	10 748 $
	Arche Beloeil inc. (L')	389 709 $	387 000 $
	Association de la déficience intellectuelle de la région de Sorel	73 841 $	66 704 $
	Association de la Rive-Sud pour la Déficience Intellectuelle, ARSDI	134 629 $	143 693 $
	Association de la Vallée du Richelieu pour la déficience intellectuelle	55 000 $	25 062 $
	Association de parents de l'enfance en difficulté de la Rive-Sud, Montréal, ltée	183 190 $	183 190 $
	Association des parents des enfants handicapés Richelieu-Val-Maska (L')	78 870 $	71 246 $
	Association des parents et des handicapés de la Rive-Sud Métropolitaine	97 279 $	96 603 $
	Association locale des personnes handicapées de Chambly et la région-Alpha	99 596 $	98 904 $
	Association PAUSE (Pour l'Accessibilité Universelle, le Soutien et l'Engagement)	172 835 $	171 634 $
	Camp Soleil de Melissa	35 124 $	17 639 $
	Centre de répit-dépannage Aux quatre poches inc.	238 053 $	169 246 $
	Centre Éducatif et de Loisirs en Déficience Intellectuelle	100 878 $	100 177 $
	Centre Louise Bibeau inc.	136 915 $	123 681 $
	Clé des Champs Sainte-Julie inc. (La)	9 844 $	9 844 $
	Club la joie de vivre pour personne vivant une DI/TED	35 176 $	25 046 $
	Halte Soleil	197 784 $	124 257 $
	Hyper-Lune	137 935 $	136 976 $
	Jonathan de Soulanges inc.	46 009 $	45 689 $
	Maison de répit L'intermède	137 201 $	136 247 $
	Maison Répit-Vacances inc.	138 181 $	124 825 $
	Mouvement action découverte pour personnes handicapées de la région de Châteauguay	80 626 $	72 833 $
	Mouvement action loisirs (MALI)	74 715 $	74 196 $
	Parents d'enfants handicapés avec difficultés d'adaptation ou d'apprentissage (PEHDAA)	47 489 $	47 159 $
	Parrainage civique Champlain	86 578 $	98 818 $
	Parrainage civique de la Vallée du Richelieu	81 879 $	81 310 $
	Parrainage Civique de Vaudreuil Soulanges	203 670 $	202 255 $
	Parrainage civique des MRC d'Acton et des Maskoutains	77 243 $	69 778 $
	Relâche (Répit VS) (La)	44 757 $	44 446 $
	Répit Le Zéphyr	97 219 $	88 738 $
	Rescousse (La), regroupement des parents de personnes handicapées du Grand Châteauguay	78 759 $	78 212 $
	Total - Déficience intellectuelle	**3 513 238 $**	**3 255 606 $**

