

L'INTÉGRATION DE NOS SOINS ET DE NOS SERVICES

17

18

Rapport annuel
de gestion

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

Siège social

200, boulevard Brisebois, Châteauguay (Québec) J6K 4W8

Téléphone : 450 699-2433 | Télécopieur : 450 699-2525

www.santemo.quebec

Ce document est une réalisation du Service des communications de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) en collaboration avec toutes les directions du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Ce document est disponible en version électronique sur le site Internet et l'intranet de l'établissement.

ISBN : 978-2-550-81597-6 (imprimé)

ISBN : 978-2-550-81598-3 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte. Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à la condition d'en mentionner la source.

TABLE DES MATIÈRES

Préface

- | | | | |
|---|---|----|--|
| 4 | Message des autorités | 9 | Bilan du comité de pilotage de la transformation |
| 8 | Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents | 11 | Liste des sigles et des acronymes |

Présentation de l'établissement et des faits saillants

- | | | | |
|----|---------------------------------------|----|--|
| 13 | Mission, vision, ambitions et valeurs | 34 | Conseil d'administration |
| 18 | Philosophie de gestion | 38 | Comités du conseil d'administration |
| 24 | Services offerts | 54 | Conseils et comités de l'établissement |
| 28 | Structure de l'organisation | 64 | Faits saillants des directions |
| 30 | Comité de direction | | |
| 32 | Carte du territoire | | |
| 33 | Installations | | |

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

- | | |
|----|--------------------------------------|
| 81 | Entente de gestion et d'imputabilité |
|----|--------------------------------------|

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

- | | | | |
|-----|---|-----|--|
| 95 | Agrément | 107 | Examen des plaintes et promotion des droits |
| 96 | Sécurité et qualité des soins et des services | 108 | Information et consultation de la population |
| 106 | Personnes mises sous garde | | |

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

- | | |
|-----|---|
| 110 | Application de la Politique sur les soins de fin de vie |
|-----|---|

Ressources humaines

- | | |
|-----|-----------------------------------|
| 112 | Gestion et contrôle des effectifs |
|-----|-----------------------------------|

Ressources financières

- | | | | |
|-----|--|-----|----------------------|
| 115 | Utilisation des ressources budgétaires et financières par programmes | 116 | Équilibre budgétaire |
| | | 116 | Contrats de service |

État du suivi des réserves

- | | |
|-----|--|
| 118 | État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant |
|-----|--|

Annexe

- | | |
|-----|---|
| 122 | Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration |
|-----|---|

MESSAGE DES AUTORITÉS

Le CISSS de la Montérégie-Ouest fête ses 3 ans !

L'ESPRIT QUI A MARQUÉ L'ANNÉE 2017-2018 EN EST UN D'INTÉGRATION. EN EFFET, GRÂCE À DIVERSES INITIATIVES ORGANISATIONNELLES, L'INTÉGRATION DE NOS SOINS ET DE NOS SERVICES POUR SIMPLIFIER LE PARCOURS ET L'EXPÉRIENCE DE NOTRE CLIENTÈLE A ÉTÉ AU CŒUR DE NOS TRAVAUX. VOUS REMARQUEREZ, DANS CE TROISIÈME RAPPORT ANNUEL DE GESTION, LE TRAVAIL IMMENSE ET LES RÉALISATIONS NOTABLES DE NOS DIFFÉRENTS SECTEURS.

Le conseil d'administration (CA)

En plus d'adopter de nombreux règlements et politiques, le CA a étudié plusieurs projets cette année, notamment en ce qui a trait aux affaires immobilières et administratives. Il a aussi suivi de près plusieurs dossiers organisationnels, dont la situation des urgences, les plans d'investissement (trouble du spectre de l'autisme, santé mentale, soutien à domicile, etc.), les mesures déployées en lien avec la pénurie de personnel et d'effectifs médicaux, les démarches entourant l'Agrément et le projet d'hôpital à Vaudreuil-Soulanges, de même que la situation budgétaire. La séance publique d'information annuelle, qui a eu lieu en novembre 2017, a attiré près de 60 invités, dont des partenaires et des représentants des médias. Le thème du panel : le trouble du spectre de l'autisme. À cette occasion, les échanges intéressants entre les divers intervenants ont permis de mieux faire connaître nos services à la population et de démontrer les avantages de la mobilisation de tous les partenaires au bénéfice de ces usagers.

L'équilibre budgétaire

Nous sommes heureux d'annoncer que le CISSS de la Montérégie-Ouest a de nouveau atteint l'équilibre budgétaire. Les détails sont présentés à la page 120.

Quelques faits saillants

Amélioration continue

Nous avons reçu du 27 novembre au 1^{er} décembre 2017 la visite d'Agrément Canada, qui a confirmé notre statut d'établissement agréé. Plusieurs améliorations sur divers plans ont été soulignées dont la participation des équipes sur le terrain, l'approche personnalisée, le souci de la qualité, l'accessibilité de nos soins et de nos services, la prévention des infections et le travail d'harmonisation des services. Au total, nous avons obtenu des taux de 93 % de conformité aux critères de qualité et de 80 % de conformité aux tests des pratiques organisationnelles requises (PORs) pour l'octroi du statut agréé. Nous sommes très fiers de ces résultats qui sont le fruit de nombreux efforts, particulièrement de la part des équipes qualité qui ont travaillé avec ardeur pour fournir les preuves de nos actions au quotidien. Par



ailleurs, la mise en place des salles tactiques et des tableaux opérationnels s'est poursuivie cette année. Ainsi, les 12 salles tactiques ont été déployées pour une animation aux 4 semaines. Depuis le début d'avril 2017, on compte une cinquantaine d'animations toutes directions confondues. La troisième phase des salles de pilotage a également été amorcée. Au 31 mars 2018, 30 % des tableaux opérationnels étaient déployés.

Inondations

Les inondations exceptionnelles survenues au printemps 2017, dans quelques régions du Québec, ont particulièrement touché le territoire de la Montérégie-Ouest. Des intervenants psychosociaux ainsi que du personnel en soins infirmiers ont été mobilisés pour rencontrer les personnes sinistrées. Un réel esprit de solidarité a poussé l'ensemble des directions de l'établissement à mettre la main à la pâte. En effet, chacune des équipes comportant des intervenants pouvant participer à l'aide aux sinistrés a déployé du personnel sur le terrain. Cette situation démontre à quel point la collaboration, qui est l'une des valeurs de l'organisation, est réellement ancrée au sein du personnel. Une équipe spécifique a continué, tout au long de l'année, à accompagner les sinistrés dans les différentes étapes menant à la restauration de leur résidence et à leur réintégration. Une offre de service adaptée à leurs besoins a été mise en place afin de limiter les répercussions psychosociales de ce sinistre.

GMF de notre territoire

L'accès aux services de première ligne a été bonifié cette année grâce au développement de plusieurs GMF et à la délocalisation de professionnels. La clinique réseau, le Trait d'Union à Delson, est aussi devenue le premier groupe de médecine familiale réseau (GMF-R) en Montérégie-Ouest. Ouvert 12 heures par jour, sept jours sur sept, le GMF-R offre un minimum de 20 000 consultations par année aux usagers qui n'y sont pas inscrits, devenant ainsi une alternative intéressante pour ceux et celles qui auraient eu le réflexe de se rendre à l'urgence. Des services de prélèvements et d'imagerie médicale y sont aussi disponibles.

Réorganisation de l'offre de service structurée par programmes à la Direction des programmes déficiences (DPD)

L'intégration de nos soins et de nos services s'est également déclinée en une série de réorganisations cliniques et administratives, notamment à la DPD. En collaboration avec plusieurs directions de l'établissement, la Direction des programmes déficiences a complété, au cours de l'automne, la planification de l'implantation de son offre de service structurée par programmes. Des salons de postes ont eu lieu au cours de l'hiver, mais c'est au printemps 2018 que tous les intervenants devaient avoir commencé à remplir leurs nouvelles fonctions. Cette réorganisation majeure, qui touche 1 700 employés, vise notamment à offrir des interventions structurées, spécialisées, mieux adaptées aux besoins des usagers et basées sur les meilleures pratiques.

Accessibilité

Parmi les réalisations 2017-2018 visant à améliorer l'accès aux soins et aux services, notons, entre autres, notre haut taux d'infirmières prescriptrices. En effet, si l'on exclut les centres universitaires, le CISSS de la Montérégie-Ouest se trouve au premier rang des établissements. Le nombre d'infirmières possédant un profil de prescriptrice et travaillant dans les secteurs visés par l'établissement est

estimé à environ 200. Leur contribution permet d'optimiser les interventions auprès de la clientèle de notre territoire, d'éviter la fragmentation de l'offre de service et de réduire les délais dans la prestation de soins. Le secteur médical a aussi réduit certaines de ses listes d'attente au cours de la dernière année. Soulignons les 12 000 usagers de plus qui ont été desservis grâce à la réorganisation des plateaux techniques en imagerie médicale ainsi que l'optimisation du bloc opératoire à l'Hôpital Barrie Memorial, qui a permis d'offrir 500 chirurgies de plus grâce à la collaboration médicale et à la bonification de l'offre de service spécialisée. L'ajout de nouvelles ressources au secteur du soutien à domicile pour les personnes âgées, celles ayant des besoins de réadaptation physique, les personnes ayant une déficience intellectuelle ou encore un trouble du spectre de l'autisme, a augmenté de façon significative le nombre d'heures de services. En effet, celles-ci sont passées de 516 442 h en 2016-2017 à 770 788 h cette année, soit une augmentation de 49 %. Les efforts déployés pour désengorger les urgences ont aussi porté des fruits à l'été et l'automne 2017 alors que le taux d'occupation a été à son plus bas, et ce, depuis plusieurs années.

Hôpital de Vaudreuil-Soulanges

Le projet visant la construction de l'Hôpital de Vaudreuil-Soulanges restera assurément, pour les prochaines années, un sujet d'actualité! Plusieurs travaux ont été entamés tout au long de l'année, dont le plan clinique qui vise à déterminer les services qui seront offerts dans le futur hôpital pour répondre aux besoins prioritaires de la population du territoire. Ce plan tient également compte de l'ensemble de l'offre de soins et de services déjà proposée en Montérégie-Ouest. À la suite des conclusions du plan clinique, le gouvernement du Québec a revu à la hausse le projet afin qu'il puisse répondre le mieux possible aux besoins actuels et futurs de la population. L'hôpital disposera donc de 404 lits ainsi que d'une urgence pouvant accueillir 41 civières. Les travaux de construction débuteront en 2022. D'ici là, nous sommes en travaux de planification.

Le potentiel humain : toujours au centre de nos préoccupations !

L'année 2017-2018 a été marquée par de nombreux défis en ce qui a trait au potentiel humain (ressources humaines). Les actions en vue de contrer la pénurie de main-d'œuvre qui sévit actuellement pour de nombreux titres d'emploi au Québec et dans le réseau de la santé et des services sociaux sont une priorité. Facteur déterminant, les efforts pour attirer de nouveaux talents ont marqué la dernière année et nécessitent d'être poursuivis en 2018-2019. Sur une autre note, le premier gala Le Rendez-vous Prix Inspiration a eu lieu en octobre 2017. Saluant les employés et les projets qui se distinguent, ce grand événement de reconnaissance a été sans contredit l'un des moments forts de l'année. Récipiendaire de l'un des prix Inspiration, l'équipe d'agents de suivi multiprogramme de la Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers s'est retrouvée finaliste au Prix d'excellence du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour son modèle d'apprentissage par les pairs pour le développement de compétences cliniques. Nous en sommes très fiers !

Une quatrième année qui promet !

La prochaine année sera encore très active en matière de projets et de réalisations, et ce, au bénéfice de notre population. Plusieurs investissements importants seront effectués, notamment pour les secteurs de la santé mentale, les centres d'hébergement, la jeunesse, le soutien à domicile et la réadaptation. Cette aide supplémentaire permettra à nos employés et à la clientèle de bénéficier d'un soutien additionnel.

Tellement plus grâce à vous !

À la suite de l'implication et des efforts des différentes équipes de travail, nous pouvons dresser un bilan positif de notre troisième année d'existence. Tous les projets réalisés n'auraient pu s'accomplir sans la contribution essentielle du personnel, des gestionnaires et des médecins, attestant leur engagement profond envers notre clientèle. Saluons le travail de nos partenaires, de nos bénévoles ainsi que de nos fondations et de nos organismes partenaires, qui nous soutiennent pour répondre aux nombreux besoins de nos diverses clientèles. Nous souhaitons aussi remercier nos usagers et leurs proches pour la confiance qu'ils nous témoignent. En terminant, nous voulons souligner l'apport important des membres du conseil d'administration. Par leur rigueur, ils participent à la poursuite de notre mission, qui consiste à maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de notre population

Bonne lecture !

Le président du conseil
d'administration,



Claude Jolin

Le président-directeur
général,



Yves Masse

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

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

Le rapport annuel de gestion de l'exercice 2017-2018 du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest :

- décrit fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présente les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre ainsi que les résultats;
- fournit 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 correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2018.

Le président-directeur général,



Yves Masse

BILAN DU COMITÉ DE PILOTAGE DE LA TRANSFORMATION

UNE TRANSFORMATION CONCERNE D'AVANTAGE LE «PROCESSUS» QUE LE CONTENU ET «S'ACCOMPAGNE» PLUS QU'ELLE NE SE CONDUIT. C'EST SOUS CETTE APPROCHE QUE S'EST CRÉÉ LE CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST: UN CENTRE INTÉGRÉ VISANT À OPTIMISER LA GAMME DE SERVICES OFFERTS EN VUE DE FACILITER LE CHEMINEMENT DE L'USAGER DANS SON PARCOURS DE SOINS ET D'AMÉLIORER SON EXPÉRIENCE.

Le 31 décembre 2017 prenait fin le mandat du comité de pilotage de la transformation avec un bilan de réalisation de 83 % des actions prévues dans le plan global de transformation élaboré au printemps 2016. Référant à un changement organisationnel global, ce plan s'est appuyé sur la définition de la vision et des valeurs de l'établissement. Démontrant l'importance du volet humain pour l'organisation, il était accompagné d'un plan de gestion du changement engageant le travail d'harmonisation des pratiques et des processus organisationnels ayant le plus d'impact sur les services aux usagers.

Une fois les assises de la transformation bien ancrées, il était temps pour le comité de pilotage de passer le flambeau. Sous la gouverne de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, le Service du développement organisationnel et des personnes prendra désormais le relais. Puisqu'une organisation évolue continuellement, la transformation se transposera désormais au cœur des opérations. Cette dynamique permettra de poursuivre l'amélioration continue dans nos façons de faire afin de répondre à la mission première de l'établissement, qui est d'offrir des soins et des services de qualité à ses usagers.

L'héritage du comité de pilotage de la transformation

En plus de suivre de façon constante l'évolution de cette grande transformation, le comité a instauré dans l'établissement plusieurs structures permanentes. Celles-ci permettront à l'organisation d'accompagner les petits et les grands changements qui auront lieu au fil des prochaines années. Voici un aperçu de ce qui a été mis en place :

- Une structure de consultation (groupe de discussion) pour le personnel, les médecins, les gestionnaires, les syndicats, le comité des usagers et les conseils professionnels, de façon à tenir compte du caractère évolutif de la transformation et de s'arrimer aux réalités du terrain. Il s'agit d'un mode de partage privilégié permettant aux parties prenantes d'influencer les décisions et, par le fait même, de contribuer à la transformation de l'organisation.
- L'identification d'un agent de liaison par direction. Le mandat des agents est d'assurer le suivi des actions qui concernent leur direction dans les différentes transformations de l'établissement, de partager leurs besoins de soutien et d'agir à titre de relayeurs d'information. Le souhait est de créer une dynamique de communication et une synergie entre les directions afin d'instaurer un partage de bons coups et un échange sur les meilleures pratiques.
- Une approche intégrée de gestion de projet, de gestion du changement et de communication appuyée sur la méthode de M. Maletto. En effet, l'ensemble des gestionnaires, de même que certains professionnels évoluant dans des services-conseils, ont été formés à cette approche en plus de bénéficier d'un coffre à outils. Cette méthodologie soutient la gestion du volet humain de façon à mettre en place les conditions de succès du changement.

Le comité de pilotage de la transformation tient à remercier la Direction générale, qui a toujours cru en la force des communications et de la gestion du changement et pour qui une organisation ne se résume pas simplement par sa structure, mais aussi par son cœur et son esprit. D'où l'équilibre entre ses processus, son système social et les individus qui y travaillent au sein d'équipes en interaction.

En terminant, les membres du comité nommés ci-dessous tiennent à souligner la précieuse contribution de toutes les autres personnes qui ont participé, au long du parcours, à ce projet ambitieux qu'était la réalisation de la transformation.

Noémie Beaulieu-Claveau, membre, technicienne en administration au Service de développement organisationnel et des personnes (SDOP)

Marie-Ève Bernard, membre, adjointe au président-directeur général

Geneviève Boileau, membre, chef du Service des communications internes et externes

Sylvie Brais, membre, technicienne en administration

Malika Davidson, membre, agente d'information

Patrick Dubois, membre, conseiller cadre à l'amélioration continue de la performance – Bureau de projets

Stéphane Dubuc, membre, directeur des services multidisciplinaires et de l'enseignement universitaire

Marie-Pierre Grenier, membre, chef du Service des communications internes et externes par intérim

Mélissa Lachance, membre, agente d'information

France Montfils, membre, technicienne en administration

Céline Rouleau, membre, présidente-directrice générale adjointe

Stéphanie Thibert, membre, adjointe au directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ACMQ Association des conseils multidisciplinaires du Québec	DPD Direction des programmes Déficiences	LMRSSS Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales
ASMP Agent de suivi multiprogramme	DPJASP Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique	LSSSS Loi sur les services de santé et les services sociaux
AVC Accident vasculaire cérébral	DPSAPA Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées	MOI Main-d'œuvre indépendante
AVQ-AVD Aides à la vie quotidienne - aides à la vie domestique	DPSMD Direction des programmes Santé mentale et Dépendance	MSSS Ministère de la Santé et des Services sociaux
CA Conseil d'administration	DQEPE Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique	NSA Niveaux de soins alternatifs
CEC Comité éthique clinique	DRF Direction des ressources financières	OCCI Outils de cheminement clinique informatisés
CECII Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers	DRHCAJ Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques	OIIQ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
CECII Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires	DRIM Direction des ressources informationnelles en Montérégie	PAPH Plan d'action à l'égard des personnes handicapées
CECM Comité exécutif du conseil multidisciplinaire	DRMG Département régional de médecine générale	PCI Prévention et contrôle des infections
CHSLD Centre d'hébergement de soins de longue durée	DSIEU Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers	PDG Président-directeur général
CIE Comité immobilisation et environnement	DSMEU Direction des services multidisciplinaires et de l'enseignement universitaire	PF Programme fonctionnel
CII Conseil des infirmières et infirmiers	DSPeM Direction des services professionnels et de l'enseignement médical	PHVS Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges
CIIA Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires	DST Direction des services techniques	PORs Pratiques organisationnelles requises
CIQ Conseil interprofessionnel du Québec	EIJ Équipe intervention jeunesse	PQI Plan québécois des infrastructures
CISSS Centre intégré de santé et de services sociaux	GMF Groupe de médecine de famille	QVT Qualité de vie au travail
CIUSSS Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	GMF-R Groupe de médecine de famille réseau	RAC Résidence à assistance continue
CLSC Centre local de services communautaires	ICI Intervention comportementale intensive	RH Ressources humaines
CM Conseil multidisciplinaire	IPS Infirmière praticienne spécialisée	RI Ressource intermédiaire
CMDP Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	ITSS Infection transmissible sexuellement et par le sang	RLRQ Recueil des lois et des règlements du Québec
CNESM Centre national d'excellence en santé mentale	KPC <i>Klebsiella pneumoniae carbapenemase</i>	RLS Réseau local de services
CRSP Comité régional sur les services pharmaceutiques		RTF Ressource de type familial
CUCI Comité des usagers du centre intégré		SISSS Système d'information sur la sécurité des soins et des services
DI Déficience intellectuelle		SNS Syndicables non syndiqués
DLRI Direction de la logistique et des ressources informationnelles		SQI Société québécoise des infrastructures
DO Dossier d'opportunité		TGC Trouble grave du comportement
DP Déficience physique		TSA Trouble du spectre de l'autisme
		URDM Unité de retraitement des dispositifs médicaux



PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET DES FAITS SAILLANTS



NOTRE MISSION

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux, consiste à maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

NOTRE VISION

La vision se présente comme suit : des soins de santé et des services accessibles et efficaces qui s'adaptent aux besoins des Québécois.