Catégories	Nom de l'organisme communautaire	2017-2018	2016-2017
Déficience physique	Aphasie Rive-Sud	36 159 $	34 915 $
	Association de la sclérose en plaques de Sorel-Tracy et régions	50 528 $	42 371 $
	Association des devenus sourds et des malentendants du Québec, secteur Sud-Ouest	43 409 $	43 107 $
	Association des personnes aphasiques du Richelieu-Yamaska	44 705 $	36 589 $
	Association des personnes handicapées de la Vallée du Richelieu	77 932 $	77 932 $
	Association des personnes handicapées Sorel-Tracy	76 946 $	76 411 $
	Association des Traumatisés cranio-cérébraux de la Montérégie (ATCCM)	74 977 $	74 977 $
	Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) Montréal régional inc.	53 944 $	53 569 $
	Association montérégienne de la surdité	76 654 $	69 244 $
	Association québécoise de la dysphasie, région Montérégie	96 835 $	81 266 $
	Association sclérose en plaques Rive-Sud	106 328 $	105 589 $
	Au moulin de la source	174 894 $	173 678 $
	Centre de réhabilitation AVC	13 798 $	12 709 $
	Centre Notre-Dame de Fatima	89 784 $	89 160 $
	Envol du Haut-Richelieu Inc. (L')	83 668 $	83 086 $
	Foyer St-Antoine de Longueuil inc. (Le)	478 543 $	475 216 $
	Lucioles de St-Hubert (Les)	15 210 $	13 740 $
	Regroupement des personnes handicapées région du Haut-Richelieu inc.	8 713 $	8 713 $
	Sclérose en plaques St-Hyacinthe-Acton	60 299 $	42 579 $
	Société canadienne de la sclérose en plaques (section Montérégie)	81 430 $	80 864 $
	Total - Déficience physique	**1 744 756 $**	**1 675 715 $**
Déficiences multiples	Académie Zénith	17 500 $	0 $
	Association des enfants et adultes handicapés de	5 000 $	0 $
	Association des personnes handicapées de la Rive-Sud	134 887 $	133 949 $
	Parrainage civique du Haut-Richelieu	89 786 $	89 162 $
	Total - Déficiences multiples	**247 173 $**	**223 111 $**
Hébergement mixte	Abri de la Rive-Sud	415 185 $	413 279 $
	Hébergement la CASA Bernard-Hubert	408 735 $	405 894 $
	Total - Hébergement mixte	**823 920 $**	**819 173 $**
Hommes en difficulté	Action sur la violence et intervention familiale (AVIF)	179 482 $	193 234 $
	Entraide pour hommes Vallée du Richelieu Inc. (L')	389 660 $	386 951 $
	Maison Le Passeur	154 667 $	153 592 $
	Via L'Anse	175 007 $	173 790 $
	Total - Hommes en difficulté	**898 816 $**	**907 567 $**

Catégories	Nom de l'organisme communautaire	2017-2018	2016-2017
Maintien à domicile	Association des aidants(es) naturels(les) du Bas-Richelieu	126 988 $	126 105 $
	Association vivre et vieillir chez soi du Bas-Richelieu inc.	121 868 $	121 021 $
	Centre communautaire des aînés de Soulanges	131 438 $	130 524 $
	Centre Communautaire Multi-services Un coin chez-nous 1983	158 144 $	157 045 $
	Centre de soutien entr'Aidants	295 435 $	293 381 $
	Entraide Chez Nous (L')	107 556 $	106 808 $
	Joyeux retraités de Longueuil	10 055 $	7 863 $
	Lunch club soleil	40 371 $	38 692 $
	Popote roulante de Châteauguay	32 701 $	31 481 $
	Popote roulante de Salaberry-de-Valleyfield (La)	115 561 $	89 932 $
	Services d'accompagnement bénévole et communautaires (SABEC)	130 109 $	129 205 $
	Société Alzheimer Des Maskoutains - Vallée des Patriotes	60 386 $	64 907 $
	Société Alzheimer du Haut-Richelieu	149 222 $	148 185 $
	Total - Maintien à domicile	**1 479 834 $**	**1 445 149 $**
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	Antichambre 12-17, Hébergement jeunesse du Suroît (L')	117 161 $	37 042 $
	Antre-temps Longueuil (L')	433 937 $	430 921 $
	Élan des jeunes (L')	105 073 $	50 121 $
	Maison Le Baluchon	405 426 $	399 792 $
	Total - Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	**1 061 597 $**	**917 876 $**
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	Accueil pour elle (L')	790 605 $	785 109 $
	Carrefour pour elle	814 237 $	808 577 $
	Clé sur la porte, maison d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale et leurs enfants inc.	820 225 $	814 523 $
	Hébergement d'Urgence Violence Conjugale Vaudreuil-Soulanges (La Passerelle)	685 942 $	681 174 $
	Maison d'aide et d'hébergement La Re-source de Châteauguay	756 253 $	750 996 $
	Maison d'hébergement Simonne-Monet-Chartrand	720 812 $	715 801 $
	Maison Hina inc.	767 502 $	762 093 $
	Maison La Source du Richelieu	756 648 $	751 388 $
	Pavillon Marguerite de Champlain	780 445 $	775 020 $
	Résidence Elle du Haut St-Laurent	582 165 $	578 118 $
	Total - Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	**7 474 834 $**	**7 422 799 $**

Catégories	Nom de l'organisme communautaire	2017-2018	2016-2017
Maisons de jeunes	Action jeunesse Roussillon	94 708 $	97 950 $
	Action jeunesse St-Pie X de Longueuil inc.	101 694 $	100 987 $
	Butte (La)	60 203 $	33 797 $
	Carrefour jeunesse d'Iberville	101 319 $	100 367 $
	Centre amitié-jeunesse Chambly inc.	89 223 $	88 603 $
	Jeunesse Beauharnois	98 456 $	97 772 $
	Maison de jeunes de Sorel inc.	209 415 $	207 960 $
	Maison de Jeunes des Quatre Lieux	80 526 $	80 466 $
	Maison de jeunes l'Escalier en mon Temps	127 048 $	169 820 $
	Maison de jeunes Sac-Ado	89 223 $	88 603 $
	Maison de la jeunesse douze-dix-sept de Valleyfield	93 734 $	93 082 $
	Maison des jeunes Châtelois inc.	135 783 $	134 840 $
	Maison des jeunes d'Acton Vale (La)	87 861 $	87 250 $
	Maison des jeunes de Beaujeu (La)	82 725 $	82 112 $
	Maison des jeunes de Contrecoeur inc.	100 447 $	99 749 $
	Maison des jeunes de Huntingdon inc. (La)	94 223 $	88 603 $
	Maison des jeunes de la Frontière (La)	98 586 $	70 379 $
	Maison des jeunes de La Prairie (La)	80 630 $	83 970 $
	Maison des jeunes de l'Île Perrot - Martin Bernier	78 343 $	73 724 $
	Maison des jeunes de Longueuil	89 223 $	88 603 $
	Maison des jeunes de Marieville	55 147 $	10 111 $
	Maison des jeunes de Rigaud (La)	76 158 $	75 629 $
	Maison des jeunes de Saint-Bruno inc.	89 223 $	88 603 $
	Maison des jeunes de Sainte-Anne-de-Sorel « Le phare des jeunes » inc.	80 102 $	72 359 $
	Maison des jeunes de Sainte-Julie inc. (La)	98 576 $	97 891 $
	Maison des jeunes de Saint-Philippe	60 271 $	42 342 $
	Maison des jeunes de St-Hyacinthe (La)	89 223 $	88 603 $
	Maison des jeunes de St-Rémi Inc. (La)	140 249 $	139 273 $
	Maison des jeunes de Tracy L'Air du temps inc.	90 141 $	89 514 $
	Maison des jeunes de Varennes inc.	99 829 $	99 135 $
	Maison des jeunes de Vaudreuil-Dorion	77 155 $	76 619 $
	Maison des jeunes de Verchères (La)	173 592 $	172 385 $
	Maison des Jeunes des Quatre Fenêtres inc. (La)	116 455 $	115 645 $
	Maison des Jeunes des Quatre-Vents	68 024 $	22 960 $
	Maison des jeunes La piaule de Boucherville	74 227 $	73 711 $
	Maison des jeunes La Porte ouverte	119 888 $	143 354 $
	Maison des jeunes La Traversée	60 406 $	57 915 $
	Maison des jeunes Le Dôme Inc.	114 185 $	113 134 $
	Maison des jeunes l'Entracte (La)	75 593 $	75 068 $
	Maison des jeunes Les Cèdres	72 786 $	65 751 $
	Maison des jeunes Merciérois	111 256 $	81 322 $
	Maison des jeunes Sympholie	60 223 $	35 670 $
	Maison jeunesse L'Oxy-Bulle de Roxton	56 275 $	44 284 $
	Programme action jeunesse de Candiac	98 754 $	101 968 $
	Programme d'intervention jeunesse (PIJ)	158 965 $	93 460 $
	Société pour l'épanouissement des jeunes de St-Amable	76 150 $	75 621 $
	Total - Maison de jeunes	**4 386 223 $**	**4 120 964 $**