NOS AMBITIONS

Les ambitions du CISSS de la Montérégie-Ouest ont été élaborées dans le but que l'organisation s'approprie et actualise la vision ministérielle telle que définie dans sa planification stratégique 2015-2020 et de communiquer ses aspirations. À travers celles-ci et en osant innover dans ses façons de faire, l'organisation se démarquera et rayonnera par :

- l'excellence de son offre de soins et services intégrés de proximité axée sur l'interdisciplinarité, l'accessibilité et l'adaptation aux besoins de sa population;
- son courage à questionner et à améliorer ses pratiques professionnelles, cliniques et de gestion;
- la reconnaissance de la contribution de son personnel et la mise en place de pratiques de gestion humaines;
- la force de ses liens avec ses partenaires.

Collaboration



“Travailler en équipe apporte des idées différentes et des nouvelles façons de faire. Ensemble, on peut arriver à faire beaucoup plus.”

Elsie Théberge, adjointe à la direction de la DRHCAJ

NOS VALEURS

CINQ VALEURS EN ÉQUILIBRE ET INTERDÉPENDANTES ONT ÉTÉ PROPOSÉES. SI LE CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST A DÉCIDÉ DE FAIRE SIENNES CES VALEURS ET D'AMENER L'ENSEMBLE DES PERSONNES ŒUVRANT DANS NOTRE ORGANISATION À LES PARTAGER, C'EST PARCE QU'ELLES SONT GAGES D'UN ANCRAGE ET D'UNE MOBILISATION FORTE. DES INDIVIDUS MOBILISÉS QUI S'APPROPRIENT LES VALEURS ET QUI COMPRENNENT LEUR PERTINENCE CONTRIBUENT NÉCESSAIREMENT À UNE CULTURE ORGANISATIONNELLE SOLIDE ET INSPIRANTE.



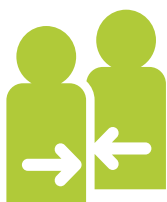
1 Bienveillance



Démontrer un souci pour les autres et entretenir des relations basées sur l'écoute et des échanges courtois qui témoignent du respect de tous. « Faisons preuve de considération, d'ouverture et de générosité envers les autres. »

- Faire preuve de respect, d'ouverture, d'écoute, de tolérance, d'humanisme et d'humilité;
- Favoriser la considération et la civilité entre nous;
- Développer une approche d'éthique clinique;
- Se montrer intègre et transparent envers tous;
- Soutenir et guider sans prendre la responsabilité de l'autre;
- Reconnaître.

2 Collaboration



Travailler ensemble, communiquer nos idées et encourager le partage d'expertise entre nous tous dans le but d'atteindre nos résultats collectifs. « Créons le Nous. »

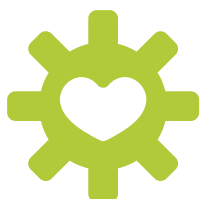
- Favoriser l'interdépendance, agir en complémentarité et unir les forces de tous;
- Avoir un esprit d'équipe : faire ensemble et travailler en équipe, s'entraider;
- Coopérer et agir pour le bien commun;
- Maintenir et développer nos partenariats.

Audace



“En faisant preuve de créativité, d’ouverture et d’audace, j’ai permis aux personnes avec une déficience motrice sévère d’avoir accès à une activité physique adaptée à leurs besoins.”

Martine Patenaude, physiothérapeute



3 Engagement

S'impliquer et contribuer activement pour concrétiser nos ambitions, respecter nos obligations professionnelles et développer un sentiment d'appartenance fort. « Prenons part à la réalisation des objectifs du CISSS de la Montérégie-Ouest pour faire la différence. »

- Affirmer notre engagement envers l'organisation;
- Être solidaire, adhérer aux orientations;
- Participer au projet, s'impliquer, contribuer et se mobiliser;
- Bâtir ensemble un projet commun et développer un sentiment d'appartenance;
- Croire que c'est possible de faire la différence et travailler avec enthousiasme, plaisir, passion, énergie, positivisme;
- Être loyal.



4 Audace

Se donner un espace pour innover dans nos façons de faire, afin de réaliser nos ambitions. « Ayons le courage de remettre en question dans le but de faire les meilleurs choix et d'agir. »

- Penser en dehors de la boîte, oser un modèle moins traditionnel;
- Promouvoir l'innovation, la créativité;
- Essayer tout en gérant le risque, avoir du courage dans les actions difficiles;
- Se donner et donner le droit à l'erreur, se mettre en mode solution;
- Participer au projet, s'ouvrir aux nouvelles pratiques;
- Viser la réussite et l'excellence dans la qualité et le résultat.



5 Cohérence

Décider et agir avec pertinence et équité, et être solidaire de nos orientations communes. « Agissons avec cohérence pour donner du sens à nos gestes et paroles. »

- Communiquer et agir avec une logique organisationnelle : donner du sens, agir en fonction des orientations, etc.;
- Assumer ses responsabilités, son imputabilité et ses obligations jusqu'au bout;
- Agir avec pertinence, équité et justice tant à l'interne qu'à l'externe dans toutes les actions et décisions;
- Faire suivre le discours par les actions.

PHILOSOPHIE DE GESTION

“ La philosophie de gestion du CISSS de la Montérégie-Ouest est humaniste et guidée par la volonté constante de questionner nos pratiques et de viser l'excellence des soins et des services à notre clientèle. Nous valorisons les personnes et la contribution de tous dans l'atteinte de résultats communs. ”



EN ADÉQUATION AVEC SA MISSION, SA VISION, SES AMBITIONS ET SES VALEURS ORGANISATIONNELLES, LE CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST PRÉSENTE SA PHILOSOPHIE DE GESTION APRÈS AVOIR RÉALISÉ UNE CONSULTATION AUPRÈS DE SES GESTIONNAIRES ET DE SON PERSONNEL. LA PHILOSOPHIE DE GESTION N'EST PAS SIMPLEMENT UN ÉNONCÉ, ELLE TEINTE ET ANIME LES ACTIONS AU QUOTIDIEN DES GESTIONNAIRES ET DES CHEFS DE DÉPARTEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT.

Les principes de gestion

Les principes de gestion qui suivent, dont s'est doté le CISSS de la Montérégie-Ouest, encadrent et guident les actions et les décisions des gestionnaires et des chefs de départements.

1 Une attention constante pour des soins et des services à valeur ajoutée pour la clientèle

Les efforts de tous contribuent à :

- adapter l'offre aux caractéristiques de la population;
- répondre aux besoins de nos clientèles;
- collaborer avec nos partenaires locaux, régionaux et interrégionaux;
- favoriser la proximité des services;
- rendre les services accessibles, fluides et continus;
- soutenir l'utilisateur et ses proches dans la prise en charge de sa santé et de son bien-être.

2 Une gestion de proximité empreinte d'humanisme et d'entraide

Les gestionnaires et les chefs de départements contribuent en s'assurant de :

- conserver un lien constant avec le personnel et les activités du terrain;
- susciter l'émergence des idées, des suggestions et de s'impliquer dans la recherche de solutions;
- encourager le travail d'équipe intra et interdirections;
- reconnaître les personnes, les équipes et leurs contributions;
- veiller à la santé de l'organisation et au bien-être des personnes;
- exercer un leadership transformationnel;
- mobiliser les équipes dans les activités quotidiennes.

3 Une saine gestion visant l'atteinte des résultats

L'imputabilité de tous dans les actions et les décisions consiste à :

- agir en cohérence avec les objectifs stratégiques, tout en tenant compte de nos capacités organisationnelles;
- impliquer les bonnes personnes dans l'analyse des problèmes;
- rechercher activement les solutions en évaluant les différentes options;
- partager les ressources avec un souci d'efficience et d'équité;
- privilégier la simplicité et la flexibilité;
- agir sur la base d'un ensemble de principes moraux, avec éthique;
- assurer une gestion rigoureuse et mesurer les résultats en continu.

4 Une passion durable pour l'amélioration continue de la qualité

Le souci d'atteindre et de maintenir de hauts standards de qualité permet de :

- mettre à profit la richesse de nos compétences et de nos expériences;
- partager nos expertises multiples et complémentaires dans une approche interdisciplinaire;
- promouvoir les meilleures pratiques et s'inspirer des données probantes;
- questionner et revoir nos façons de faire.



Cindy Patenaude,
Marie-Eve Sévigny
et Syncia Séguin,
gestionnaires à la DSIEU

Les pratiques de gestion

En cohérence avec nos quatre principes de gestion, le CISSS de la Montérégie-Ouest s'est doté de pratiques de gestion à sa couleur. Soutenues par des comportements à valoriser, ces pratiques servent de levier afin d'atteindre les objectifs de gestion fixés.

1 Communiquer

Les comportements valorisés :

- favoriser une communication bidirectionnelle et diversifier nos stratégies de communication;
- mettre en place des tribunes d'échanges, saisir les opportunités et prendre le temps d'écouter;
- transmettre les bonnes informations aux bons moments;
- faire connaître et faire vivre nos projets, nos offres de service, nos orientations, nos objectifs et nos attentes.

La communication fait partie intégrante de chacune des pratiques de gestion.

2 Impliquer et collaborer

Les comportements valorisés :

- solliciter et encourager la participation active des équipes, des usagers et des partenaires aux projets et à la réalisation de notre mission;
- susciter l'émergence des idées et l'appropriation des projets et des changements;
- encourager le travail d'équipe et la responsabilisation de tous dans un projet commun;
- favoriser des lieux d'échanges, se partager nos connaissances et nos expertises;
- développer nos canaux de communication, des alliances et des partenariats dans les différents réseaux.

3 Gérer la performance

Les comportements valorisés :

- établir des cibles pertinentes et cohérentes et les faire connaître;
- tenir compte de la capacité organisationnelle et la respecter;
- planifier, gérer de façon rigoureuse, s'outiller et favoriser l'efficacité et l'efficience;
- se mesurer, s'évaluer, assurer le suivi des résultats, respecter ses engagements et ses obligations et en être imputable.

4 Se démarquer

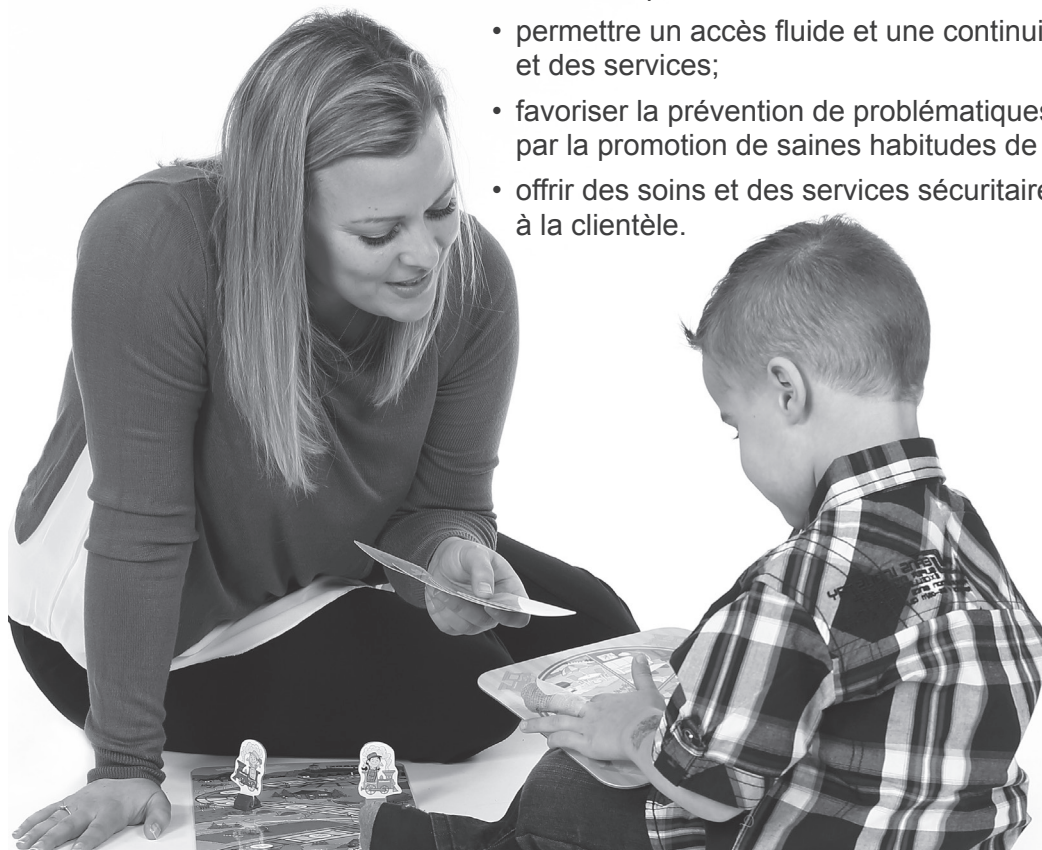
Les comportements valorisés :

- développer nos services et notre expertise en misant sur de hautes normes de qualité;
- réfléchir et se questionner sur nos façons de faire, s'appuyer sur la recherche et les meilleures pratiques;
- être curieux, susciter la création et la recherche de nouvelles idées;
- proposer des projets novateurs, sortir des sentiers battus, saisir les opportunités d'amélioration;
- apporter des correctifs nécessaires et effectuer de la rétroaction sur les actions effectuées;
- être ouvert au changement.

5 Mettre la clientèle au cœur de nos actions

Les comportements valorisés :

- comprendre et prendre en considération les besoins de la clientèle dans nos décisions;
- adopter une philosophie de soins qui favorise le partenariat avec la clientèle et ses proches;
- impliquer les équipes médicales, les équipes de soins, la clientèle et les partenaires dans le but de concerter nos actions;
- croire au potentiel de la clientèle;
- encourager une participation active aux soins et une responsabilisation de la clientèle et leurs proches;
- permettre un accès fluide et une continuité des soins et des services;
- favoriser la prévention de problématiques de santé de la population par la promotion de saines habitudes de vie;
- offrir des soins et des services sécuritaires et de haute qualité à la clientèle.



Annie Jacques,
orthophoniste

6 Reconnaître et soutenir

Les comportements valorisés :

- valoriser au quotidien les contributions et les compétences individuelles et collectives;
- mettre les talents, les efforts et les réussites en avant-plan;
- faire confiance, déléguer des mandats et des projets;
- prendre le temps de s'intéresser aux autres et d'humaniser nos actions;
- assurer une présence, une disponibilité et une écoute;
- offrir les outils, les ressources et le temps nécessaires;
- s'intéresser à l'autre.

7 Être un modèle

Les comportements valorisés :

- adhérer à la mission, à la vision, aux valeurs et aux ambitions;
- être un leader, donner du sens, donner l'exemple et être rassembleur;
- donner de l'autonomie et offrir des défis stimulants;
- coacher et encourager le développement des compétences et des personnes;
- guider, donner de la rétroaction et s'intéresser à l'autre;
- mettre la bonne personne à la bonne place, utiliser nos ressources à leur plein potentiel;
- donner des orientations claires, des rôles et des responsabilités définis, assurer une équité dans l'application de nos décisions et de nos orientations, etc.

SERVICES OFFERTS

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest emploie plus de 9 000 personnes, 530 médecins*, dont 255 omnipraticiens et 275 spécialistes, répartis dans 127 installations. Offrant des services généraux et des soins courants spécifiques (1^{re} ligne), il se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

Services généraux

- Archives
- Consultations en nutrition
- Consultations médicales en CLSC
- Consultations psychosociales en CLSC
- Guichet d'accès pour la clientèle orpheline
- Imagerie médicale et services diagnostiques
- Info-Santé
- Prélèvements
- Santé au travail
- Soins infirmiers en CLSC
- Vaccination

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

- Alcoolisme – prévention
- Arrêt tabagisme
- Asthme
- Cancer
- Cancer colorectal
- Cancer du col de l'utérus – prévention
- Cancer du sein – dépistage
- Consultations en nutrition
- Diabète
- Échange et récupération de seringues
- En santé après 50 ans
- Maladies pulmonaires
- Prévention des chutes des aînés
- Prévention et suivi des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)
- Saines habitudes de vie
- Santé cardiovasculaire
- Soutien à la communauté

* Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement. La conciliation entre la pratique hospitalière et la prise en charge dans les cliniques du territoire a causé le départ de dix omnipraticiens. Plusieurs spécialistes détenant des privilèges de pratique minoritaire (temps partiel) pour l'organisation ont quitté le Centre. De nouveaux spécialistes arriveront au cours de l'été 2018.



Services psychosociaux, santé mentale et dépendance

- Aide et soutien à l'entourage des personnes dépendantes
- Consultations en santé mentale
- Consultations psychosociales en CLSC
- Dépendance – services d'aide en CLSC
- Dépendance – services d'aide spécialisés
- Garde psychosociale 24/7
- Hospitalisation en santé mentale
- Intervention de crise et prévention du suicide
- Réinsertion sociale
- Services psychosociaux spécifiques (1^{re} ligne) et spécialisés (2^e ligne) (drogue, alcool et jeu pathologique)

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

- Activités socioprofessionnelles pour soutenir l'intégration en emploi ou au communautaire
- Adaptation – réadaptation
- Aides techniques et technologiques
- Clinique d'évaluation diagnostique
- Déficience auditive
- Déficience du langage
- Déficience motrice
- Déficience visuelle (services spécifiques)
- Évaluation globale des besoins
- Programme d'intervention comportementale intensive (ICI) petite enfance
- Programme transport – hébergement
- Retard significatif du développement de l'enfant
- Services de soutien aux familles
- Services de soutien spécialisé aux partenaires
- Toutes déficiences :
 - Programme services d'aide à domicile
 - Réadaptation au travail
 - Ressource intermédiaire (RI) et ressource de type familial (RTF)
 - Service visant à l'utilisation sécuritaire d'un véhicule automobile
 - Services de soutien aux enfants
 - Services résidentiels
 - Soutien à la collectivité
 - Trouble grave du comportement (TGC)

Soins et services hospitaliers

- Accès aux services hospitaliers
- Accueil clinique
- Audiologie
- Chirurgies :
 - Chirurgies d'un jour
 - Chirurgies générales et spécialisées
- Clinique d'insuffisance cardiaque
- Clinique d'oncologie
- Clinique de diabète
- Clinique gynécologique et obstétrique
- Cliniques externes médicales spécialisées
- Électrophysiologie
- Endoscopie
- Hémodialyse
- Hospitalisation (médecine, chirurgie, gériatrie active, pédiatrie, Centre mère-enfant et psychiatrie)
- Imagerie médicale et services diagnostiques
- Inhalothérapie
- Laboratoire*
- Médecine générale et spécialisée
- Médecine nucléaire
- Nutrition clinique
- Orthophonie
- Pharmacie
- Physiothérapie/ergothérapie
- Services ambulatoires
- Services sociaux
- Soins intensifs
- Soins spirituels
- Télésoins
- Unité d'intervention brève (psychiatrie)
- Urgence

Services posthospitalisation

- Accès aux services de posthospitalisation
- Lits de convalescence
- Réadaptation fonctionnelle intensive
- Soins de posthospitalisation à domicile
- Soins infirmiers en CLSC
- Unité transitoire de récupération fonctionnelle

Services aux femmes enceintes et aux jeunes familles

- Clinique du nourrisson
- Compétences parentales
- Développement de la petite enfance
- Grossesse et accouchement :
 - Accouchement
 - Grossesse à risque
 - Interruption volontaire de grossesse
 - Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21
 - Programme OLO – œuf, lait, orange
 - Rencontres prénatales
- Après l'accouchement :
 - Deuil périnatal
 - Soutien à l'allaitement
 - Suivi postnatal
- Vaccination – nourrissons et jeunes enfants

Services pour la jeunesse

- Accès aux services spécialisés
- Clinique Jeunesse
- Crise-Ado-Famille-Enfance
- Équipe intervention jeunesse (EIJ)
- Jeunes et familles en difficulté
- Prévention de la négligence
- Programme préventif d'hygiène dentaire
- Santé mentale jeunesse
- Services psychosociaux et de santé à l'école

* Services offerts dans notre établissement, mais sous la responsabilité d'Optilab (CISSS de la Montérégie-Centre).



Services aux personnes âgées et aux personnes en perte d'autonomie

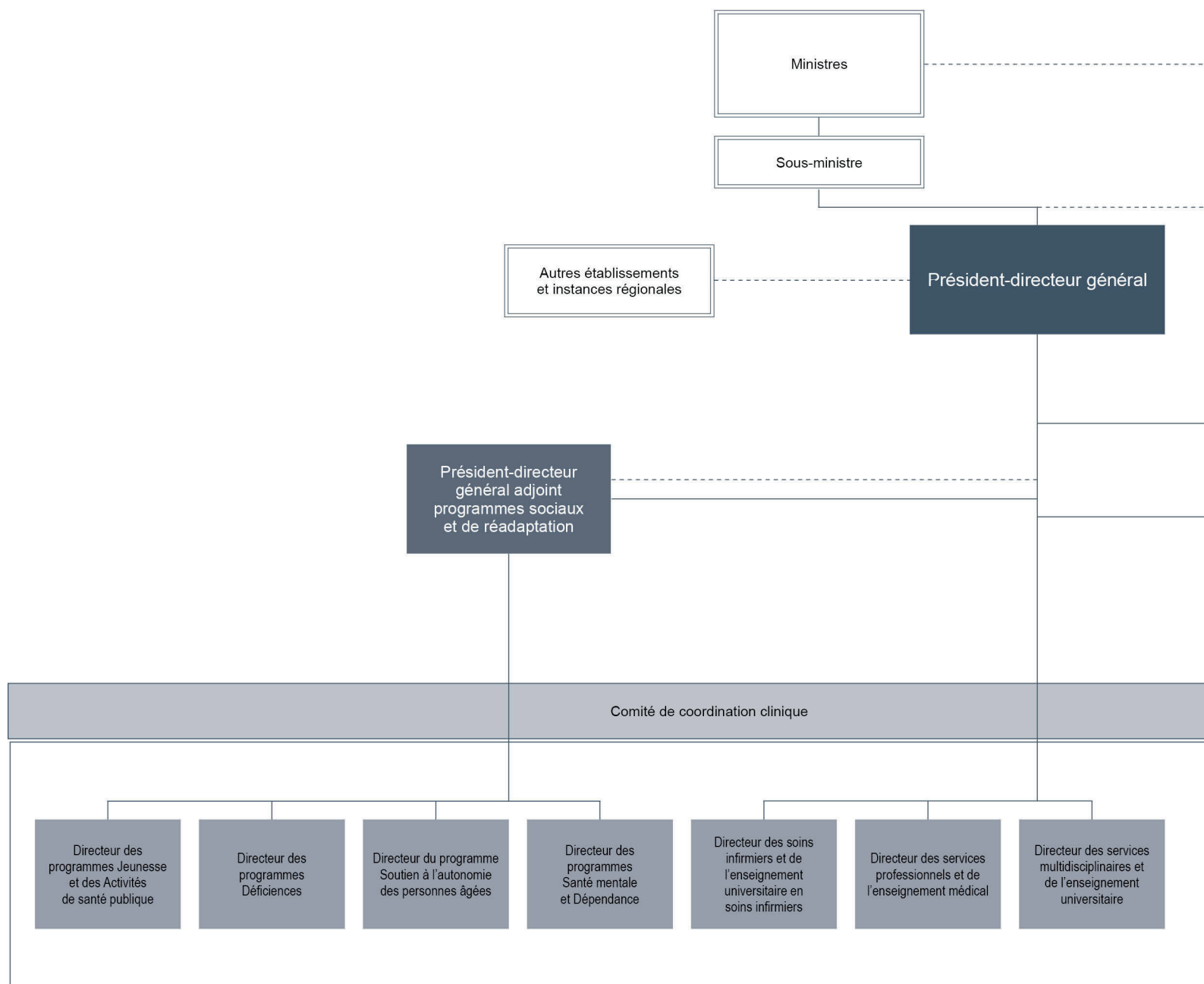
- Centres d'hébergement
- Centres de jour
- Prêts d'équipement
- Prévention de la maltraitance
- Répit et soutien aux aidants
- Ressources de type familial
- Ressources intermédiaires
- Services à domicile 24/7
- Services spécifiques de réadaptation (1^{re} ligne)
- Soins infirmiers
- Soins médicaux
- Soins spirituels
- Soutien psychosocial
- Unité de courte durée gériatrique

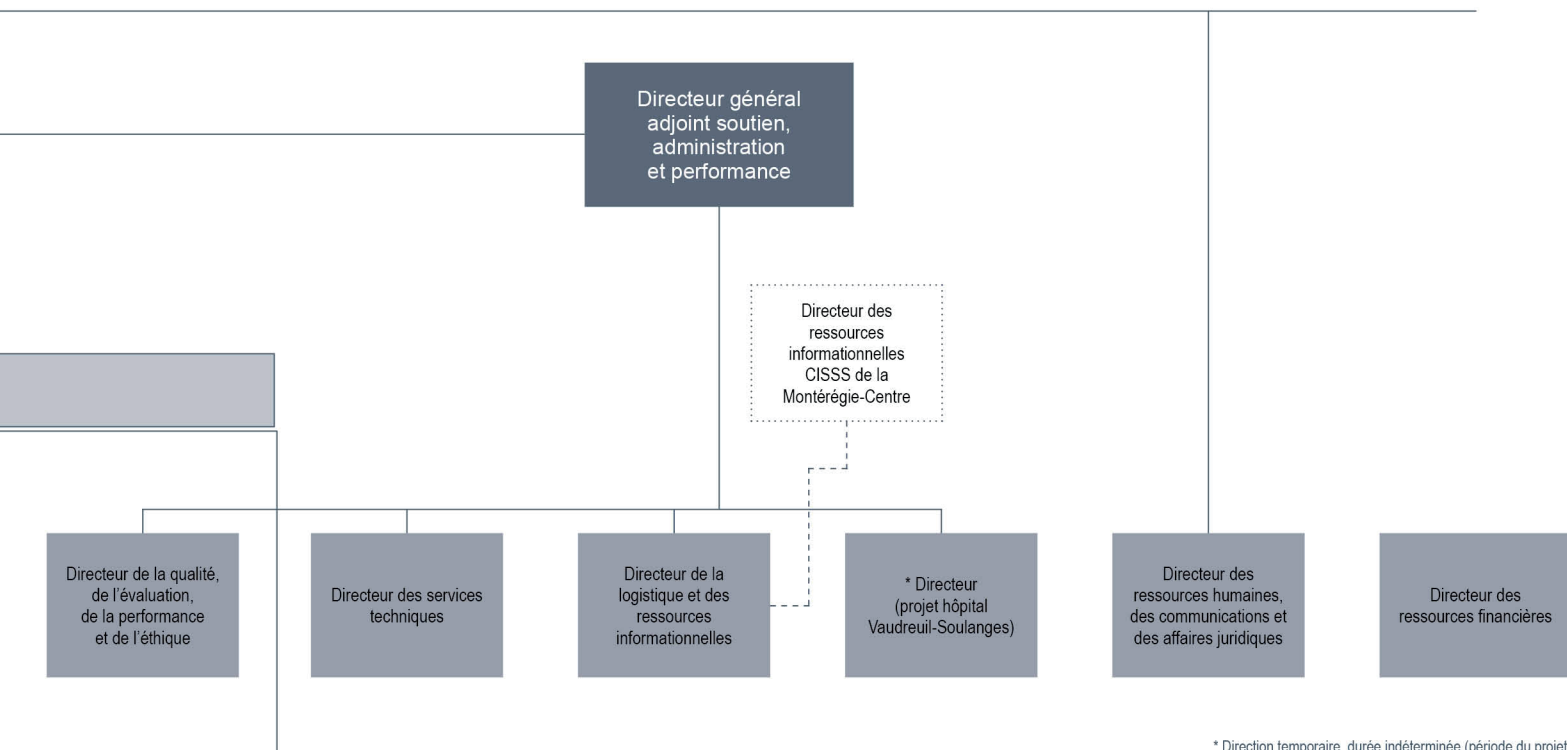
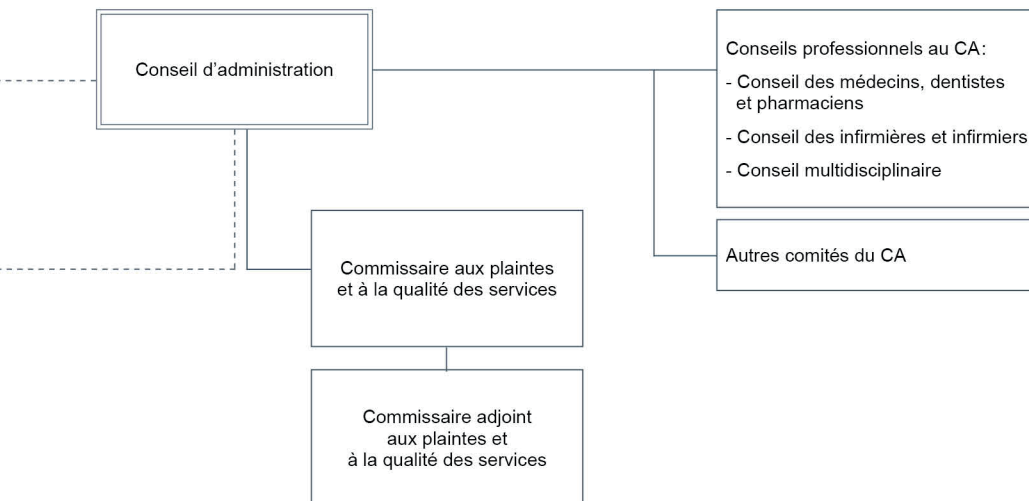
Soins palliatifs et de fin de vie

- Maison de soins palliatifs
- Répit et soutien aux aidants
- Soins palliatifs et de fin de vie à domicile
- Soins palliatifs et de fin de vie en établissement

STRUCTURE DE L'ORGANISATION

Au 31 mars 2018





* Direction temporaire, durée indéterminée (période du projet)

COMITÉ DE DIRECTION



1 Yves Masse
Président-directeur général

2 Céline Rouleau
Présidente-directrice générale adjointe

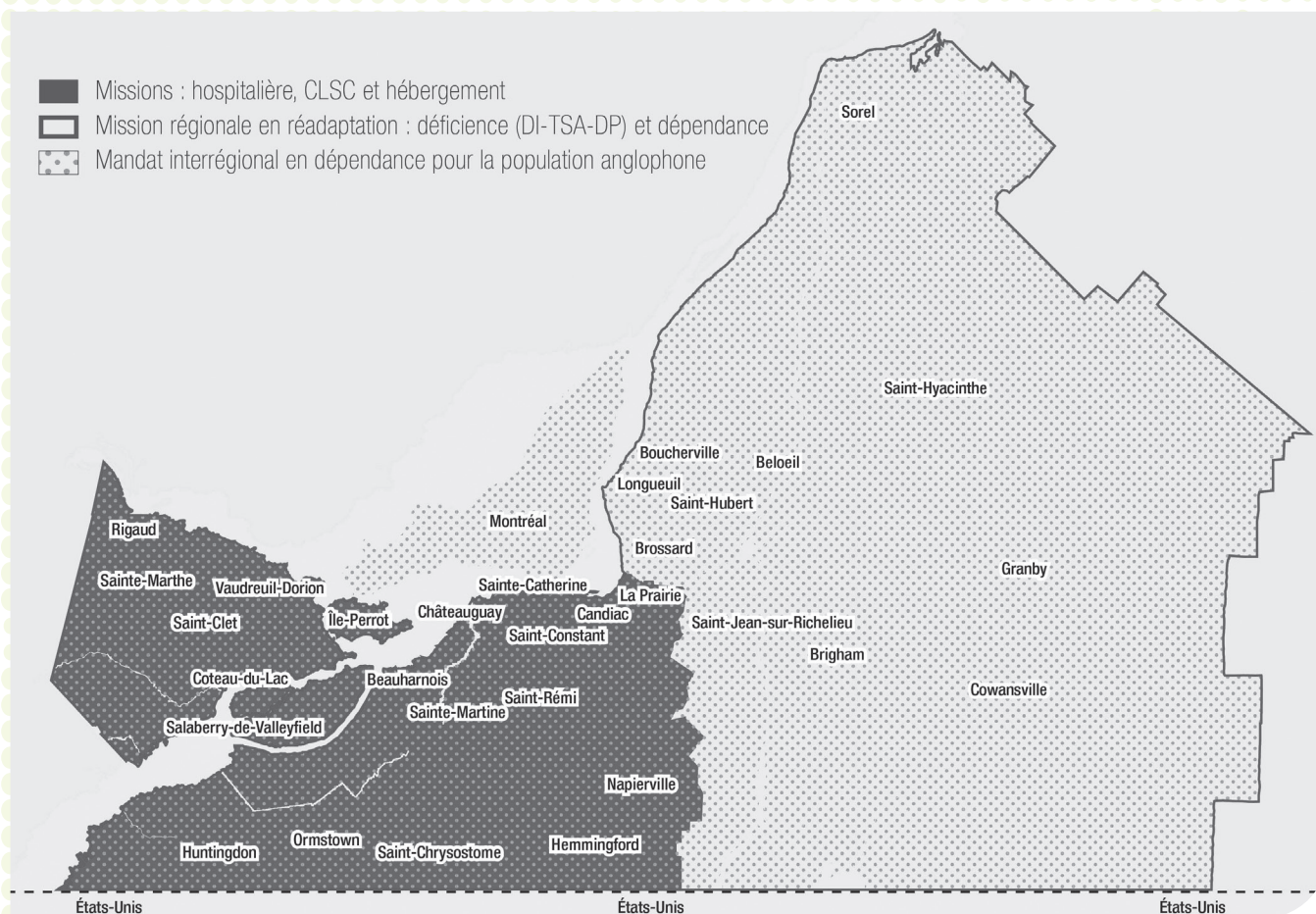
3 Michelle Harvey
Directrice générale adjointe

- 4 Dominique Pilon**
Directeur des programmes Jeunesse
et des Activités de santé publique
- 5 Claude Bouchard**
Directeur des programmes Déficiences
- 6 Chantal Arsenault**
Directrice du programme Soutien
à l'autonomie des personnes âgées
- 7 Donald Massicotte**
Directeur des programmes
Santé mentale et Dépendance
- 8 Philippe Besombes**
Directeur des soins infirmiers
et de l'enseignement universitaire
en soins infirmiers
- 9 Lyne Daoust**
Directrice adjointe des services professionnels
- opérations
- 10 Stéphane Dubuc**
Directeur des services multidisciplinaires
et de l'enseignement universitaire
- 11 Mélanie Dubé**
Directrice de la qualité, de l'évaluation,
de la performance et de l'éthique
- 12 Bruno Roy**
Directeur des services techniques (poste intérimaire)
- 13 Yves Parent**
Directeur de la logistique
et des ressources informationnelles
- 14 Vincent Veilleux**
Directeur Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges
(poste temporaire)
- 15 Richard Cloutier**
Directeur des ressources humaines,
des communications et des affaires juridiques
- 16 Martin Larose**
Directeur des ressources financières
- 17 Marie-Ève Bernard**
Adjointe au président-directeur général



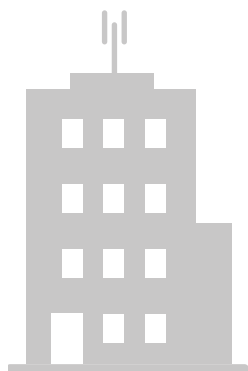
CARTE DU TERRITOIRE

CISSS de la Montérégie-Ouest



NOS INSTALLATIONS

Les 127 installations comptent
entre autres :



3 Hôpitaux

11 CLSC

11 Centres
d'hébergement

3 Centres
de services ambulatoires



5 Cliniques externes
et centre de jour en santé mentale

11 Installations de réadaptation
en dépendance

54 Installations de réadaptation
en déficience intellectuelle
et trouble du spectre de l'autisme



12 Installations de réadaptation
en déficience physique

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Liste des membres du conseil d'administration au 31 mars 2018

Dix-huit membres composent le conseil d'administration (CA) du CISSS de la Montérégie-Ouest.



Membres désignés

- 1 Dre Dorice Boudreault**
Département régional de médecine générale (DRMG)
- 2 Mélanie Caron**
Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
- 3 Annabelle Lefebvre**
Conseil multidisciplinaire (CM)
- 4 Nicole Marleau**
Comité des usagers (CU)
- 5 Patricia Quirion**
Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
- 6 Ghislain Rivet**
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
(jusqu'en mars 2018)

Membres nommés

- 7 Yves Masse**
Secrétaire - Président-directeur général
du CISSS de la Montérégie-Ouest
- 8 Jean-Claude Lecompte**
Milieu de l'enseignement

Membres indépendants

9 Claude Jolin

Président - Compétence en gouvernance et éthique

10 Michel Laurendeau

Vice-président - Compétence en ressources immobilières, informationnelles et humaines

11 Line Ampleman

Expertise en réadaptation

12 Judith Dubé

Expertise dans les organismes communautaires

13 Michèle Goyette

Expertise en protection de la jeunesse
(jusqu'en novembre 2017)

14 Roch Leblanc

Compétence en gestion des risques,
finance et comptabilité

15 Heather L'Heureux

Compétence en vérification, performance
et gestion de la qualité et représentante
de la communauté anglophone

16 Jean-Pierre Rodrigue

Expertise en santé mentale

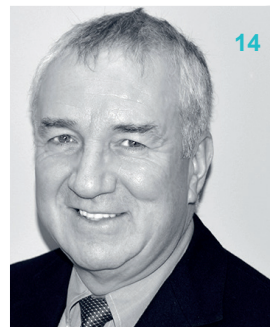
17 Sylvie Sauvé

Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux
(depuis avril 2017)

Membre observateur

18 Madeleine Himbeault Greig

Désignée par les présidents des fondations
de l'établissement



Bilan

Au cours de l'exercice 2017-2018, les membres du conseil d'administration ont tenu :

- 6 séances publiques régulières;
- 9 séances spéciales;
- 1 séance publique d'information annuelle;
- 2 séances de travail;
- 1 journée annuelle de réflexion;
- 2 consultations électroniques.

Manquement au code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Il est à souligner qu'aucun manquement au code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs n'a été constaté au cours de l'année 2017-2018. De plus, aucune décision de sanctions n'a été imposée de même qu'aucune personne n'a été révoquée ou suspendue au cours de la période couverte par le présent rapport.

Le code d'éthique et de déontologie se trouve en annexe du rapport annuel de gestion et est disponible également sur le site Internet du CISSS de la Montérégie-Ouest au santemo.quebec dans la section du conseil d'administration.

Principales réalisations

Au cours de l'année 2017-2018, le conseil d'administration a, entre autres :

Procédé à l'adoption des règlements, politiques ou procédures suivants :

- le Règlement sur les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques;
- la Politique visant à faciliter la divulgation d'actes répréhensibles par les employés ou toute personne œuvrant au CISSS de la Montérégie-Ouest;
- la Politique pour des environnements sans fumée;
- la Politique de prévention, gestion et intervention en matière de suicide pour la clientèle;
- la Politique et les procédures de déclaration et d'analyse des incidents et des accidents;
- la Politique relative au recouvrement des comptes, à la provision des créances douteuses et à la radiation;
- la Politique portant sur la communication organisationnelle;
- la Politique de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail;
- les diverses politiques touchant les conditions de travail du personnel d'encadrement;
- la procédure administrative sur la préservation et la destruction de documents relatifs au mandat d'administrateur du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- la procédure administrative – Sortie temporaire d'un dossier ou d'une partie du dossier d'un usager.

Traité les dossiers suivants :

- l'adoption du rapport annuel de gestion;
- l'approbation de l'entente de gestion et d'imputabilité;
- l'approbation des états financiers;
- l'adoption des objectifs prioritaires;
- l'adoption du plan clinique du CISSS de la Montérégie-Ouest menant au Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges et des principes directeurs dans l'élaboration du programme fonctionnel de ce projet;
- la nomination et l'attribution des statuts et des privilèges des médecins, des dentistes et des pharmaciens;
- la nomination du directeur du Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges (poste temporaire);
- la nomination du directeur des programmes Santé mentale et Dépendance;
- la nomination du directeur et du directeur adjoint de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique;

- la nomination du directeur et du directeur adjoint des services techniques (postes temporaires);
- la nomination du chef et de l'adjoint au chef de département d'imagerie médicale;
- la nomination du commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- la convention concernant la cession des actifs informationnels, de certaines ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles et de certains droits et obligations relativement aux actifs informationnels;
- les résultats du processus d'autoévaluation 2016-2017 des comités du conseil d'administration et des conseils professionnels;
- le suivi des démarches dans le cadre de la visite d'Agrément Canada du 27 novembre au 1^{er} décembre 2017;
- l'application de la Politique concernant les soins de fin de vie (période du 10 décembre 2016 au 9 juin 2017);
- le suivi périodique du tableau de bord des objectifs prioritaires 2016-2017;
- l'état de situation périodique sur les infections nosocomiales;
- le dépôt périodique de la liste des engagements financiers supérieurs à 1 M\$.

Procédé à l'adoption des motions de remerciements ou de félicitations suivantes :

- la motion de félicitations pour la mobilisation des équipes internes du CISSS de la Montérégie-Ouest auprès de la population du territoire affectée par les inondations historiques au Québec au printemps 2017;
- la motion de félicitations à la docteure Marguerite Dupré, médecin examinateur du CISSS de la Montérégie-Ouest, récipiendaire du prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ);
- dans le cadre des travaux entourant la visite d'Agrément Canada du 27 novembre au 1^{er} décembre 2017, une motion de remerciement aux équipes qualité, à l'ensemble des gestionnaires, employés et médecins du CISSS de la Montérégie-Ouest pour l'engagement à offrir des soins et des services de qualité à nos usagers.

COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Comité de vigilance et de la qualité

Composition du comité

Nicole Marleau, présidente

Alexandrine Côté, secrétaire (jusqu'au 4 décembre 2017)

Jean Pinsonneault, secrétaire (du 5 décembre 2017 au 25 février par intérim, puis à titre de commissaire aux plaintes et à la qualité des services depuis le 26 février 2018)

Line Ampleman, membre

Yves Masse, membre

Jean-Pierre Rodrigue, membre

Mélanie Dubé, invitée permanente désignée par le président-directeur général

Mandat général

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment en ce qui concerne la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services rendus ainsi que le respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

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

- recevoir et analyser les rapports et les recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
- favoriser la collaboration et la concertation des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer cette responsabilité et pour assurer le suivi de leurs recommandations;
- établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler des recommandations au conseil d'administration;
- présenter des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
- assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qui ont été présentées;
- veiller à ce que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
- exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (art.181.0.3, LSSSS).

Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2017-2018, les membres du comité de vigilance et de la qualité se sont réunis à quatre reprises. Durant ces rencontres, ils se sont notamment penchés sur les points d'information suivants :

- le bilan des activités du commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour la période du 1^{er} avril 2017 au 19 janvier 2018 incluant les mesures correctives et les recommandations adressées aux directions visées et au conseil d'administration, ainsi que leur réalisation;
- les recommandations du Protecteur du citoyen et l'application de celles-ci;
- les rapports des visites ministérielles d'évaluation de la qualité du milieu de vie et des plans d'action associés 2017-2018;
- l'évolution de l'élaboration des règles de fonctionnement du comité de gestion des risques;
- la gestion des risques :
 - le rapport d'incident et accident 2016-2017 (P7 à P9) et 2017-2018 (P4 à P6);
 - le résultat de l'autoévaluation du fonctionnement du comité de gestion des risques;
 - la présentation du rapport annuel 2016-2017 du comité de gestion des risques;
- le dépôt d'une modification visant les politiques et procédures de déclaration et d'analyse des incidents et des accidents;
- la désignation d'un président et d'un secrétaire de comité;
- la présentation par la DSMEU de la Politique de prévention et intervention en matière de suicide;
- la prévention et le contrôle des infections (surveillance 2016-2017, mise à jour périodique (période 1 à 9), priorisation du plan d'action bactérie *Klebsiella pneumoniae carbapenemase* (KPC));
- la présentation du plan d'amélioration de la qualité du milieu de vie au CHSLD Laurent-Bergevin;
- la présentation du plan d'amélioration de la qualité du milieu de vie au CHSLD Vaudreuil-Dorion;
- la présentation du plan d'amélioration de la qualité du milieu de vie au CHSLD Rigaud;
- la présentation du plan d'amélioration de la qualité du milieu de vie au CHSLD et CLSC Coteau-du-Lac;
- la présentation de lettres de remerciement venant des usagers adressées au personnel et aux établissements du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Le comité a procédé à la recommandation suivante auprès du conseil d'administration :

- À la suite d'une analyse démontrant clairement que la chute est l'événement qui a provoqué le plus de conséquences graves et de décès chez nos usagers, notamment chez la clientèle de 75 ans et plus, particulièrement en mission CHSLD, le comité de vigilance et de la qualité recommande la formation d'un comité de travail ayant pour mandat spécifique la prévention des chutes.

Comité de gestion des risques

Composition du comité

Mélanie Dubé, présidente en remplacement de Michelle Harvey

Céline Rouleau, secrétaire et membre désignée par le président-directeur général

Guylaine Auger, membre - personne issue du secteur de la santé et sécurité au travail

Venessa Lafrenière, membre - personne issue du comité consultatif CM

Louise Larocque, membre - personne issue des unités de retraitement des dispositifs médicaux (URDM)

Jeanne Lemieux, membre - personne issue du comité des usagers

Stéphanie Racine, membre - personne issue du comité consultatif CII

Dre Miguelle Sanchez, membre - personne issue du comité consultatif CMDP

Postes vacants (2), membres désignés par et parmi les personnes qui, en vertu d'une entente de service visée à l'article 108 de la LSSSS, dispensent des services aux usagers pour le compte de l'établissement

Mandat général

En vertu de l'article 183.1 de la LSSSS, le mandat de ce comité est de rechercher, développer et promouvoir des moyens pour assurer la sécurité et le soutien des personnes. Il s'assure, également, de la mise en place d'un système de surveillance des incidents et des accidents et recommande au comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration des mesures visant à prévenir la fréquence de ces incidents et de ces accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Le comité de gestion des risques doit :

- identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
- émettre des recommandations au comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration en matière de gestion des risques;
- prendre acte des rapports du coroner et du suivi des recommandations;
- assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes;
- recommander au comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et de ces accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.



Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2017-2018, les membres du comité de gestion des risques se sont réunis à quatre reprises. Lors de ces rencontres, le comité s'est notamment penché sur les dossiers suivants :

- le bilan annuel du comité de gestion des risques;
- le rapport annuel des mesures de contrôle;
- la création d'un comité de travail sur la prévention des chutes;
- les travaux sur les règles de fonctionnement du comité;
- la gestion des risques :
 - le rapport des incidents et des accidents 2016-2017 et le bilan de la période (P) P10 à P13 2016-2017 et la P1 à P9 2017-2018,
 - les événements sentinelles – la validation des mesures correctives,
 - le Registre national des incidents et accidents.
- la prévention et le contrôle des infections (bilan annuel 2017-2018, état d'avancement des travaux du Service de prévention et contrôle des infections);
- l'autoévaluation du comité de gestion des risques;
- le dépôt du calendrier des rencontres du comité de gestion des risques;
- l'élaboration d'un plan de sécurité des usagers;
- le rapport de la visite d'Agrément Canada du 27 novembre au 1^{er} décembre 2017;
- le suivi de l'implantation du Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS);
- la proposition de modification du règlement du comité de gestion des risques afin de mieux soutenir la réalisation du mandat du comité.

Comité de gouvernance et d'éthique

Composition du comité

Jean-Pierre Rodrigue, président

Yves Masse, secrétaire

Mélanie Caron, membre

Michèle Goyette, membre (jusqu'au 22 novembre 2017)

Claude Jolin, membre

Sylvie Sauvé, membre (depuis le 17 décembre 2017)

Mandat général

De façon générale, le comité de gouvernance et d'éthique exerce les fonctions prévues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

De façon plus spécifique, il doit entre autres :

- élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- rédiger un code d'éthique et de déontologie des administrateurs, conformément à l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, c. M-30);
- définir des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, lesquels critères sont approuvés par le conseil d'administration;
- concevoir un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
- procéder à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, selon les critères approuvés par le conseil d'administration (art. 181.0.0.1, LSSSS).

Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2017-2018, les membres du comité de gouvernance et d'éthique se sont réunis à quatre reprises. Durant ces rencontres, ils se sont penchés sur les dossiers suivants :

- le suivi de l'échéancier de réalisation du manuel des règlements du conseil d'administration;
- la planification annuelle des activités du comité de gouvernance et d'éthique 2017-2018;
- le suivi de l'évolution des démarches – Visite d'Agrément Canada 2017;
- le plan d'amélioration – résultats de l'autoévaluation de l'équipe Gouvernance – Visite d'Agrément Canada 2017;
- l'analyse des résultats de l'autoévaluation du comité de gouvernance et d'éthique, du conseil d'administration et de ses comités et des conseils professionnels pour l'exercice 2016-2017;
- le plan d'amélioration du fonctionnement du conseil d'administration à la suite de l'autoévaluation du conseil d'administration 2016-2017;
- les modifications et impacts de la Loi modifiant diverses lois concernant principalement l'admission aux professions et la gouvernance du système professionnel (projet de loi 98);
- l'autorisation du ministre de la Santé et des Services sociaux – Règlement sur la régie interne du conseil d'administration du CISSS de la Montérégie-Ouest - Disposition de la Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux;
- le bilan des activités du comité d'éthique clinique du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- l'application des dispositions de la Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux;
- le rôle et les responsabilités envers le conseil d'administration du commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Le comité a émis les recommandations suivantes auprès du conseil d'administration :

- l'adoption de la politique et de la procédure visant à faciliter la divulgation d'actes répréhensibles par les membres du personnel ou toute personne œuvrant au CISSS de la Montérégie-Ouest;
- la dotation des comités du conseil d'administration pour la période du 17 décembre 2017 au 16 décembre 2018;
- les élections des officiers du conseil d'administration pour la période du 17 décembre 2017 au 29 septembre 2018;
- la désignation d'un représentant du comité de gouvernance et d'éthique au sein du comité ad hoc du conseil d'administration du Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges;
- l'adoption de la procédure administrative – préservation et destruction de documents relatifs au mandat d'administrateur du conseil d'administration du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- l'adoption de la Politique sur l'évaluation du rendement du commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Comité de révision

Composition du comité

Claude Jolin, président

Dr Marc Lajoie, membre nommé sur recommandation du CMDP

Dre Andrée-Anne Talbot, membre nommée sur recommandation du CMDP

Dre Danielle Venne, membre substitut nommée sur recommandation du CMDP

En conformité avec l'article 57 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), le comité de révision doit transmettre au conseil d'administration, avec copie au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement, au moins une fois par année, un rapport décrivant les motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision depuis le dernier rapport, de ses conclusions ainsi que des délais de traitement de ses dossiers. Il peut en outre formuler des recommandations ayant notamment pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou des services médicaux, dentaires et pharmaceutiques offerts dans un centre exploité par un établissement du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux.

Transmission: Un exemplaire de ce rapport est également transmis au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement, qui en intègre le contenu au rapport visé à l'article 76.10, ainsi qu'au Protecteur du citoyen.

Mandat général

Le comité de révision du traitement d'une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien, est institué par le conseil d'administration pour procéder, lorsque demandé par un plaignant ou par un professionnel, à la révision du traitement accordé par le médecin examinateur de l'établissement à l'examen d'une plainte.

Au terme de sa révision, le comité doit conclure à l'une des options suivantes :

- confirmer les conclusions du médecin examinateur;
- requérir un complément d'examen du médecin examinateur;

- diriger la plainte pour étude à des fins disciplinaires au CMDP;
- recommander au médecin examinateur de l'établissement concerné ou, s'il y a lieu, aux parties elles-mêmes, toute mesure de nature à les réconcilier.

Les conclusions du comité sont finales et ne peuvent être révisées.

Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2017-2018, les membres du comité de révision se sont réunis à quatre reprises. Durant ces rencontres, ils se sont penchés sur les quatre demandes suivantes, qui ont été soumises à la révision auprès du comité :

- 2 demandes concernaient un ou des professionnels en milieu hospitalier;
- 1 demande concernait un professionnel en milieu de travail;
- 1 demande concernait un professionnel en centre d'hébergement.

De ces demandes, quatre plaignants ont été entendus par le comité de révision au cours de l'exercice.

Motifs des plaintes

Les motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision sont en lien avec les éléments suivants :

- les soins et les services fournis (3);
- les relations interpersonnelles – harcèlement psychologique (1).

Délai de traitement des demandes soumises

	1 – 60 jours	61 jours et +
2017-2018	2	2*

* Avec l'accord du plaignant.

Recommandations

Sur les quatre dossiers conclus :

- 3 dossiers confirmaient les conclusions du médecin examinateur;
- 1 dossier a fait l'objet d'une demande de complément d'enquête au médecin examinateur afin de permettre au plaignant de lui présenter ses observations.

Comité de vérification

Composition du comité

Roch Leblanc, président

Judith Dubé, membre

Madeleine Himbeault Greig, membre

Claude Jolin, membre

Jean-Claude Lecompte, membre

Heather L'Heureux, membre

Martin Larose, invité permanent et secrétaire du comité

Yves Masse, invité permanent

Mandat général

Le comité de vérification doit, entre autres :

- assurer la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que son suivi;
- assurer la mise en place et l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement et portée à sa connaissance;
- examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration;
- recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers;
- veiller à ce que des mécanismes de contrôle internes soient mis en place et s'assurer qu'ils sont efficaces et adéquats;
- formuler des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de l'établissement et, s'il y a lieu, sur le travail de la vérification externe et interne;
- réaliser tout autre mandat relatif aux affaires financières de l'établissement que lui confie le conseil d'administration (art. 181.0.0.3, LSSSS).

Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2017-2018, les membres du comité de vérification se sont réunis à sept reprises, dont une fois pour une séance spéciale. Deux recommandations ont été transmises et approuvées par voie électronique. Durant ces rencontres, ils se sont notamment penchés sur les sujets suivants :

- la gestion financière;
- la planification budgétaire 2017-2018;
- le processus de planification budgétaire 2017-2018 (orientations et paramètres);
- le suivi des mesures d'optimisation 2015-2016 et 2016-2017;
- le rapport financier annuel 2016-2017;
- les rapports financiers périodiques (AS-617);
- le suivi des enveloppes de développement 2017-2018;
- les engagements financiers de 100 000 \$ et plus;
- le plan de vérification de l'auditeur externe pour 2017-2018;
- les mécanismes d'audits internes et de contrôles internes;
- le suivi sur les commentaires des auditeurs externes 2016-2017.

Le comité a émis les recommandations suivantes auprès du conseil d'administration :

- l'adoption du rapport annuel d'activités du comité de vérification 2016-2017;
- l'autoévaluation du comité de vérification 2016-2017;
- la planification budgétaire 2017-2018;
- les résultats financiers (rapport AS-471) au 31 mars 2017;
- la désignation des signataires autorisés pour les affaires bancaires de la composante du Haut-Saint-Laurent;
- le renouvellement des marges d'emprunts;
- l'affectation d'origine interne des surplus au 31 mars 2017;
- la désignation d'un représentant comité ad hoc PHVS;
- la nomination de l'auditeur externe pour l'exercice financier 2017-2018;
- le régime d'emprunt à long terme;
- la désignation d'un responsable pour les affaires bancaires aux fins des transactions électroniques;
- l'adoption d'une politique relative au recouvrement des comptes, à la provision des créances douteuses et à la radiation;
- la nomination du président du comité;
- le rapport budgétaire (RR-446).

Comité des ressources humaines

Composition du comité

Michel Laurendeau, président

Richard Cloutier, secrétaire

Roch Leblanc, membre

Yves Masse, membre

Jean-Pierre Rodrigue, membre jusqu'au 15 décembre 2017

Sylvie Sauvé, membre depuis le 16 décembre 2017

Mandat général

De façon générale, les responsabilités du comité consistent à s'assurer de la saine gestion des ressources humaines et d'en informer le conseil d'administration.

De façon plus spécifique, le comité doit notamment :

- s'assurer de la mise en place d'un plan de développement des ressources humaines;
- recevoir et analyser le plan de main-d'œuvre et le soumettre au conseil d'administration pour adoption;
- recevoir et analyser des politiques de soutien et de développement des compétences du personnel, les proposer au conseil d'administration pour adoption;
- s'assurer de l'existence de mécanismes de concertation et de consultation appropriés;
- recevoir et analyser des rapports portant sur le climat organisationnel en général;
- s'assurer de la mise en place du programme d'appréciation de la contribution et d'évaluation du rendement des cadres supérieurs et intermédiaires, et de celle d'un programme d'évaluation du personnel;
- analyser toute problématique particulière pouvant survenir dans le cours de la réalisation des projets et faire des recommandations au conseil d'administration, s'il y a lieu;
- s'assurer du suivi des divers dossiers et faire des recommandations, s'il y a lieu, et remplir tout autre mandat confié par le conseil d'administration;
- s'assurer de la mise en place d'un tableau de bord stratégique en ressources humaines afin d'éclairer les membres du conseil d'administration dans leurs décisions;
- recevoir, analyser et proposer au conseil d'administration l'adoption des différentes politiques de gestion concernant les conditions de travail des cadres, et ce, tel que prévu au Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des agences et des établissements de santé et de services sociaux;
- recevoir, analyser et proposer au conseil d'administration l'adoption des différentes stipulations négociées et agréées à l'échelle locale ou régionale prévues à la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic.

Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2017-2018, les membres du comité des ressources humaines se sont réunis à quatre reprises. Durant ces rencontres, ils se sont notamment penchés sur les dossiers suivants :

- les objectifs annuels 2017-2018;
- le calendrier 2017-2018 des séances du comité des ressources humaines;
- la capsule vidéo produite par l'équipe de soutien à la transformation;
- le plan d'action à l'égard des personnes handicapées (PAPH);
- le dépôt du rapport annuel 2016-2017 adopté;
- le dépôt des résultats de l'analyse de l'autoévaluation du fonctionnement du comité des ressources humaines 2016-2017 adoptés;
- les enjeux et les priorités de négociations des dispositions locales;
- la Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail (rapports statistiques);
- le climat organisationnel en lien avec le plan d'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT) à la suite du sondage et de la tenue de groupes de discussion ainsi que le plan d'action de la Politique de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail;
- le tableau de bord et les indicateurs RH en lien avec le temps supplémentaire, la main-d'œuvre indépendante (MOI), l'assurance salaire, le rapport d'évolution des griefs actifs et l'incapacité de forer les systèmes informatiques actuels;
- le Mois de la reconnaissance (octobre), dont le concours Prix Inspiration;
- les griefs (nombre et nature par catégories d'emploi);
- le calendrier des thématiques des séances 2017-2018;
- le plan de développement des ressources humaines;
- le plan de main-d'œuvre en lien avec l'état de situation de la pénurie (actions réalisées et en cours);
- l'autoévaluation du fonctionnement du comité;
- le Programme régional de relève des cadres intermédiaires.

Le comité a émis les recommandations suivantes auprès du conseil d'administration :

- l'adoption de la Politique de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail;
- la désignation d'un représentant du comité des ressources humaines au comité ad hoc du conseil d'administration – Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges;
- l'adoption de la Politique sur la dotation des postes cadres;
- l'adoption de la Politique sur le développement des compétences;
- l'adoption de la Politique sur le dossier du cadre;
- désignation d'un président du comité des ressources humaines pour un nouveau mandat (1 an);
- l'adoption de la Politique sur les congés sociaux pour le personnel d'encadrement;
- l'adoption de la Politique sur les congés fériés pour le personnel d'encadrement;
- l'adoption de la Politique sur les congés sans solde, congés pour affaires professionnelles et les charges publiques pour le personnel d'encadrement;
- l'adoption de la Politique sur les modalités de récupération du salaire versé en trop au personnel d'encadrement;
- l'adoption de la Politique sur les mécanismes de recours sur l'application d'une politique de gestion pour le personnel d'encadrement;
- la création d'un répertoire des conditions de travail des employés syndiqués non syndiqués (SNS) et des employés non syndiqués du réseau de la santé et des services sociaux.

Comité immobilisation et environnement

Composition du comité

Judith Dubé, présidente

Vincent Veilleux, secrétaire

Roch Leblanc, membre

Jean-Claude Lecompte, membre (en remplacement de Roch Leblanc – nommé le 16 décembre 2017)

Heather L'Heureux, membre

Yves Masse, membre

Bruno Roy, secrétaire (en remplacement de Vincent Veilleux – depuis le 15 novembre 2017)

Mandat général

Les responsabilités du comité consistent à :

- assurer un suivi du parc immobilier (locaux, équipements, etc.);
- assurer la mise en place des processus du maintien des équipements médicaux et non médicaux et du mobilier de l'établissement;
- assurer la mise en place d'un processus de gestion des risques, associé à l'entretien des immeubles et des équipements, pour la conduite des affaires de l'établissement;
- assurer une vigie par rapport à la gestion du développement durable de l'établissement basée sur les meilleures pratiques en matière d'environnement et de performance énergétique.

Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2017-2018, les membres du comité immobilisation et environnement (CIE) se sont réunis à huit reprises (six assemblées ordinaires et deux assemblées spéciales). Durant ces rencontres, ils se sont notamment penchés sur les points d'information suivants :

- la clarification de l'objectif du comité et du rôle des membres;
 - le tableau de suivi des projets de construction – mise à jour;
 - la présentation du parc immobilier – Mission CLSC;
 - le suivi du dossier de l'échange de terrain de la rue Champagne à Salaberry-de-Valleyfield;
 - le calendrier des points à traiter annuellement en lien avec les responsabilités du comité;
 - le calendrier des séances du CIE de septembre 2017 à juin 2018;
 - le suivi de la Politique de gestion des parcs de stationnement;
 - la présentation du parc immobilier – Mission réadaptation (1^{re} partie);
 - l'allocation budgétaire 2017-2018 en maintien des actifs;
 - le tableau de suivi des projets de construction de plus de 100 000 \$ d'actifs (statutaire);
 - l'indice de vétusté (statutaire);
 - la Politique de gestion des parcs de stationnement – mise à jour;
 - le projet de clinique externe en ophtalmologie à l'Hôpital Anna-Laberge – mise à jour.
- Le comité a également émis les recommandations suivantes auprès du conseil d'administration :
- l'autoévaluation 2016-2017 du comité;
 - le rapport annuel 2016-2017 du comité;
 - le renouvellement d'un bail – 1219, rue Maisonneuve, Longueuil;
 - le renouvellement d'un bail – 5110, boulevard Cousineau, Longueuil;
 - le renouvellement d'un bail – 1525, rue Joliette, Longueuil;
 - la location de locaux pour le Collège de Valleyfield à l'Hôpital Anna-Laberge (renouvellement de bail locateur – 200, boulevard Brisebois, Châteauguay);
 - la désignation d'un membre du comité immobilisation et environnement au comité spécial – Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges;
 - la Politique pour des environnements sans fumée;
 - l'autorisation de renouvellement de bail – 33, rue Dufferin, Granby;
 - l'autorisation de signature d'un bail – 88, rue Saint-Laurent, Salaberry-de-Valleyfield;
 - l'autorisation de signature d'un bail – 11, rue de l'Église, Salaberry-de-Valleyfield;
 - la désignation d'un nouveau président et d'un nouveau secrétaire;
 - l'adoption des plans de conservation et de fonctionnalité immobilière – Plans triennaux concernant le maintien des actifs – 2017-2020;
 - l'adoption des plans de conservation et de fonctionnalité immobilière – Plans triennaux concernant la rénovation fonctionnelle – installations hors CHSLD – 2017-2020;
 - l'adoption des plans de conservation de l'équipement et du mobilier – Plans triennaux concernant le maintien des actifs – volet équipement non médical et mobilier – 2017-2020;
 - la demande d'autorisation de signature d'un bail – 247, chemin Laroque, Salaberry-de-Valleyfield;
 - la demande d'autorisation de signature d'un bail – 890, boulevard des Érables, Salaberry-de-Valleyfield.

Comité soins et services à la clientèle

Composition du comité

Michèle Goyette, présidente (du 1^{er} avril 2017
au 22 novembre 2017)

Line Ampleman, présidente (depuis le 24 janvier 2018)

Céline Rouleau, secrétaire

Philippe Besombes, membre

Dorice Boudreault, membre

Stéphane Dubuc, membre

Annabelle Lefebvre, membre

Yves Masse, membre

Lucie Poitras, membre (du 1^{er} avril 2017 au 28 septembre 2017)

Patricia Quirion, membre

Jean-Pierre Rodrigue, membre (depuis le 17 décembre 2017)

Lyne Daoust, invitée permanente (depuis le 30 janvier 2018)

Mandat général

Les responsabilités du comité consistent à améliorer le continuum de soins et de services et à s'assurer de sa fluidité. De façon plus détaillée, il doit :

- assurer le suivi des dossiers clinico-administratifs du conseil des infirmières et infirmiers (CII), du conseil multidisciplinaire (CM) et du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- recevoir et analyser les rapports annuels ou les recommandations du CII, du CM et du CMDP et s'assurer du suivi, le cas échéant;
- recevoir et analyser les rapports portant sur les mécanismes d'accès (ex. : listes d'attente);
- s'assurer que des actions sont menées pour favoriser la complémentarité des services avec ceux fournis par les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et que l'organisation de ces services tient compte des besoins de la population;
- recevoir et analyser les dossiers de consolidation ou de développement de services et d'acquisition d'équipements médicaux;
- recevoir et analyser les rapports de suivi des recommandations de l'organisme de normalisation et des différents ordres et corporations professionnels;
- assumer tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration;
- faire rapport au conseil d'administration, après chacune de ses rencontres, de l'évolution des travaux du comité et lui transmettre ses décisions, ses commentaires ou ses recommandations, s'il y a lieu.

De façon plus spécifique, le comité doit notamment :

- recevoir les résumés des rapports d'analyse, les projets cliniques, les objectifs d'amélioration et les plans de mise en œuvre et en assurer le suivi au regard de l'organisation des services cliniques au sein de l'établissement;
- procéder à la révision des règlements du CII, du CM et du CMDP et en recommander l'adoption au conseil d'administration;
- assurer la mise à jour du plan d'organisation clinique, départements et services cliniques.

Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2017-2018, les membres du comité soins et services à la clientèle se sont réunis à six reprises (cinq assemblées ordinaires et une assemblée spéciale). Durant ces rencontres, ils se sont notamment penchés sur les sujets suivants :

- le bilan de la campagne de vaccination contre l'influenza 2016-2017;
- le plan de transformation : Développement de places pour réduire les niveaux de soins alternatifs (NSA);
- l'offre de service en médecine de jour;
- le programme FORCES : Développement d'une approche de soutien en soins de fin de vie à domicile;
- le plan territorial d'amélioration et de continuité des services;
- le plan d'investissement en trouble du spectre de l'autisme (TSA);
- le plan d'investissement en santé mentale;
- le plan d'investissement à la suite du forum sur le soutien à domicile;
- l'implantation de l'offre de service structurée par programmes de la Direction des programmes Déficiences;
- la planification infirmières praticiennes spécialisées (IPS) 2017-2025;
- la liste d'attente en CHSLD et RI et l'optimisation de l'utilisation de nos lits d'hébergement;
- les listes d'attente en soutien à domicile, en santé mentale et en DI-TSA-DP;
- le programme NEXUS;
- les résultats de l'évaluation de l'intégration des services en DI-TSA-DP;
- la procédure d'élaboration et de traitement d'une demande d'avis ou de recommandation au CM;
- le suivi des indicateurs cliniques critiques :
 - le déploiement du plan de désencombrement des urgences,
 - les mesures déployées en lien avec la pénurie de main-d'œuvre;
- l'évaluation du fonctionnement du comité soins et services à la clientèle.

Le comité a procédé aux recommandations suivantes auprès du conseil d'administration :

- l'adoption de la Politique pour des environnements sans fumée;
- l'adoption de la Politique de prévention, gestion et intervention en matière de suicide;
- la désignation d'un président et d'un secrétaire du comité soins et services à la clientèle;
- la désignation d'un représentant pour siéger au sein du comité ad hoc – Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges;
- l'adoption du plan triennal de conservation des équipements et du mobilier (PCEM – Volet équipement médical) 2018-2021.

Comité ad hoc – Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges

Composition du comité

Claude Jolin, président, président du conseil d'administration

Yves Masse, président-directeur général

Céline Rouleau, présidente-directrice générale adjointe

Michelle Harvey, secrétaire, directrice générale adjointe aux programmes soutien, administration et performance

Line Ampleman, membre, comité soins et services à la clientèle

Judith Dubé, membre, comité immobilisation et environnement

Michel Laurendeau, membre, comité des ressources humaines

Heather L'Heureux, membre, comité de vérification

Nicole Marleau, membre, comité de vigilance et de la qualité

Dr Ghislain Rivet, physiatre, médecin membre du conseil d'administration

Jean-Pierre Rodrigue, membre, comité de gouvernance et d'éthique

Vincent Veilleux, membre invité permanent, directeur du Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges (PHVS)

Mandat général

Le mandat de ce comité est à durée déterminée, il prend fin à la clôture du projet. De façon générale, les responsabilités du comité ad hoc PHVS consistent à :

- assurer un suivi du PHVS dans le respect de la directive sur la gestion des projets majeurs d'infrastructure publique;
- s'assurer qu'une structure de consultation est mise en place afin de faire participer les acteurs clés;
- s'assurer que le cadre de gouvernance du projet favorise une synergie entre toutes les parties prenantes et suscite l'adhésion du plus grand nombre;
- favoriser une approche usager tout au long du projet.

De façon plus spécifique, le comité doit notamment :

- s'assurer du suivi des diverses étapes du PHVS et en faire rapport au conseil d'administration;
- s'assurer que tout appel d'offres, toute analyse des soumissions et tout octroi de contrat sous la responsabilité de l'établissement sont réalisés conformément aux normes, aux conditions et selon les politiques et procédures;
- analyser les enjeux stratégiques pouvant survenir dans le cours de la réalisation du projet et faire des recommandations au conseil d'administration, s'il y a lieu.

Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2017-2018, les membres du comité ad hoc – Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges se sont réunis à trois reprises (deux assemblées ordinaires et une assemblée spéciale). Durant ces rencontres, ils se sont notamment penchés sur les sujets suivants :

- les travaux de mise en place du comité :
 - la nomination d'un secrétaire du comité,
 - la participation du directeur du PHVS,
 - le calendrier des rencontres 2017-2018;
- les travaux sur le Règlement sur les règles de fonctionnement du comité;
- le Cadre de gouvernance et de gestion du PHVS;
- le Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges :

le plan clinique :

- l'avis de reconnaissance,
- l'avis de pertinence,
- les chantiers du plan clinique, en suivi de l'avis de reconnaissance du Ministère (MSSS);

le terrain :

- la réserve sur le terrain;

l'équipe projet :

- la dotation de l'équipe projet;

le programme fonctionnel :

- les principes directeurs,

- les ateliers de travail dans le cadre du programme fonctionnel (PF),
- les ateliers sur les unités fonctionnelles,
- les visites de précédents,
- l'instance de coordination avec les médecins,
- l'analyse immobilière,
- le dossier d'opportunité (DO);
- la proposition de mise en place du comité de voisinage.

Le comité a procédé aux recommandations suivantes auprès du conseil d'administration :

- une modification au Règlement sur les règles de fonctionnement du comité, en ajoutant à la composition du comité (article 6 du Règlement) le directeur du Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges à titre d'invité permanent au sein du comité;
- la recommandation des principes directeurs du PF du Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges pour adoption au CA.

CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Composition du comité exécutif

Dr Gaétan Filion, président et physiatre
Dr Sidney Maynard, vice-président et omnipraticien
Dr Joseph Itovitch, vice-président et urologue
Dr Benjamin Dahan, trésorier et neurologue
Dre Monique Rozon-Rivest, secrétaire et omnipraticienne
Dre Claude Bourassa, conseillère et chirurgienne générale
Dr Guillaume Bessière, conseiller et omnipraticien
Dr Justin Wight, conseiller et omnipraticien
Dr Pierre-Luc Ouellet, conseiller et interniste
Dre Andréa Chabot-Naud, conseillère et omnipraticienne
Maude St-Onge, conseillère et pharmacienne
Dr Paul Moïse, directeur adjoint des services professionnels 2^e ligne
Yves Masse, président-directeur général

Mandat général

Les responsabilités du comité consistent à :

- contrôler et apprécier la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques;
- évaluer et maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens;
- faire des recommandations en lien avec la nomination des médecins, dentistes et pharmaciens;
- faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et sur les règles d'utilisation des médicaments applicables dans l'établissement;
- donner son avis sur les aspects professionnels quant à l'organisation technique et scientifique de l'établissement;
- faire des recommandations sur les aspects professionnels de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques ainsi que sur l'organisation médicale de l'établissement;

Et ce, dans le plus grand respect des droits des usagers.

Bilan des activités

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) maintient ses activités en tenant compte du contexte de la réforme actuelle et conformément au mandat que lui confère la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les responsabilités du CMDP sont exercées par le comité exécutif, qui est formé de 11 membres actifs élus par le conseil. Le président-directeur général et le directeur adjoint des services professionnels 2^e ligne font aussi partie du comité exécutif.

La période 2017-2018 étant la deuxième année du comité permanent suivant l'intégration, plusieurs enjeux locaux et régionaux ont continué de mobiliser l'énergie du comité exécutif, et ce, selon son mandat dans l'établissement et tout en ayant également la préoccupation de poursuivre l'harmonisation des façons de faire au sein des diverses composantes de l'organisation.

Dans cette perspective, le comité a procédé à l'adoption de plusieurs ordonnances collectives et protocoles nouveaux ou révisés, pour utilisation dans l'ensemble de l'établissement. L'adoption de ces outils cliniques favorise une meilleure standardisation de la prise en charge par l'usage de ces protocoles communs.

De plus, considérant que les membres du comité exécutif sont issus d'une composante spécifique et de différents services, le conseil a poursuivi les visites dans les diverses installations afin de mieux comprendre la situation spécifique de chacun, ainsi que leurs enjeux en termes de qualité de la pratique. Les membres de l'exécutif ainsi que les chefs de départements reconnaissent l'intérêt de ces visites et celles-ci seront maintenues pour la prochaine année. Elles présentent l'avantage de mieux faire connaître aux membres de l'exécutif les enjeux des diverses composantes et départements formant notre organisation. Ces sujets font l'objet d'un point spécifique lors de la rencontre régulière et de la discussion des points soulevés par le chef. Une révision périodique des enjeux soulevés sera intégrée dans les travaux annuels du comité exécutif.

Finalement, le CMDP est responsable envers le conseil d'administration de contrôler et d'apprécier la qualité et la pertinence des actes des médecins, des dentistes et des pharmaciens pratiquant au sein du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Composition du comité exécutif du CII (CECII)

Chantal Rochefort, présidente, infirmière clinicienne consultante en soins palliatifs, DPSAPA

Isabelle Loiselle, vice-présidente, infirmière, DPD

Philippe Besombes, secrétaire, directeur, DSIEU

Pamela Arnott, officière, infirmière-chef du 2B, Hôpital du Suroît, DSIEU

Caroline Boileau, officière, infirmière à l'urgence de l'Hôpital Anna-Laberge, DSPEM

Brigitte Bujold, officière, membre cooptée, assistante infirmière au supérieur immédiat au soutien à domicile du CLSC Kateri

Isabelle Gendron, officière, infirmière en dépendance, DPSMD

Dave Métras, officier, infirmier en salle opératoire, comité relève

Judith Normandeau, officière, membre cooptée, infirmière chirurgie à l'Hôpital du Suroît

Danielle Paquin, officière, infirmière programme Soutien et autres directions

Patricia Quirion, officière, infirmière DPJASP

Stéphanie Racine, officière, membre cooptée, infirmière CHSLD

Yves Masse, président-directeur général (PDG)

Céline Rouleau, substitut au besoin en remplacement du PDG

Chantal Careau, directrice adjointe des soins infirmiers ainsi que de la qualité et de l'évolution de la pratique

Composition du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

Micheline Dufour, présidente jusqu'en février 2018

Brigitte Rochon, vice-présidente et présidente à partir de février 2018

Catherine Chevrier, adjointe administrative, soutien administratif

Mandat général

Les responsabilités du conseil des infirmières et infirmiers envers le conseil d'administration sont les suivantes :

- apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers accomplis dans le CISSS et, le cas échéant, en collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I-8) et exercées dans l'établissement;
- émettre des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments applicables à leurs membres dans le CISSS;
- émettre des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à leurs membres dans l'organisation;
- émettre des recommandations sur la distribution appropriée des soins offerts par leurs membres dans le CISSS;
- donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière (LSSSS, article 370.3 et LMRSSS, article 87);
- donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui touchent les soins infirmiers (LSSSS, article 370.3 et LMRSSS, article 87);
- donner son avis sur les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population (LSSSS, article 370.3 et LMRSSS, article 87);
- fournir un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent (LSSSS, article 220);
- donner son avis au président-directeur général sur les questions suivantes :
 - organisation scientifique et technique du CISSS,
 - moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et des infirmiers,
 - toute autre question que le président-directeur général porte à son attention (LSSSS, article 221);
- assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2017-2018, les membres du CECII ont tenu neuf rencontres de sept heures en présence et une rencontre téléphonique de trente minutes. Durant ces rencontres, ils se sont penchés sur ce qui suit :

- la consultation de sept règles de soins pour :
 - les urgences,
 - le milieu scolaire,
 - le secteur de l'oncologie,
 - les salles opératoires,
 - l'administration de médicaments;
- l'étude de cinq politiques et de deux procédures;
- la collaboration pour le développement de la philosophie des soins de l'établissement ainsi que du référentiel de compétences;

- la participation au répertoire des actes infirmiers;
- l'organisation des activités des semaines des soins qui incluent les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires.

Autres activités :

- participation au comité de sélection des Prix Inspiration du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Le développement et l'appropriation du rôle du CECII se poursuivent de manière soutenue alors que l'équipe est très engagée et proactive dans ses interventions.

Conseil multidisciplinaire (CM)

Composition du comité exécutif

Nancie Poulin, présidente

Caroline Boudreault, vice-présidente

Mélissa Leduc, trésorière

Venessa Lafrenière, secrétaire

Claudiane Coutu-Arbour, secrétaire (jusqu'en novembre 2017)

Monique Charbonneau, officière (jusqu'en janvier 2018)

Jérémie Daoust, officier

Roxanne Héroux, responsable des communications

Maxime Massignani, trésorier (jusqu'en novembre 2017)

Renée Perrier, officière

Josianne Prairie, officière

Guylaine Sarrazin, officière

Isabelle Violet, officière

Yves Masse, président-directeur général

Stéphane Dubuc, directeur des services multidisciplinaires
et de l'enseignement universitaire

Mandat général

Le conseil multidisciplinaire a la responsabilité de voir à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle au CISSS de la Montérégie-Ouest. Également, il peut émettre des recommandations sur la distribution appropriée des soins et des services offerts par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tous les programmes de l'établissement. Le CM a un pouvoir de recommandation et d'avis et joue donc un rôle-conseil. Il est composé des membres du personnel qui sont titulaires d'un diplôme collégial ou universitaire et exerçant pour l'établissement des fonctions caractéristiques du secteur d'activités couvert par ce diplôme et reliées directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement.

Le CM est responsable envers le conseil d'administration et doit notamment :

- constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle;
- émettre des recommandations sur la distribution appropriée des soins et des services donnés par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tous les programmes de l'établissement;
- assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration. Le CM est responsable envers le président-directeur général de donner son avis sur les questions suivantes :
 - l'organisation scientifique et technique de l'établissement,
 - les moyens à prendre pour évaluer et maintenir les compétences de ses membres,
 - toutes autres questions portées à son attention.

Bilan des activités

L'année 2017-2018 a été marquée par la consolidation des assises du conseil multidisciplinaire. En ce sens, la procédure pour le traitement d'une demande d'avis ou de recommandations au CM ainsi que le cadre de référence sur les comités de pairs ont été déposés pour information auprès du comité de coordination clinique et du comité des soins et services du conseil d'administration. Une fiche d'inscription pour les présentateurs, ainsi qu'une grille d'analyse lors d'une consultation au CM sont maintenant utilisées.

Le comité sur le maintien et la promotion des compétences, qui travaillera de concert avec la Direction des services multidisciplinaires et de l'enseignement universitaire, ainsi qu'avec la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, a commencé ses travaux. Une première rencontre a aussi eu lieu avec le comité de coordination de la formation. Ce dernier aura pour mandat d'étudier le plan d'action élaboré, de formuler les avis nécessaires ainsi que de recommander divers moyens visant à maintenir et promouvoir les compétences des membres du CM.

Des projets de comités de pairs sont déjà prévus pour la prochaine année. Quatre demandes d'avis ont été reçues et étudiées. Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) a été consulté sur plusieurs politiques à mettre en place au CISSS de la Montérégie-Ouest. Il a de plus participé aux rencontres du comité de gestion des risques de l'établissement et à celles du comité stratégique de prévention des infections.

La présidente du CM a également assisté aux deux tables de concertation des présidents des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires du Québec. Le CECM a aussi participé au Colloque de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) en novembre 2017.

Finalement, un dur constat a été réalisé au cours de la dernière année à la suite du départ de 50 % de l'exécutif et des nombreuses absences aux réunions. La conciliation entre les tâches de clinicien et de participant au CECM constituent un défi pour plusieurs. Il apparaît essentiel de travailler sur cet aspect afin de favoriser le maintien de l'engagement des membres et le recrutement.

Autres activités :

- plan de communication : deux portraits de membres diffusés et parution d'un texte dans l'espace CISSMO sur le cadre de référence touchant les comités de pairs et sur le processus d'élaboration et de traitement d'une demande d'avis ou de recommandation au CM;
- rencontre avec Claude Bouchard, directeur et Marie-Josée Roy, directrice adjointe à la Direction des programmes Déficiences en regard de la réorganisation par programmes de l'offre de services;
- rencontre avec Ysabelle Marleau et Caroline Bouffard en regard du plan de transition de la bascule à la DPD;
- participation à un atelier KAIZEN sur la vision et les principes directeurs du projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges;
- participation au comité de sélection des Prix Inspiration du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Composition du comité exécutif

Lucille Bargiel, présidente

Micheline Tellier, vice-présidente

Paul St-Laurent, secrétaire et trésorier

Nicole Marleau, déléguée du conseil d'administration

Normand Beauchemin, membre

Lionel Beaulieu, membre, en remplacement
de Jeanne Lemieux

Jean-Gilles Bourdeau, membre

Irène Koneckny, membre

Thérèse Legault, membre

Judith Lussier, membre

Debra Shea, membre

Suzanne Globensky, personne-ressource

Mandat général

Le comité des usagers du centre intégré a poursuivi ses efforts tout au long de l'année avec le souci premier de soutenir les comités de proximité dans le cadre de leurs fonctions. Indispensables pour représenter la réalité spécifique de nos diverses missions, les comités de proximité sont également des incontournables afin de répondre au défi que représente l'étendue du territoire, qui va au-delà de la Montérégie-Ouest (Montérégie et 2 RLS en Estrie pour la réadaptation et la dépendance en plus de l'île de Montréal pour la dépendance, secteur anglophone).