Catégories	Nom de l'organisme communautaire	2017-2018	2016-2017
Organismes de justice alternative	Bénado inc.	353 415 $	350 958 $
	Justice alternative du Haut-Richelieu	281 796 $	280 796 $
	Justice alternative du Suroît	437 258 $	434 218 $
	Justice Alternative Pierre De Saurel inc.	136 630 $	135 680 $
	Justice Alternative Richelieu-Yamaska	404 340 $	401 529 $
	Ressources alternatives Rive-Sud	841 712 $	835 861 $
	Total - Organismes de justice alternative	**2 455 151 $**	**2 439 042 $**
Orientation et identité sexuelles	Jeunes Adultes GAI-E-S (JAG)	88 489 $	101 221 $
	Total - Orientation et identité sexuelles	**88 489 $**	**101 221 $**
Personnes âgées	Action-services aux proches aidants de Longueuil	166 457 $	165 300 $
	Aidants naturels du Haut St-Laurent (ANHSL) (Les)	109 280 $	108 520 $
	Aînés en mouvement	31 471 $	31 252 $
	Baladeur René de Longueuil	9 497 $	8 438 $
	Briser l'Isolement chez les aînés, centre d'écoute	59 409 $	58 996 $
	Centre communautaire des aînés et aînées de Longueuil	184 414 $	183 132 $
	Centre communautaire l'Entraide plus inc.	142 901 $	141 908 $
	Club St-Luc de Verchères	35 209 $	29 608 $
	Comité mieux vieillir à Sainte-Martine	4 018 $	2 613 $
	FADOQ - Région Rive-Sud-Suroît	136 307 $	135 360 $
	Grand rassemblement des aînés de Vaudreuil et Soulanges	131 694 $	130 779 $
	Maison des aînés (es) de La Prairie	64 319 $	63 872 $
	Maison des Tournesols (1981)	311 100 $	308 938 $
	Projet Communic-Action	136 703 $	135 753 $
	Regroupement des organismes montérégiens d'aidants	67 030 $	66 563 $
	Regroupement pour la santé des aînés Pierre-de-Saurel	63 758 $	63 315 $
	Société Alzheimer du Suroît	172 334 $	171 136 $
	Société Alzheimer Rive-Sud	785 648 $	780 187 $
	Total - Personnes âgées	**2 611 549 $**	**2 585 670 $**
Personnes démunies	Aide momentanée pour les urgences Rigaudiennes	12 248 $	12 163 $
	Aux sources du bassin de Chambly	60 189 $	35 513 $
	Bouffe Additionnelle (La)	93 461 $	86 054 $
	Bouffe du Carrefour	107 247 $	99 475 $
	Café de la Débrouille (Le)	16 805 $	16 688 $
	Café des deux pains de Valleyfield	94 732 $	86 246 $
	Carrefour communautaire Saint-Roch-de-Richelieu	90 030 $	89 404 $
	Carrefour Le Moutier	63 526 $	58 356 $
	Carrefour Mousseau	95 016 $	129 580 $
	Carrefour-Dignité (St-Jean)	27 202 $	27 202 $
	Centre communautaire de Châteauguay inc.	60 265 $	37 744 $
	Centre de partage communautaire Johannais (CPCJ)	6 690 $	6 643 $
	Coin du partage de Beauharnois inc. (Le)	71 754 $	67 512 $
	Comité Action Populaire LeMoyne	46 035 $	45 715 $