Bilan des activités

Au cours de l'année qui vient de se terminer, le comité des usagers du CISSS de la Montérégie-Ouest a souligné la participation active de ses membres, qui ont maintenu leur intérêt à travailler ensemble, toutes missions confondues. Pour renforcer ces liens, le comité a organisé deux journées d'activités pour l'ensemble des membres des comités de proximité, soit les comités des anciennes composantes.

Lors de l'assemblée générale, les présentations des diverses directions — DPSAPA, DPD, DPSMD, DPJASP — ont été fort appréciées, de même que celle du PDG de l'établissement, Yves Masse. Cela a permis au CUCI de se familiariser avec les programmes mis en place par l'établissement pour l'ensemble des usagers en santé et en services sociaux. Par ailleurs, à la fin du mois de mars, les membres des comités de proximité étaient tous invités à une conférence très pertinente de Me Jean-Pierre Ménard sur les fonctions des comités et les droits des usagers, suivie en après-midi d'une rencontre d'échanges entre les comités.

Tout au long de l'année, le comité a pu approfondir sa connaissance des procédures et des politiques mises en place ou en développement, et ce, grâce à des présentations sur : les soins spirituels et la planification des congés d'hôpital (par la DSMEU), la procédure concernant les climatiseurs en CHSLD, l'affichage et la sollicitation dans l'établissement, le déploiement de la centrale de répartition des demandes de service, le projet de construction du futur hôpital de Vaudreuil-Soulanges, le projet de centralisation du programme AVQ-AVD, la disponibilité de locaux pour les comités ainsi que les résultats de la visite d'Agrément Canada. L'intérêt des membres pour ces présentations a amené le CUCI à envisager de tenir, à l'avenir, toutes ses rencontres sur une journée au lieu d'une demi-journée.

Le comité a aussi pu profiter de la présence régulière de la répondante de l'établissement, Mélanie Dubé, pour exprimer ses préoccupations. Ainsi, plusieurs sujets ont été abordés lors de ces moments d'échange :

- les menus en CHSLD et leur traduction pour les résidents anglophones;
- l'affichage et la sollicitation dans l'établissement en lien avec la politique sur le sujet;
- le numéro 1 800 fourni par l'établissement pour éviter des interurbains à la clientèle, pour les comités qui le nécessitent;
- le projet de tarification des stationnements;
- les besoins en locaux accessibles pour les usagers;
- le projet de jardin extérieur du Centre d'hébergement de Châteauguay;
- l'inclusion d'information sur les comités dans les pochettes remises aux nouveaux usagers et à leurs représentants en DI-TSA-DP, etc.

Par ailleurs, en plus des activités avec l'exécutif du CUCI, les membres ont participé à plusieurs rencontres : comité de vigilance, comité de gestion de risques, Politique sur le stationnement, Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges, comité pour un environnement sans fumée, Direction des programmes Déficiences, en plus du conseil d'administration pour, entre autres, présenter le rapport d'activités.

Quelques défis et préoccupations ont aussi inquiété les membres cette année. En effet, certains comités sont restés inactifs et, en dépit de la volonté de les soutenir, la situation a évolué très lentement. Aussi, à la suite de la participation à des rencontres du Regroupement provincial des comités des usagers, la dernière ayant porté sur le Cadre de référence relatif aux comités des usagers et aux comités de résidents, de nombreux questionnements et préoccupations d'envergure ont émergé. Le comité se penchera sur ces questions durant la prochaine année.

Plusieurs bons coups du CUCI doivent être soulignés. Notons, entre autres, l'impression de dépliant ayant comme objectif principal de faire connaître l'existence du CUCI aux membres du personnel et de diffuser les coordonnées de l'ensemble des comités de proximité. De plus, quatre conférences d'un notaire portant sur la transmission du patrimoine ont intéressé 200 parents et représentants d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, provenant de l'ensemble de la Montérégie. Par ailleurs, le CUCI est fier de la cohésion obtenue dans la compréhension, par l'ensemble de ses membres, des réalités vécues par les comités des missions des services sociaux versus les missions de santé.

La présidente du CUCI du CISSS de la Montérégie-Ouest a sollicité une rencontre avec les présidentes des CUCI des CISSS de la Montérégie-Centre et de la Montérégie-Est pour tenter d'établir des liens entre ces comités. Le but était de les sensibiliser à la préoccupation du comité concernant l'accès aux services spécifiques, dits de première ligne, pour les usagers relevant de leur CISSS, après un épisode de service spécialisé offert par le CISSS de la Montérégie-Ouest.

Au terme de cette année intense pour le CUCI, des remerciements sont faits aux membres qui poursuivent leur engagement tout en ajoutant ces heures de bénévolat à une vie déjà remplie par leurs activités au comité de proximité qu'ils représentent. Un merci tout particulier à deux membres du comité exécutif, Micheline Tellier et Nicole Marleau, ainsi qu'à Paul St-Laurent pour leur disponibilité et leur participation à plusieurs comités et réunions.

Comité d'éthique clinique (CEC)

Composition du comité

Chantal Bégin, chef de service, soutien gestion de la qualité et des risques DI-TSA et DP, DQEPE

Brigitte Dandurand, travailleuse sociale/superviseure clinique SAD, DPSAPA

Yvan Girard, chef de l'accès aux services, DPSAPA

Louise Harvey, conseillère cadre – qualité de la pratique clinique, DSMEU

Vincent Tam, responsable du comité, adjoint au directeur PHVS - volet soutien à la transformation, DPHVS

Mandat général

Le comité d'éthique clinique assure la réponse aux demandes de consultation en éthique clinique des intervenants et des équipes du CISSS de la Montérégie-Ouest. Se reportant tant aux valeurs organisationnelles qu'individuelles, différentes instances (prestataires de soins de santé, usagers, membres de la famille ou organisations) sont parfois en contradiction à propos des valeurs qui sous-tendent la meilleure décision à prendre dans le cadre d'une prestation de soins et de services. Ce comité soutient ainsi les équipes en préconisant le dialogue comme mécanisme de réflexion nécessaire à la prise de décision et au choix des meilleures actions à accomplir dans un contexte de prestation de soins et de services.

Bilan des activités

Le comité d'éthique clinique a été créé en 2017-2018. Durant cette première année, une offre de service en éthique clinique ainsi qu'un mécanisme pour transmettre les demandes de consultation au CEC ont été diffusés. Un appel de candidatures a été effectué en mai 2017 afin de le constituer. Grâce à la contribution de l'ensemble des directions, il a été possible de créer un comité diversifié et représentatif des différents secteurs de l'organisation. Le rapport de la visite d'Agrément Canada reconnaît d'ailleurs le modèle et l'approche mis de l'avant par l'établissement.

Au cours de l'année, les membres du CEC se sont réunis à cinq reprises pour établir une approche commune et suivre une formation en éthique clinique. Afin de répondre aux demandes de consultation, le comité a été appuyé par le Centre d'éthique de Laval. En tout, 26 demandes de consultation ont été analysées et accompagnées d'un suivi durant cette première année d'activité.



FAITS SAILLANTS DES DIRECTIONS

Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique (DPJASP)

La Politique pour des environnements sans fumée a été adoptée par le conseil d'administration en novembre 2017. L'objectif est de favoriser la santé de toutes les personnes fréquentant les installations du CISSS de la Montérégie-Ouest. Découlant de la Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme, cette politique change les pratiques cliniques et la gestion immobilière tout en suscitant l'implication et la mobilisation de toutes les directions de l'établissement. Cette politique constitue également un levier supplémentaire à la consolidation des conditions qui encouragent chaque personne à se responsabiliser face à l'adoption de saines habitudes de vie.

Issu d'un partenariat entre le CISSS de la Montérégie-Ouest et le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine au sujet de la validation d'un programme d'intervention visant le développement des habiletés parentales pour des parents d'enfants âgés de 6 à 12 ans ayant des comportements perturbateurs, le programme ÉQUIPE se déploie davantage cette année et couvre une plus grande portion du territoire de la Montérégie-Ouest. En effet, forte des résultats d'une recherche qui en démontre les effets positifs, la DPJASP a contribué, depuis avril 2016, à la réalisation de 14 cohortes de parents. Des 380 parents inscrits, 264 ont complété le programme avec un très haut niveau de

satisfaction et des répercussions significatives ont été constatées quant à l'amélioration des comportements de leur enfant. Près de 50 % n'ont requis aucun autre service après la participation au groupe ÉQUIPE. En favorisant le partenariat avec des organismes communautaires et des écoles, le programme s'est déployé à Vaudreuil-Soulanges, à Jardins-Roussillon et au Suroît. À l'automne 2017 ainsi qu'à l'hiver 2018, deux cohortes supplémentaires ont démarré pour expérimenter les volets du programme visant les parents d'enfants âgés de 3 à 5 ans ou d'adolescents. Cette réalisation est le fruit d'un engagement indéfectible et d'une collaboration d'équipe de plus de 30 intervenants qui bénéficient du soutien du personnel d'encadrement clinique et de leurs gestionnaires.

Les investissements reçus du MSSS ont permis de bonifier les services du programme visant les jeunes en difficulté et leur famille. Les 956 173 \$ supplémentaires ont, entre autres, rendu possible l'ajout d'une équipe de réadaptation dans la communauté qui a fortement contribué à offrir des services à 482 jeunes de plus que l'an dernier sur un total de 7 577. Les interventions de cette équipe renvoient à un processus d'aide qui, en se fondant sur la capacité d'adaptation des personnes, vise la reprise ou la poursuite du développement de l'enfant ou du



Les 956 173 \$
supplémentaires ont,
entre autres, rendu
possible l'ajout d'une équipe
de réadaptation dans la
communauté qui a fortement
contribué à offrir des services
à 482 jeunes de plus que
l'an dernier sur un total
de 7 577.



jeune en travaillant à recréer des liens positifs entre celui-ci, ses parents, sa famille et sa communauté. Cette initiative a permis d'atteindre les standards ministériels, plus précisément de donner accès à une première intervention psychosociale dans un délai de 30 jours, et ce, 75 % du temps. Ces investissements ont aussi permis l'ouverture de 4 postes supplémentaires de psychologue.

La dernière année a permis d'uniformiser certains protocoles de soins, des procédures et des ordonnances collectives au pavillon des naissances de l'Hôpital Anna-Laberge et au Centre mère-enfant de l'Hôpital du Suroît. Ainsi, les forces, les compétences et les connaissances du groupe de travail réunissant une omnipraticienne, deux gynécologues, des infirmières en soutien clinique, des gestionnaires des unités de naissance de l'Hôpital Anna-Laberge et de l'Hôpital du Suroît ainsi qu'une conseillère de la DSIEU ont permis de maintenir et d'améliorer la sécurité et la qualité des services. L'harmonisation des pratiques s'est faite en lien avec l'ordonnance collective sur le triage obstétrical, la procédure clinique sur l'automédication pour la clientèle en post-partum, le protocole sur les soins post-partum et postcésarienne et la procédure clinique sur la surveillance fœtale.

Direction des programmes Déficiences (DPD)

La régionalisation du programme Aides à la vie quotidienne et aides à la vie domestique (AVQ-AVD) a vu le jour cette année. En effet, ce programme, qui existait de façon décentralisé dans chacun des trois CISSS de la Montérégie, est désormais chapeauté par le CISSS de la Montérégie-Ouest. Il vise à attribuer des équipements aux personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Ainsi, il fournit un soutien résidentiel aux usagers afin d'améliorer leur autonomie, de réduire l'aide requise à domicile ou de prévenir l'hébergement tout en facilitant leur intégration dans leurs différents milieux de vie. La régionalisation du programme génère plusieurs bénéfices pour cette clientèle, dont un processus d'accès unique simplifiant le travail des professionnels. Aussi, elle assure le respect du guide de gestion de ce programme conformément à l'attente ministérielle de procéder à la mise en commun des ressources financières et matérielles et d'assumer la reddition de comptes pour l'ensemble des réseaux locaux de services (RLS) de la Montérégie.

Le plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022 s'est déployé sur l'ensemble du territoire de la Montérégie alors que des investissements ont été réalisés autant dans les programmes spécifiques, dits de première ligne, que dans les programmes spécialisés, dits de deuxième ligne. En tout, ce sont 44 nouveaux postes d'intervenants qui ont été créés, dont près de la moitié au programme 0-5 ans. Les résultats sont très positifs : le délai moyen d'attente chez les moins de 5 ans est passé de 140 jours l'an dernier à 90 jours cette année. Aussi, des mesures de soutien spécialisé intensif dans le milieu pour 12 usagers ont été mises en place et une augmentation globale du nombre d'usagers desservis a été remarquée. Le déploiement de ce plan a également permis de rehausser les allocations directes pour 200 familles et d'en rejoindre 675 nouvelles.

Les résultats sont très positifs : le délai moyen d'attente chez les moins de 5 ans est passé de 140 jours l'an dernier à 90 jours cette année.

Un projet d'envergure a rejoint l'ensemble des usagers de la DPD au cours de l'année. En effet, la direction a procédé à l'implantation de l'offre de service structurée par programmes. Visant à uniformiser les services et les interventions sur tout le territoire, cette nouvelle configuration est basée sur les meilleures pratiques et les données probantes. L'objectif est de mieux agencer les interventions et de les adapter le plus possible aux besoins des usagers. Pour ce faire, des ententes syndicales ont été signées avec quatre instances et plusieurs outils ont été créés pour faciliter la transition du personnel et des gestionnaires.

Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA)

Les services en soutien à domicile ont connu un rehaussement notable cette année alors que l'approche a été ajustée en fonction des besoins de la clientèle. Ces services donnent la possibilité aux usagers de demeurer dans leur milieu de vie, de façon sécuritaire, et ce, même lorsque les besoins sont très importants. Ceci permet, entre autres, de réduire les présences aux urgences, ainsi que d'évaluer les conditions des usagers ou de les diriger vers un milieu mieux approprié à partir de leur domicile, s'il y a lieu. Ces services offerts 24 h, 7 jours sur 7, nécessitent un travail de collaboration avec les résidences pour personnes âgées, les ressources intermédiaires, les ressources de type familial et les organismes communautaires. Des investissements supplémentaires favoriseront une récurrence du projet, une plus grande stabilité dans les équipes de même que la création de nouveaux postes. Les avancées de ces services sont remarquables. Découlant du projet organisationnel Destination Milieu de vie, l'assise principale des actions et de la philosophie d'intervention a comme objectif de s'assurer que la personne âgée habite au bon endroit pour maximiser son autonomie.

La bonification des soins d'hygiène en CHSLD a été le fruit d'une collaboration entre plusieurs directions. Pour y arriver, la direction de l'établissement a procédé à l'inventaire des besoins de la clientèle hébergée (habitudes de vie, souhaits, contraintes) et à la rénovation de locaux, et a fait l'acquisition d'équipements médicaux. L'implication du personnel a été remarquée et se révèle essentielle à la réussite

du projet, surtout dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre. Ainsi, des ententes ont été conclues avec les syndicats. Le déploiement complet et la réorganisation du travail requise se poursuivront au cours de l'année 2018-2019.

Les outils de cheminement cliniques informatisés (OCCI) ont été implantés durant la dernière année au sein de l'établissement. Le Gouvernement du Québec a annoncé un investissement de 8 M\$ pour rendre disponibles ces outils partout au Québec et ainsi doter les intervenants qui offrent des services à domicile d'outils informatiques leur permettant d'échanger avec les systèmes d'information en temps réel, directement à partir du domicile des usagers. Les OCCI favorisent aussi une évaluation plus systématique et soutenue par des données probantes, un meilleur échange de l'information clinico-administrative et une connaissance approfondie des parcours de soins et de services de l'utilisateur. Ce déploiement provincial n'aurait pu voir le jour sans la contribution importante des équipes et des gestionnaires des directions Soutien à l'autonomie des personnes âgées et Déficiences (DI-TSA-DP) du CISSS de la Montérégie-Ouest, qui ont participé à l'expérimentation du projet pilote et à la conception des OCCI avec, entre autres, le Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke. Le MSSS a reconnu l'importance de la contribution du CISSS de la Montérégie-Ouest dans la conception des OCCI et leur déploiement sur le plan provincial.

« ... ces services donnent la possibilité aux usagers de demeurer dans leur milieu de vie, de façon sécuritaire, et ce, même lorsque les besoins sont très importants. »

Direction des programmes Santé mentale et Dépendance (DPSMD)

De nouvelles équipes d'intervention pour les personnes ayant un trouble de santé mentale grave ont vu le jour en 2017-2018. En effet, la consolidation de l'offre des services de suivis intensifs dans le milieu (SIM), le développement du soutien d'intensité variable (SIV) et le *Flexible Assertive Community Treatment* (FACT – service d'intensité modulable selon les besoins de la clientèle) permettent d'offrir des services de proximité sur l'ensemble du territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest, que ce soit en milieu urbain ou rural, pour les populations vulnérables. Les services se déploient le plus près possible de l'environnement naturel de la personne alors qu'elle est accompagnée dans ses activités quotidiennes (épicerie, prise de médicament, etc.). Cet ajout permet déjà de rejoindre plus de gens sur notre territoire en raison d'une meilleure couverture géographique et d'une plage horaire élargie. Aussi, un nouveau programme d'interventions lors de premiers épisodes psychotiques (PIPEP), pour les populations aux prises avec une problématique de santé mentale et âgée de 14 à 35 ans, a été mis en place. Son implantation a été réalisée en étroite collaboration avec le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM). Les investissements du MSSS ont servi à ces améliorations significatives de l'offre de services en santé mentale pour la population de l'ouest de la Montérégie.

Le leadership du CISSS de la Montérégie-Ouest en matière de cyberdépendance au Québec a été reconnu cette année. En plus de participer à un

groupe de travail ministériel sur le développement de l'offre de service en cyberdépendance, l'établissement a réalisé un projet pilote d'implantation d'un continuum de services spécifiques (1^{re} ligne) et spécialisés (2^e ligne) sur le territoire de Jardins-Roussillon sous le thème: Services offerts à l'adolescent et à sa famille aux prises avec une utilisation problématique de l'Internet (UPI). La participation à titre d'expert à plusieurs émissions radiophoniques telles qu'*Isabelle* avec Isabelle Maréchal et *Midi Info* avec Michel Auger confirme la reconnaissance de l'expertise de l'établissement en cette matière.

Le printemps 2017 a été marquant pour plusieurs habitants de la région de Vaudreuil-Soulanges qui ont subi l'inondation de leur demeure. Dès les premiers jours, le CISSS de la Montérégie-Ouest s'est mobilisé et est devenu une partie prenante importante dans le soutien offert aux personnes touchées. En effet, dès le début de la crise, des intervenants psychosociaux de toutes les directions ont rapidement sillonné les rues des villes touchées afin de faire l'évaluation des besoins des résidents et d'offrir de l'aide personnalisée selon leur situation. Au total, près de 150 intervenants ont été mobilisés alors qu'au plus fort des inondations, les deux autres CISSS de la Montérégie ont également fourni des ressources pour renforcer l'aide aux sinistrés. Bilan : les professionnels ont réalisé 624 interventions et 213 sinistrés ont ainsi été rejoints.

Au total, près de 150 intervenants ont été mobilisés alors qu'au plus fort des inondations, les deux autres CISSS de la Montérégie ont également fourni des ressources pour renforcer l'aide aux sinistrés.

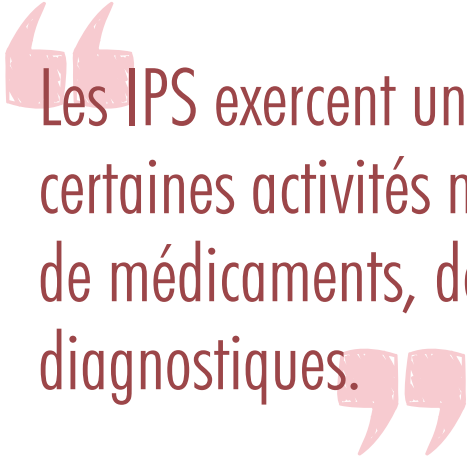
Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers (DSIEU)

Les différentes réalisations des agents de suivi multiprogramme (ASMP) ont permis d'améliorer et de maintenir tangiblement la qualité des soins dans les unités. Le rôle des ASMP est de développer les compétences et d'offrir du soutien par les pairs. Ce modèle favorise l'intégration des connaissances vues en formation, le développement continu des compétences et une pratique collaborative où les solutions émanent du terrain. Ce sont 27 infirmières des trois milieux hospitaliers de la Montérégie-Ouest qui sont libérées régulièrement pour offrir leur soutien clinique. La reconnaissance des collègues et des gestionnaires à leur égard a insufflé un

sentiment de fierté et d'appartenance à leur milieu de travail en plus de créer un nouveau réseau de pratique. Ce projet a été lauréat du concours des Prix Inspiration 2017 du CISSS de la Montérégie-Ouest dans la catégorie La sécurité avant tout. Il est également parmi les quatre dossiers finalistes 2018 des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux dans la catégorie Sécurité des soins et services, et sa candidature a été soumise au concours Innovation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).



L'équipe d'ASMP reconnue dans le cadre des Prix Inspiration du CISSS de la Montérégie-Ouest, en octobre 2017 – catégorie La sécurité avant tout.



Les IPS exercent une pratique avancée et peuvent accomplir certaines activités médicales telles que des prescriptions de médicaments, des traitements médicaux et des examens diagnostiques.

Le développement des équipes d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) a suivi son cours cette année. Les IPS exercent une pratique avancée et peuvent accomplir certaines activités médicales telles que des prescriptions de médicaments, des traitements médicaux et des examens diagnostiques. En complémentarité et en partenariat avec les médecins, elles facilitent l'accessibilité de nos usagers, notamment aux services spécifiques (1^{re} ligne). Cette équipe, qui est en constante évolution, est présentement composée de 20 IPS pour un objectif de 86 d'ici 2025. Il s'agit d'une pratique élargie visant la promotion de l'accessibilité, dont la prise en charge des maladies chroniques en collaboration avec le médecin partenaire. D'autres champs de pratique, en centre d'hébergement et en santé mentale, sont en développement. Un leadership régional et provincial est exercé et l'établissement a procédé à la mise en place d'une communauté de pratique organisationnelle.

Un programme de mobilité et de stimulation à la marche ayant pour objectif d'éviter les pertes fonctionnelles chez nos usagers hospitalisés a été mis en place dans les trois hôpitaux de l'établissement. Une mobilisation précoce et constante permet de prévenir les effets néfastes d'un séjour à l'hôpital sur l'autonomie des aînés (MSSS, 2011), dont le déclin fonctionnel, les chutes, les plaies de pression, la dénutrition, le délirium ainsi que le recours aux mesures de contrôle. Des interventions systématiques et concertées visant l'augmentation de la mobilité des usagers âgés à l'urgence et dans les unités sont des moyens simples et efficaces de travailler sur la problématique et de favoriser un retour rapide dans le milieu de vie. Pour assurer la sécurité de l'usager et éviter des blessures, sa capacité de mobilisation doit être connue des équipes de soins. Pour ce faire, une fiche d'identification visuelle remplie à l'urgence, qui suit l'usager dans les unités, a été créée. Celle-ci indique le niveau de mobilité de la personne à l'aide de pictogrammes, assurant ainsi un bon continuum de services. De plus, contrairement aux déclarations de plaies et de chutes, qui sont des indicateurs de conséquence, le pourcentage d'usagers ayant participé à l'activité de marche est un indicateur d'activité de l'unité; donc un indicateur très positif qui reflète le travail accompli.

Direction des services professionnels et de l'enseignement médical (DSPEM)

Une collaboration médicale accrue a permis la réalisation des chirurgies oncologiques dans une période inférieure ou égale à 28 jours. Dans 89,7 % des cas, les usagers en attente d'une telle chirurgie ont été opérés dans ces délais alors que l'an dernier, le taux atteignait 75 %. Cette amélioration significative n'aurait pu être possible sans un travail étroit entre le personnel médical et le personnel clinico-administratif. Les équipes ont fait preuve d'une grande rigueur dans le suivi hebdomadaire des listes d'attente. Aussi, ce sont 500 chirurgies de plus qui ont été pratiquées en 2017-2018 comparativement à l'année dernière, grâce à l'optimisation des activités au bloc opératoire d'Ormslow à l'Hôpital Barrie Memorial et à une excellente collaboration médicale. Il y a donc là une meilleure accessibilité aux soins, toujours au bénéfice des usagers.

les usagers par rapport aux services spécifiques (1^{re} ligne). Ce travail a été fait en collaboration avec les cliniques médicales de la Montérégie-Ouest, qui ont très bien répondu à l'appel. Une formation a été proposée aux équipes impliquées et de l'information a été diffusée auprès des usagers afin de les inciter à consulter d'autres ressources que l'urgence pour des cas non urgents. Ce projet a permis l'amélioration des indicateurs de la démarche vers les cibles ministérielles souhaitées.

Par ailleurs, le Service de pharmacie a procédé à l'harmonisation de la flotte des cabinets automatisés décentralisés (chariots de distribution informatisés de médicaments) pour l'ensemble de l'établissement. Cette nouvelle technologie augmente la qualité et la sécurité des soins, en assurant

“Aussi, ce sont 500 chirurgies de plus qui ont été pratiquées en 2017-2018 comparativement à l'année dernière, grâce à l'optimisation des activités au bloc opératoire d'Ormslow à l'Hôpital Barrie Memorial et à une excellente collaboration médicale.”

La réorientation vers un GMF ou une clinique médicale des P5 (priorisation non urgente) répondant à des conditions cliniques ciblées a entraîné une utilisation optimale des services d'urgence et des cliniques médicales. En effet, l'usager qui reçoit cette cote, qui répond aux critères de réorientation et qui accepte d'être réorienté se voit maintenant offrir un rendez-vous dans un délai de 24 h dans l'un des GMF ou dans une clinique partenaire, évitant ainsi l'attente à l'urgence. La mise en place d'un processus de retour à l'urgence, si nécessaire, a aussi été déployée. Il s'agit d'un changement de culture pour

de manière électronique que les médicaments distribués sont les bons, diminuant ainsi les risques d'erreur humaine. L'utilisation du code à barres est maintenant effective pour la vérification des doses provenant de la pharmacie et qui sont servies dans les unités de soins lors de la livraison quotidienne. De plus, les services pharmaceutiques offerts aux usagers traités en oncologie ont été rehaussés à l'Hôpital Anna-Laberge ainsi qu'à l'Hôpital du Suroît. Enfin, les services pharmaceutiques en soins de longue durée ont débuté.

Direction des services multidisciplinaires et de l'enseignement universitaire (DSMEU)

Grâce à la collaboration entre la DSMEU, la DPD et une équipe de recherche ayant développé une expertise auprès d'enfants présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA), le CISSS de la Montérégie-Ouest a obtenu une subvention du ministère de l'Économie, de la Science et de l'Innovation pour mener un projet de recherche visant l'évaluation de la mise en œuvre d'un soutien technologique dans l'intervention auprès d'enfants présentant un TSA. Ce projet novateur servira à évaluer l'efficacité d'un nouveau soutien technologique à l'aide d'applications conviviales pour offrir des services à ces jeunes. Si les résultats de l'évaluation en situations réelles sont positifs, ils pourraient mener à une réduction importante des coûts associés à la dispensation des services, réduire les délais d'attente pour accéder à ceux-ci, tout en optimisant les apprentissages des usagers. Ce projet prometteur témoigne de la reconnaissance de l'expertise des équipes en place.

Depuis l'automne 2017, les usagers de l'urgence ainsi que ceux hospitalisés à l'Hôpital du Suroît ont accès à un physiothérapeute sept jours par semaine. Un rehaussement de l'équipe et une réorganisation du travail ont permis de réaliser ce projet pensé dans une perspective orientée vers l'utilisateur et ayant des impacts très positifs pour celui-ci. La durée de séjour dans un lit de courte durée a été réduite, puisque l'utilisateur a désormais accès la fin de semaine aux services de physiothérapie. Aussi, cela assure une continuité des services afin que l'utilisateur soit pris en charge dès son arrivée à l'urgence, et ce, sept jours par semaine, pouvant ainsi éviter une hospitalisation. Le projet, déjà implanté dans d'autres hôpitaux avec des résultats positifs, est appuyé sur des données probantes et fait état des meilleures pratiques.

Dans le cadre des travaux liés à l'implantation du continuum accident vasculaire cérébral (AVC), le CISSS de la Montérégie-Ouest a reçu, en août dernier, une demande du MSSS pour gouverner et mettre en place une Table régionale de coordination AVC. Ce continuum vise six phases, passant

“ La durée de séjour dans un lit de courte durée a été réduite, puisque l'utilisateur a désormais accès la fin de semaine aux services de physiothérapie. ”

par la sensibilisation du public, l'hospitalisation, la réadaptation et le retour dans la communauté. Cette gouvernance régionale favorise non seulement l'organisation de services harmonisés, ainsi qu'une équité pour la clientèle montréalaise, mais aussi le partage d'expertises et de bons coups. Le mandat principal touche la planification et l'organisation régionale des services en AVC, conformément aux actions prévues dans le plan de mise en œuvre 2016-2018. L'objectif de la Table est d'assurer une représentativité des trois CISSS de la Montérégie, ainsi que des représentants des phases du continuum identifiés dans le plan. Ce vaste projet témoigne lui aussi de la reconnaissance de l'expertise de l'établissement sur le plan régional et donne à l'organisation un positionnement et un rayonnement enviables. Il est à noter que le projet FORCES Innovation pour l'organisation des soins et services de proximité en accident vasculaire cérébral, qui vise la réduction du temps d'attente pour les usagers entre les services aigus et la réadaptation fonctionnelle intensive, est parallèlement étudié par la direction.

Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE)

Le CISSS de la Montérégie-Ouest maintient son statut d'agréé auprès d'Agrément Canada. En effet, à la suite de la visite de l'automne 2017, les résultats de l'établissement sont de 93% de taux de conformité aux 2 274 critères de qualité ainsi que de 80% de réussite aux tests des pratiques organisationnelles requises. Cette démarche a demandé une imposante logistique. En tout, ce sont plus de 75 gestionnaires et employés qui ont été affectés au soutien de l'organisation de cette tournée des lieux. Les 11 visiteurs se sont rendus dans 34 de nos installations dans les secteurs de la santé physique (hôpitaux-CLSC) et de la réadaptation (DI-TSA-DP). Plus de 40 rencontres ont eu lieu avec diverses parties prenantes, dont les membres du conseil d'administration, les gestionnaires, les employés, ainsi qu'avec la clientèle. À la fin de la visite, une séance synthèse d'Agrément Canada visant à faire part des résultats préliminaires a été diffusée en direct à l'Hôpital Anna-Laberge ainsi que par visioconférence dans 12 de nos installations afin de permettre à tous les employés d'y assister. Déjà en place pour un autre cycle de 2018 à 2023, l'assurance de qualité est une démarche qui se fait en continu!

Des investissements pouvant se traduire par une augmentation des volumes de services fournis, des ajouts d'intervenants ou des réductions de délais, ont donné cours à une reddition de comptes rigoureuse exposant les retombées concrètes pour notre clientèle. Un travail de collaboration avec la Direction des ressources financières a permis de suivre le développement des services. La qualité des données étant la base d'une meilleure prise de décision, elle permet d'objectiver les résultats de nos actions et de corriger le tir pour ajuster l'offre de soins et de services.

Le système de gestion par salle de pilotage a continué d'être utilisé cette année. Différent du modèle de gestion habituel de par son dynamisme, ce système favorise une compréhension commune des projets et des objectifs organisationnels. Il garantit

« Après deux ans, la plus importante retombée de ce système s'est concrétisée, soit la participation concrète des employés à l'atteinte des objectifs organisationnels. »

aussi une communication bidirectionnelle où tous les acteurs sont mis à contribution pour assurer la pérennité de bons résultats dans l'amélioration des soins et des services. Au lieu de simplement utiliser un outil de gestion, tous sont invités à prendre part à l'amélioration des pratiques de l'organisation en proposant des solutions. Trois niveaux existent : la salle stratégique (comité de direction), les salles tactiques (chaque direction) et les tableaux opérationnels (dans les équipes). Durant la dernière année, près de 20 animations en comité de direction, assurées par le PDG, ont aidé à prioriser des projets en lien avec les cibles attendues. Après deux ans, la plus importante retombée de ce système s'est concrétisée, soit la participation concrète des employés à l'atteinte des objectifs organisationnels. Animées une fois par mois, les salles tactiques bénéficient du soutien des agents d'amélioration continue. La Direction générale a aussi fait la visite de certaines salles tactiques commençant le GEMBA (aller voir sur le terrain). Près de 70 tableaux opérationnels ont été déployés dans les services du CISSS, où l'implication des employés dans l'identification des problématiques et la recherche de solutions contribuent à l'amélioration continue des façons de faire.

Direction des services techniques (DST)

L'établissement a terminé l'inspection technique de l'ensemble de ses bâtiments cette année. L'opération, qui s'est déroulée sur trois ans, a été complétée en collaboration avec des firmes d'architecture et de génie. En tout, on compte 65 bâtiments pour lesquels une liste des besoins en travaux de maintien d'actifs a été émise. Celle-ci constitue un outil essentiel pour planifier les travaux à effectuer et ainsi assurer le maintien du parc immobilier dans un état optimal. D'ailleurs, une augmentation importante des travaux est prévue dans les prochaines années. L'enveloppe budgétaire concernant la résorption du déficit de maintien des actifs a été augmentée de 8,5 M\$ en 2017-2018. Ces travaux visent le maintien des bâtiments en bon état, l'amélioration de la sécurité et des conditions d'hébergement pour les usagers ainsi que l'amélioration du milieu et des conditions de travail du personnel.

Les services techniques ont procédé à l'harmonisation des processus d'alerte internes, incluant l'unification d'un numéro d'urgence et d'un code de couleur à travers les installations de l'établissement. Une structure de réaction en mesures d'urgence a aussi été implantée dans les installations de notre mission hébergement et se poursuit en résidences à assistance continue (RAC) et dans les hôpitaux. L'objectif est que les employés réagissent adéquatement lors d'une situation d'urgence par une prise en charge appropriée de la clientèle. En tout, plus de 2 000 employés et gestionnaires ont été formés, notamment sur les étapes à suivre lorsqu'un incendie survient (code rouge) ainsi que lors d'une évacuation (code vert). Les nouveaux employés le seront au moment de leur journée d'accueil.

En tout, plus de 2 000 employés et gestionnaires ont été formés, notamment sur les étapes à suivre lorsqu'un incendie survient (code rouge) ainsi que lors d'une évacuation (code vert).

Par ailleurs, la DST a coordonné les mesures d'urgence et de la sécurité civile en lien avec les inondations du printemps 2017. Un réel esprit d'équipe a amené l'ensemble des directions du CISSS de la Montérégie-Ouest à mettre l'épaule à la roue. En effet, chacune des directions ayant des intervenants pouvant participer à l'aide aux sinistrés a déployé du personnel sur le terrain. Cette situation a démontré à quel point la collaboration, qui est l'une des valeurs de l'organisation, est réellement ancrée au sein du personnel, qui a su fournir des efforts exceptionnels dans ce contexte plutôt inhabituel.

L'application de la Politique de gestion des parcs de stationnement a été un projet d'envergure cette année et a exigé une immense capacité d'adaptation au changement. Plusieurs publics étaient visés, dont les utilisateurs à la fois internes (personnel, médecins, stagiaires, étudiants, bénévoles) et externes (visiteurs, usagers, proches aidants, utilisateurs fréquents), d'où l'importance de la coordination technique et de la fréquence des communications à émettre. D'avril à septembre 2017, une équipe de la Direction des services techniques s'est déplacée dans plusieurs installations afin d'y tenir des kiosques d'information. En conformité avec les directives du MSSS, l'implantation de la tarification devait s'effectuer en cours d'année. Des rencontres sous forme d'instances consultatives

ont eu lieu à l'automne 2016 avec les divers syndicats, des lettres d'information ont été envoyées et des séances de discussion se sont tenues avec les municipalités du territoire en cours d'année. Aussi, un groupe de travail a été formé pour se pencher sur la clientèle vulnérable et les usagers fréquents. En tout, plus de 70 horodateurs ont été érigés. Cette nouvelle technologie permet d'utiliser le même permis de stationnement d'une installation à une autre pour la même période déjà payée, et de payer ou d'ajouter du temps sans se rendre à l'horodateur grâce à une application mobile. Les revenus sont utilisés pour l'entretien des parcs de stationnement et la création d'un fonds vert qui servira à des initiatives de développement durable.



L'équipe dédiée aux mesures de rétablissement des sinistrés de notre CISSS.

Direction de la logistique et des ressources informationnelles (DLRI)

La planification du transfert des effectifs des ressources informationnelles du CISSS de la Montérégie-Ouest vers le CISSS de la Montérégie-Centre s'est effectuée en cours d'année. En effet, à compter du 1^{er} avril 2018, l'ensemble des équipes des RI des trois CISSS de la Montérégie se sont regroupées pour créer la nouvelle Direction des ressources informationnelles en Montérégie (DRIM). Ce nouveau partenariat montréalais présente plusieurs avantages, dont une gestion intégrée des ressources humaines, financières et matérielles, une mise en commun pour créer des synergies et accroître la capacité du Service des ressources informationnelles, une utilisation plus optimale de l'expertise afin de soutenir la mission et les activités des trois établissements, et enfin, le rehaussement progressif de l'offre de service en ressources informationnelles, en tenant compte de l'ampleur des besoins actuels et futurs.

L'harmonisation de l'offre alimentaire de la majorité de nos installations a été complétée au 31 mars. Tout au long de l'année, les équipes ont fait en sorte d'offrir aux usagers une diversité de mets. Plusieurs instances ont été consultées avant le déploiement (comité des usagers, employés, comité des résidents et usagers). Par la suite, elles ont fait connaître leur appréciation de la nouvelle offre. En tout, 83 mets différents ont été élaborés. Le but du projet était de proposer une offre alimentaire saine, sécuritaire et améliorée, qui répond adéquatement aux besoins des usagers et aux balises nutritionnelles du MSSS. Également, des travaux préliminaires en vue de l'utilisation de chariots chauffants ont été entamés. Un goût amélioré, plusieurs choix de repas et une sécurité alimentaire accrue, voilà l'engagement pris envers nos usagers.

La reprise des activités de transport médical adapté des usagers, à la suite de la faillite de l'un de nos fournisseurs qui offrait auparavant ce service sur le territoire de la Montérégie-Ouest, s'est imposée. En effet, l'organisation a mis en place sa propre centrale de transport, procédant à l'embauche de deux chauffeurs et à l'achat et à la location d'autobus. Ainsi, grâce à une mixité d'offres de services, il est plus facile pour l'établissement de privilégier le choix du transport le mieux adapté aux réels besoins des personnes lorsque le transport d'usagers vers d'autres centres médicaux est nécessaire.

“Un goût amélioré, plusieurs choix de repas et une sécurité alimentaire accrue, voilà l'engagement pris envers nos usagers.”

Direction Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges (DPHVS)

Une équipe dynamique et d'expérience dédiée à la réussite du Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges (PHVS) s'est mise en place cette année. En effet, l'établissement a bonifié sa structure organisationnelle pour créer une direction PHVS, composée d'une équipe de gestion et de plusieurs professionnels. De plus, considérant que la gestion du projet est tripartite entre le CISSS de la Montérégie-Ouest, le MSSS et la Société québécoise des infrastructures (SQI), une structure de gouvernance entre ces instances a été mise en place pour s'assurer de la réalisation du mandat.

Plusieurs étapes importantes ont été franchies cette année dans l'avancement du PHVS. Entre autres, le plan clinique visant à déterminer les besoins de la population pour la Montérégie-Ouest et, par le fait même, les services qui seront offerts dans le futur hôpital a été réalisé. Celui-ci conduit à l'élaboration du programme fonctionnel (PF), lequel vient définir clairement la portée et l'ampleur des besoins fonctionnels et opérationnels du nouvel hôpital. Ces travaux sont réalisés selon une perspective d'amélioration continue, de hauts standards de qualité et une approche de patient-partenaire (patient qui partage son expérience et son point de vue en tant qu'utilisateur). Le PF devrait être terminé à l'automne 2018. La prochaine étape du projet sera donc de finaliser le programme fonctionnel ainsi que l'analyse immobilière pour pouvoir ensuite démarrer les travaux liés au dossier d'affaires.

Les paramètres du projet ont été confirmés le 22 mars dernier à l'occasion d'une conférence de presse. L'hôpital comptera 404 lits et les travaux de construction débuteront en 2022 pour se terminer en 2026. Le projet, dont le coût estimé est de 1,5 G\$, sera financé entièrement par le Plan québécois des infrastructures (PQI) du MSSS.

“L'hôpital comptera 404 lits et les travaux de construction débuteront en 2022 pour se terminer en 2026.”