Catégories	Nom de l'organisme communautaire	2017-2018	2016-2017
Personnes démunies (suite)	Complexe Le Partage	218 716 $	217 197 $
	Corne d'abondance entraide alimentaire et solidarité (La)	115 781 $	99 572 $
	Croisée de Longueuil inc. (La)	111 321 $	170 502 $
	Cuisines de l'Amitié	35 109 $	31 379 $
	Entraide Mercier	12 642 $	12 554 $
	Grain d'sel de la Vallée du Richelieu	17 500 $	0 $
	Grenier aux trouvailles (Partage sans faim)	119 593 $	97 711 $
	Maison de l'entraide de Ste-Julie inc. (La)	29 298 $	24 129 $
	Maison d'hébergement dépannage de Valleyfield M.H.D.V.	256 417 $	212 317 $
	Moisson Maskoutaine (La)	65 861 $	71 095 $
	Moisson Rive-Sud	146 637 $	145 618 $
	Moisson Sud-Ouest	154 012 $	152 941 $
	Porte du passant inc. (La)	150 827 $	149 778 $
	Rencontre Châteauguoise (La)	140 678 $	139 700 $
	Repas du Passant (Le)	248 905 $	173 061 $
	Ressources St-Jean-Vianney	35 665 $	49 039 $
	Service alimentaire communautaire (S.A.C.) (Le)	35 154 $	35 844 $
	Sourire sans Fin	261 523 $	259 981 $
	Total - Personnes démunies	**3 000 839 $**	**2 840 713 $**

Catégories	Nom de l'organisme communautaire	2017-2018	2016-2017
Santé mentale	Accolade Santé Mentale (L')	232 429 $	230 813 $
	Alternative - Centregens	315 914 $	313 718 $
	Ancre et Ailes du Haut St-Laurent	174 302 $	173 090 $
	Arc-en-ciel (Vaudreuil-Soulanges)	192 436 $	191 098 $
	Arc-en-ciel des Seigneuries, groupe d'entraide en santé mentale (L')	120 050 $	129 215 $
	Association des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale - Rive-Sud APAMM-RS	306 242 $	304 113 $
	Association Le Vaisseau d'Or	163 183 $	162 049 $
	Ateliers Transition inc. (Les)	286 396 $	284 405 $
	Au Second Lieu	182 417 $	173 344 $
	Avant-garde en santé mentale (L')	275 158 $	273 245 $
	Campagnol des jardins de Napierville centre de jour (Le)	124 278 $	123 414 $
	Centre de crise et de prévention du suicide du Haut-Richelieu-Rouville	412 096 $	407 477 $
	Centre de crise et de prévention du suicide La Traversée	397 001 $	394 241 $
	Centre de soutien en santé mentale - Montérégie	60 269 $	38 348 $
	Centre de transition Perceval inc.	487 657 $	487 657 $
	Centre psychosocial Richelieu-Yamaska (Le)	649 074 $	644 562 $
	Collectif de défense des droits de la Montérégie	521 136 $	502 618 $
	Contact Richelieu-Yamaska	509 335 $	505 794 $
	D'un couvert à l'autre	30 000 $	0 $
	Éclusier du Haut-Richelieu	281 341 $	279 385 $
	Groupe d'entraide G.E.M.E.	59 288 $	58 876 $
	Groupe d'entraide L'Arrêt-Court, Sorel-Tracy	129 738 $	128 836 $
	Groupe d'entraide le Dahlia de Beauharnois (Le)	133 518 $	132 590 $

Catégories	Nom de l'organisme communautaire	2017-2018	2016-2017
Santé Mentale (suite)	Havre à nous (le) / Our Harbour	60 277 $	49 415 $
	Hébergement l'Entre-Deux	475 311 $	472 007 $
	Maison alternative de développement humain (MADH)	237 468 $	231 845 $
	Maison d'intervention Vivre	355 055 $	352 587 $
	Maison du Goéland de la Rive-Sud (La)	574 844 $	570 848 $
	Maison Jacques-Ferron	483 573 $	480 212 $
	Maison le Point Commun	389 230 $	386 524 $
	Maison sous les arbres	1 158 987 $	1 150 930 $
	Phare, Saint-Hyacinthe et régions Inc. (Le)	236 536 $	234 892 $
	Pont du Suroît (Le)	215 261 $	213 765 $
	Psycohésion inc.	131 658 $	125 812 $
	Réseau d'habitations Chez soi	175 219 $	174 001 $
	Ressource de transition le Tournant	930 395 $	923 928 $
	Santé mentale Québec - Haut-Richelieu	184 914 $	193 629 $
	Santé mentale Québec - Pierre-De Saurel	98 723 $	90 231 $
	Santé mentale Québec - Rive-Sud	73 002 $	72 494 $
	Service d'intervention en santé mentale - ESPOIR	1 207 269 $	1 198 877 $
	Tel-aide région du Suroît	77 782 $	77 241 $
	Toits d'Émile (Les)	60 353 $	60 303 $
	Trait-d'Union Montérégien	97 137 $	96 462 $
	Versant (Le), réseau d'entraide pour les personnes souffrant de troubles anxieux	5 000 $	0 $
	Total - Santé mentale	**13 271 252 $**	**13 094 891 $**
Santé physique	Aide arthrite du Bas-Richelieu	14 330 $	12 944 $
	Association de fibromyalgie du Bas-Richelieu	22 390 $	17 436 $
	Association de fibromyalgie et du syndrome de fatigue	46 562 $	41 238 $
	Association de la fibromyalgie région Montérégie	88 676 $	85 060 $
	Diabète Rive-Sud	6 462 $	6 417 $
	Diabétiques Sorel-Tracy inc. (Les)	14 392 $	14 292 $
	Épilepsie Montérégie	71 123 $	54 248 $
	Total - Santé physique	**263 935 $**	**231 635 $**
Troubles du spectre de l'autisme	Association de parents PANDA de Vaudreuil-Soulanges	13 922 $	13 825 $
	Association PANDA Les Deux-Rives	5 000 $	0 $
	Autisme Montérégie	230 493 $	228 891 $
	Projet intégration Autismopolis	12 548 $	8 454 $
	Répit TED-Autisme Montérégie	117 659 $	116 841 $
	Total - Troubles du spectre de l'autisme	**379 622 $**	**368 011 $**
VIH - SIDA	Émissaire	393 780 $	391 043 $
	Total - VIH - SIDA	**393 780 $**	**391 043 $**
Total général		**60 828 324 $**	**59 445 181 $**
Nombre d'organismes montérégiens admis et financés au PSOC		**344**	**337**

Financement autres programmes - autres OSBL - non admis au PSOC

Catégories	Nom de l'organisme communautaire	2017-2018	2016-2017
Alcoolisme, toxicomanie et dépendance	Inter-Mission (L')	72 198 $	0 $
	Las de coeur centre d'intervention pour joueurs compulsifs et pathologiques	130 000 $	130 000 $
	Maison d'entraide pour toxicomanes et alcooliques «toxi-co-gîtes»	299 201 $	463 762 $
	Maison la Passerelle	69 676 $	107 998 $
	Total - Alcoolisme, toxicomanie et dépendance	**571 075 $**	**701 760 $**
Communautés culturelles et autochtones	Maison internationale de la Rive-Sud inc.	3 139 $	3 139 $
	Vision inter-cultures	3 383 $	53 994 $
	Total - Communautés culturelles et autochtones	**6 522 $**	**57 133 $**
Catégories	**Nom de l'organisme communautaire**	**2017-2018**	**2016-2017**
Concertation et consultation générale	Association coopérative d'économie familiale Montérégie-Est	111 840 $	111 062 $
	Corporation de développement communautaire Beauharnois-Salaberry	89 798 $	89 174 $
	Loisir et Sport Montérégie	74 902 $	74 548 $
	Réseau du Sport Étudiant du Québec - Montérégie	4 549 $	4 351 $
	Table de concertation en petite enfance de la Vallée des Patriotes	73 861 $	73 348 $
	Table de concertation jeunesse de la Vallée-des-Patriotes	65 954 $	65 495 $
	Table de concertation jeunesse du Bas-Richelieu	44 896 $	44 584 $
	Total - Concertation et consultation générale	**465 800 $**	**462 562 $**
Contraception, allaitement, périnatalité et famille	Amitié Matern'elle	838 $	838 $
	Apprendre en cœur	1 117 $	1 117 $
	Barbaparents (Les)	263 219 $	261 389 $
	Carrefour familial du Richelieu	73 916 $	85 070 $
	Centre de ressources familiales du Haut St-Laurent	73 862 $	73 348 $
	CPE Matin Soleil inc.	73 862 $	73 348 $
	Écrit Tôt de Saint-Hubert (L')	0 $	6 444 $
	Envol Programme d'aide aux jeunes mères (L')	118 305 $	81 489 $
	Fablier, une histoire de familles (Le)	0 $	16 066 $
	Famille à coeur inc.	0 $	6 547 $
	Ligue La Leche	1 377 $	1 377 $
	Maison de la famille de Brossard (La)	113 272 $	26 874 $
	Maison de la famille des Maskoutains (La)	3 140 $	3 140 $
	Maison de la famille La Parentr'aide	176 183 $	121 443 $
	Maison de la Famille Lemoyne	0 $	22 114 $
	Maison de la famille Valoise inc.	87 828 $	87 218 $
	Maison La Virevolte	245 397 $	140 361 $
	Maison Tremplin de Longueuil (La)	0 $	18 190 $
	Station de l'Aventure, Maison de la famille (La)	99 950 $	99 256 $
	Total - Contraception, allaitement, périnatalité et famille	**1 332 266 $**	**1 125 629 $**

Catégories	Nom de l'organisme communautaire	2017-2018	2016-2017
Maison agréées de soins palliatifs (OC & OSBL)	Fondation de la Maison de soins palliatifs de Vaudreuil-Soulanges (FMSPVS)	849 528 $	843 623 $
	Fondation Source Bleue	1 126 884 $	1 119 051 $
	Maison Victor-Gadbois (La)	1 319 311 $	1 310 140 $
	Phare, enfants et familles (Le)	85 596 $	85 000 $
	Total - Maison agréées de soins palliatifs (OC & OSBL)	**3 381 319 $**	**3 357 814 $**
Personnes démunies	Centre communautaire le Trait d'union	0 $	4 840 $
	Total - Personnes démunies	**0 $**	**4 840 $**
Total général		**5 756 982 $**	**5 709 738 $**
Nombre d'OSBL montérégiens non admis au PSOC mais financés par les programmes		**31**	**36**

GRAND TOTAL	**66 585 306 $**	**65 154 919 $**
Nombre total d'organismes et OSBL montérégiens financés par les crédits régionaux en Montérégie	**375**	**373**

SECTION 9

ANNEXE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Ministère de la Santé
et des Services sociaux

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DES ADMINISTRATEURS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

DU CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE

No R-2015-02

Adopté le : 29 octobre 2015

Révisé le : 5 juin 2016

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.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;

b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;

c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;

d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;

e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

2. Fondement légal

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).

- Les articles 57, 58 et 59 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2).
- Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1).
- Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbysme (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

*Intérê*t : Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

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

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

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

Personne indépendante **:** Tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances[11].

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.

---

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

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.

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 habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

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.

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 :

- 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*;
- voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
- informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
- assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- 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 :

- 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;
- déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
- 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 :

- un état des faits reprochés;
- un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
- une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
- 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.

Centre intégré
de santé et de
services sociaux de
la Montérégie-Centre
Québec