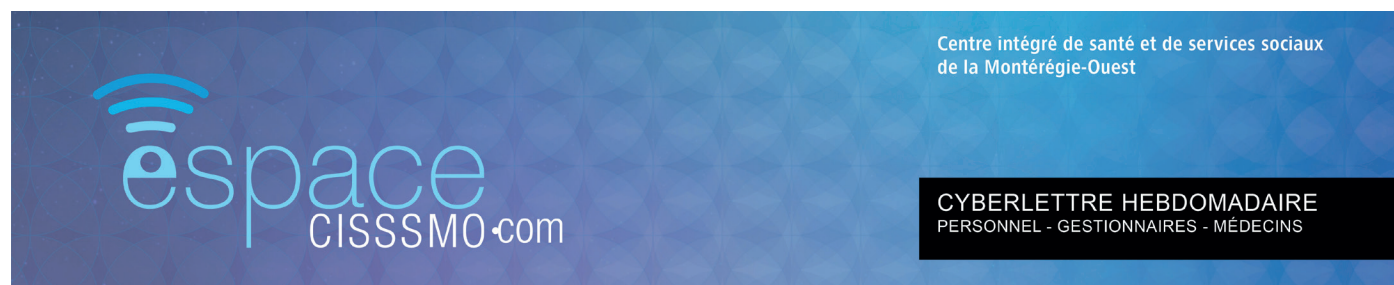
Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ)

Une augmentation significative de l'embauche a eu lieu cette année alors que l'établissement, comme les autres CISSS et CIUSSS du Québec, se trouve en contexte de pénurie de main-d'œuvre. Les difficultés de trouver du personnel qualifié et les énormes besoins de ressources humaines dans toute l'organisation ont constitué et continueront de demeurer un défi de taille. Afin de soutenir le service de la dotation dans son mandat, plusieurs ressources ont été ajoutées à l'équipe. Ainsi, ce sont 1 400 embauches qui ont été réalisées cette année comparativement à 700 l'an dernier. Pour y arriver, le personnel de la dotation a amélioré l'efficacité de ses processus en se tournant vers de nouveaux modes de recrutement, dont le « ciblage » sur les réseaux sociaux et la « chasse de têtes ».

Le mandat de l'implantation de la nouvelle structure par programmes à la DPD est une réalisation collective à laquelle a grandement contribué le Service des relations avec le personnel tout au long de l'année. Ce projet, qui a débuté au printemps 2016, a constitué une étape majeure dans la transformation de l'établissement, touchant près de 20 % des employés. Afin de diminuer les impacts sur le personnel, l'établissement a privilégié la négociation d'ententes avec les syndicats. Les dernières ententes ont été conclues en mars 2018 et elles ont nécessité de nombreuses rencontres.

“ Ainsi, ce sont
1 400 embauches
qui ont été réalisées cette
année comparativement
à 700 l'an dernier. ”

Afin d'avoir des équipes bien informées et de faire de nos employés de bons ambassadeurs, il était primordial que l'information devienne attractive et qu'elle circule de façon fluide dans l'établissement. Les outils et les processus ont donc été revus. Ainsi, une continuité à l'interne assurant l'optimisation de nos communications avec l'ensemble des intervenants de l'organisation a été implantée. Pour ce faire, des cyberlettres envoyées régulièrement aux gestionnaires et à tous les employés de l'organisation ont été créées. Celles-ci limitent la surabondance de courriels dans un contexte de surcharge d'information. Leurs contenus sont dynamisés et concis. Mieux informer nos employés et mieux répondre à leurs attentes sont également des moyens utilisés pour mobiliser et retenir notre personnel.



Visuel de l'entête de la cyberlettre envoyée à tous les employés de l'établissement.

Direction des ressources financières (DRF)

Les travaux de préparation de fusion des bases de données des ressources financières ont débuté cette année. À terme, cette fusion permettra une réorganisation des services financiers ainsi que l'harmonisation des processus. La mise en production d'une base unique de données, qui est prévue pour novembre 2018, facilitera le suivi budgétaire effectué par les gestionnaires.

L'amélioration du suivi de la performance financière a continué. En effet, l'établissement a procédé à l'actualisation de ses budgets et mis à la disposition de ses gestionnaires de nouveaux outils mieux adaptés. Ainsi, plusieurs stratégies ont été implantées pour atteindre l'équilibre budgétaire, dont le leadership des gestionnaires dans l'organisation efficace des soins et des services, la cogestion clinico-administrative et l'optimisation de l'utilisation des nouveaux investissements reçus.

Les travaux qui visent à déployer une structure administrative permettant de suivre les coûts par parcours de soins et services ont été entrepris. Cet exercice s'inscrit dans le cadre plus large du financement axé sur le patient et entraînera, à terme, l'amélioration du suivi de la performance et de l'équité dans l'ensemble des établissements de santé du Québec.

La mise en place d'une fonction d'audit interne s'est actualisée cette année au sein de l'organisation. Le rapport issu du premier mandat d'audit, qui portait sur les contrats pour des travaux de construction, a été déposé en novembre dernier au comité de vérification. Cet exercice sert à s'assurer de la conformité de l'établissement. Les recommandations ainsi que l'application du plan d'action constituent une valeur ajoutée au chapitre du processus de gestion contractuel et de la conformité au cadre législatif en vigueur.

“Ainsi, plusieurs stratégies ont été implantées pour atteindre l'équilibre budgétaire, dont le leadership des gestionnaires dans l'organisation efficace des soins et des services, la cogestion clinico-administrative et l'optimisation de l'utilisation des nouveaux investissements reçus.”



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

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Chapitre III Attentes spécifiques

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation : R = Réalisé à 100 % N. R. = Non réalisée à 100 %	Commentaire
SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)			
Comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN)	Remplir 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	
SERVICES SOCIAUX (DGSS)			
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	
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. On y trouve également une section pour identifier le nombre d'utilisateurs ayant participé au programme.	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation : R = Réalisé à 100 % N. R. = Non réalisée à 100 %	Commentaires
SERVICES SOCIAUX (DGSS) - SUITE			
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	
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité	L'établissement devra remplir et transmettre le PTAAC.	R	
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 remplir et transmettre le bilan de l'implantation des mesures identifiées.	R	
ADDENDA – Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA	Les établissements, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés. Exceptionnellement, le gabarit Excel faisant état des résultats pour le respect des délais d'attente doit être transmis par courriel.	R	
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	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation : R = Réalisé à 100 % N. R. = Non réalisée à 100 %	Commentaires
SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)			
État d'avancement du plan d'action triennal 2016-2019 – Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs	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.	N. R.	Le Plan d'action est en cours de réalisation et sera finalisé en 2018-2019. Dans la foulée de la réorganisation que connaît le CISSS, il n'a pas été possible de réaliser le Plan d'action, d'autant que ce dernier nécessite la collaboration de plusieurs directions. La Direction des services professionnels s'est adjoint la collaboration de la Direction des services multidisciplinaires, dont la capacité est plus grande pour mener à terme la réalisation de ce mandat.
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 du Plan d'action déposé au 1 ^{er} juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS-CIUSSS devra être produit.	R	
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 et 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	
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 et 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	
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	
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	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation : R = Réalisé à 100 % N. R. = Non réalisée à 100 %	Commentaires
FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET (DGFIB)			
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 à apporter dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs+ Réseau.	R	
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	L'établissement participe à la réalisation du Plan de travail national en remplissant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voit à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	R	
COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)			
Sécurité civile	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement sont 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; de développer les compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au sujet de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile; de raffermir les liens de partenariats en sécurité civile.	R	
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	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation : R = Réalisé à 100 % N. R. = Non réalisée à 100 %	Commentaires
COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM) - SUITE			
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 CA de l'établissement. Exceptionnellement, une résolution du CA de l'établissement confirmant la création du comité régional doit être transmise par courriel.		Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique.
Révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	Les établissements recevront à l'automne 2017 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le C. A. et ensuite transmis exceptionnellement par courriel.		Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique.
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	

Chapitre IV Engagements annuels

Légende

- Atteinte de l'engagement annuel à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
SANTÉ PUBLIQUE - INFECTIONS NOSOCOMIALES			
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées à <i>Clostridium difficile</i> (DACD).	100 %	100 %	100 %
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline.	100 %	66,7 %	100 %
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs.	100 %	100 %	N. A.
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse.	100 %	100 %	100 %
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées à <i>Clostridium difficile</i> (DACD) : l'engagement est respecté. 1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline : l'engagement n'est pas respecté. Un des trois hôpitaux du CISSS de la Montérégie-Ouest n'a pas pu respecter le taux établi en raison d'une (1) bactériémie à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline détectée au courant de l'année 2017-2018. Cette information sera amenée au comité d'antibiovigilance et au comité stratégique de prévention et contrôle des infections lors du bilan annuel des activités de surveillance du Service de prévention et de contrôle des infections. La campagne des soins sécuritaires dans l'établissement est en cours de réalisation. 1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs : l'engagement est respecté. 1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse : l'engagement est respecté.			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
SANTÉ PUBLIQUE - INFECTIONS NOSOCOMIALES - SUITE			
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements.	70 %	54,2 %	70 %
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements : l'engagement n'est pas respecté. L'établissement a mis en place une série de mesures afin de remédier à la situation, notamment : - la campagne d'hygiène des mains : diffusion des données et recommandations (campagne évolutive jusqu'à 2020); - les instances consultatives : diffusion des données et recommandations; - la mise à jour du Plan d'action à la suite de la réception des deux rapports; - la tournée (stratégique, tactique et opérationnelle) à l'automne 2018; - la rédaction de la procédure administrative pour les employés qui ne respectent pas les recommandations en lien avec l'hygiène des mains (en collaboration avec les relations de travail) en cours de réalisation; - la finalisation d'un outil convivial d'audit et harmonisation des éléments observés dans le CISSS; - la finalisation d'une base de données pour la saisie des audits; - la création des tableaux de bord (salle de pilotage stratégique, tactique et tableau opérationnel personnalisé); - la planification des audits avec les chefs et les agents multiplicateurs pour les secteurs de la courte et longue durée; - la finalisation de la formation pour les chefs et agents multiplicateurs auditeurs; - l'inclusion des recommandations des visiteurs de l'Agrément en lien avec le processus d'audit en CLSC; - le développement d'un programme de formation continue et d'intéressement des employés; - la planification et évaluation des activités de promotion. L'engagement n'a pu être respecté, notamment en raison de la disparité dans la manière de recueillir les données selon les secteurs. Un exercice est en cours visant l'harmonisation de la pratique dans le Service de prévention et contrôle des infections et il y aura un déploiement dans les autres secteurs ultérieurement. Les données recueillies sont présentement déposées dans les salles de pilotage stratégique, tactique de la Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire. Leur déploiement dans les salles tactiques et les tableaux opérationnels des autres directions sera effectué ultérieurement.			

SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES			
1.03.07.01-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée.	100 %	100 %	100 %
1.03.07.02-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée.	100 %	100 %	100 %
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 et ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14.	85 %	81,9 %	85 %
1.03.07.01-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée : l'engagement est respecté. 1.03.07.02-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée : l'engagement est respecté. 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale : l'engagement est respecté. 1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD et ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14 : l'engagement est respecté à hauteur de 96 %. Le résultat de cet indicateur a baissé au cours de l'année 2017-2018, et ce, pour plusieurs raisons. La pénurie de personnel particulièrement chez les préposés aux bénéficiaires se fait sentir non seulement dans nos établissements, mais également de façon très marquée chez nos partenaires, dont, entre autres, les ressources intermédiaires (RI). Tout comme le CISSS, les propriétaires des ressources intermédiaires ont de la difficulté à recruter du personnel qualifié et à le retenir. Cette situation a amené le CISSS, plus souvent que par les années antérieures, à faire le choix d'orienter en CHSLD des patients avec des profils RI (ex. : profil 9), mais dont les conditions médicales et les besoins physiques complexes n'auraient pas pu être prises en charge de manière sécuritaire par manque de personnel dans les RI. Au cours de la prochaine année, le CISSS prévoit travailler étroitement avec les Ressources intermédiaires pour les soutenir dans leurs démarches en vue de trouver du personnel et ainsi assurer le niveau de service attendu auprès des usagers qui leur sont référés par le CISSS.			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE			
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile avec les différents modes de dispensation de services.	525 664	770 733	650 000
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA).	4 986	4 915	4 986
1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée et ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA).	90 %	86 %	90 %
1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile avec les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14.	515 588	728 966	600 000
1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) et ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14.	3 412	3 285	3 412
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services : l'engagement est largement dépassé, avec un surplus de 245 069 heures. 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) : l'engagement est respecté à 98,5 %. Le non-respect global de cet indicateur est due essentiellement aux difficultés de recrutement pour les nouveaux postes et pour le remplacement du personnel absent. Un plan d'action est mis en place afin de contrer la pénurie de personnel et de réduire le taux d'assurance salaire. Les mesures mises en place permettront d'atteindre la cible convenue avant la fin de l'année 2018-2019. 1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée et ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) : l'engagement est respecté à 95,5 %. Cet indicateur a connu une progression importante au cours de la dernière année. L'implantation des OCCI à travers l'ensemble de l'organisation entre janvier et mars 2018 ainsi que les problèmes de pénurie de personnel nous ont fait prendre un peu de retard par rapport à notre objectif de rattrapage. Cependant, nous sommes confiants que les mesures que nous avons mises en place pour corriger la situation vont continuer de porter fruit et que l'objectif sera atteint et maintenu au cours des prochains mois. 1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14 : l'engagement est largement respecté, soit 213 273 heures de plus. 1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) et ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14 : l'engagement est respecté à hauteur de 96 %. Le non-respect de l'engagement est dû à la pénurie de personnel et au taux d'assurance-salaire élevé. Les plans d'action mis en place devraient permettre l'atteinte de la cible au cours de la prochaine année.			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	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 standard du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS.	90,9 %	86,3 %	93,5 %
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standard du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS.	96 %	83,8 %	96 %
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standard du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS.	97,1 %	96,7 %	97,4 %
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standard 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.	90 %	79,4 %	90 %
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.	70 %	47,4 %	70 %
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA.	133,69	83,13	83,06
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 : l'engagement n'est pas respecté. Pour les services spécifiques en déficience physique, la diminution du respect du taux d'accès est attribuable à un secteur en particulier ainsi que par l'augmentation du nombre de demandes. Des travaux conjoints avec la direction du programme de soutien à l'autonomie de la personne âgée débiteront sous peu afin d'améliorer les processus internes et les rôles et responsabilités qui en découlent. Les travaux ministériels portant sur les services spécifiques et spécialisés DI-TSA-DP viendront également orienter les mesures à prendre. 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 : l'engagement n'est pas respecté. Ce non-respect s'explique principalement par le nombre croissant des demandes de service. Pour la clientèle ayant une déficience du langage, un projet de direction a été mis sur pied pour examiner la problématique du respect du standard d'accès afin de pouvoir trouver des solutions. 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 : l'engagement est respecté à 99,5 %. 1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS : l'engagement n'est pas respecté. Une amélioration est néanmoins observée en 2017-2018, attribuable notamment à l'amélioration pour la clientèle TSA. Que ce soit le Plan d'investissement TSA ou des changements dans nos modalités d'intervention (modalités de groupe), les efforts mis en place ont eu l'effet escompté et les gains devraient se poursuivre dans la prochaine année. Da façon transversale, le Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité et la réorganisation de la direction des programmes Déficiences vers une offre structurée par programmes seront des leviers dans la prochaine année pour mieux suivre et honorer le taux de respect du plan d'accès, et ce, de façon harmonisée. 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 : l'engagement n'est pas respecté. La transition entre l'école et la vie active est un enjeu important pour le jeune et sa famille. Une des difficultés liées à cet indicateur est qu'il comprend des éléments se retrouvant dans les quatre CISSS/CIUSSS du territoire de la Montérégie, incluant une partie de l'Estrie et les organismes communautaires et intersectoriels. Un indicateur interne au CISSS MO est en élaboration (liste d'attente des centres d'activités de jour, milieux du Programme d'intégration au travail et organismes communautaires) afin de suivre en salle de pilotage les éléments qui sont sous le contrôle de l'établissement. Les lignes directrices pour les activités de jour et les travaux portant sur le cadre de référence pour l'organisation des services en DP-DI-TSA viendront également teinter les travaux à effectuer dans la prochaine année. 1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA : l'engagement est respecté.			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
DÉPENDANCE			
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées.	93 %	92,2 %	93 %
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance.	77 %	84,5 %	85 %
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées : l'engagement est respecté à hauteur de 99 %.			
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance : l'engagement est respecté.			

SANTÉ MENTALE			
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère.	580	499	580
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère.	189	255,6	231
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère : l'engagement est respecté à hauteur de 86 %. Nous observons une augmentation significative du nombre de places (plus de 200) en soutien d'intensité variable comparativement à l'année dernière. Cela s'explique par les investissements importants qui ont permis le développement du soutien d'intensité variable institutionnel. Le déploiement de nouvelles équipes en soutien d'intensité variable, les enjeux sur le plan de la dotation et de la durée de la formation nécessaire pour que les intervenants puissent faire leur travail selon les standards constituent des facteurs ayant freiné le respect de l'engagement. Afin d'y remédier, plusieurs mesures sont mises en place. Concernant le soutien d'intensité variable offert par entente, une intervention de soutien est en cours auprès d'un partenaire qui a de la difficulté à respecter ses engagements. En ce qui concerne le soutien d'intensité variable institutionnel, le CISSS maintient ses efforts de dotation dans un contexte de pénurie d'effectifs qualifiés. Enfin, le CISSS poursuit l'implantation des mécanismes de référencement/admissions afin améliorer l'accès au soutien d'intensité variable.			
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère : l'engagement est respecté.			

SANTÉ PHYSIQUE - URGENCE			
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence.	12	19,02	12
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures.	70 %	47,2 %	70 %
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures.	70 %	43,1 %	70 %
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence : l'engagement n'est pas respecté. Plusieurs facteurs expliquent ce résultat, dont l'achalandage qui se maintient à l'Hôpital du Suroît, notamment par les usagers provenant de la région de Vaudreuil-Soulanges. Sur un total de 3 701 visites aux services des urgences des trois hôpitaux du territoire, 1 351 visites ont eu lieu à l'Hôpital du Suroît. De plus, des enjeux de prise en charge médicale à l'hospitalisation pour l'Hôpital du Suroît depuis l'automne dernier ont fait une pression sur la durée moyenne de séjour à l'urgence en attente d'hospitalisation. Néanmoins, plusieurs actions ont été mises en place afin d'atteindre l'objectif d'une occupation à 100 %, ce qui aura un impact sur la durée moyenne de séjour, notamment la durée moyenne de séjour pour la clientèle hospitalisée âgée de 75 ans et plus. À cet égard, en collaboration avec les directions des soins infirmiers, services multidisciplinaires et soutien à l'autonomie des personnes âgées, plusieurs projets sont en cours afin d'atteindre notre objectif. Parmi ces projets, nous citons le projet Destination milieu de vie, qui inclut l'implantation du cadre de référence en matière de planification de congés, l'optimisation des auxiliaires de santé et de services sociaux au SAD et la consolidation des activités associées à l'approche adaptée à la personne âgée. D'autres initiatives tel le rehaussement au soutien à domicile sont des moyens complémentaires d'éviter le recours à l'urgence ou de libérer des lits de manière précoce.			
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures et 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures : les engagements ne sont pas respectés. En concertation avec la première ligne, un projet de réorientation des usagers de catégories P4 et P5 a été implanté pour le secteur Jardins-Roussillon depuis juillet 2017, ce qui a permis de réorienter 1 487 usagers vers les cliniques participantes et depuis avril 2018 pour le secteur du Suroît (du 3 avril au 30 avril, 77 usagers ont été réorientés). Les démarches sont toujours en cours par la coordination de la fluidité du CISSS afin de consolider les liens avec nos GMF, visant ainsi l'atteinte de leurs objectifs de prise en charge et la diminution du nombre d'usagers catégorisés P4 et P5 de nos urgences. Une table de travail multidisciplinaire a été mise en place en janvier 2018, dont les travaux visent à se doter d'un plan d'action exploitant davantage l'offre de services existante pour les médecins de première ligne en vue de contourner l'accès à l'urgence pour certaines conditions cliniques (notamment l'accueil clinique, les ordonnances collectives, la réorientation des P4 et P5, la médecine de jour, etc.).			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
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.	1 100	1 064	1 100
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie.	39	27	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.	32 %	29,8 %	32 %
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile : l'engagement n'est pas respecté. Ce non-respect est principalement dû à la pénurie de personnel disponible. 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie : l'engagement n'est pas respecté en raison d'un manque de médecins disponibles pour la prise en charge. Cependant, les lits sont disponibles et prêts à occuper. La confirmation de l'arrivée de nouveaux médecins dès septembre 2018 va permettre au CISSS de la Montérégie-Ouest de commencer à accueillir des patients et d'augmenter sa capacité d'accueil de 27 à 39 lits tel que prévu, et ce, par l'ajout de 12 lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie au centre d'hébergement de La Prairie. 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 : l'engagement n'est pas respecté. Toutefois, nous assistons à une progression du résultat comparativement à ceux des années précédentes. Le non-respect de l'engagement est principalement dû à la pénurie de médecins pour la prise en charge des soins palliatifs à domicile. Nous espérons que l'arrivée de nouveaux médecins au cours de la prochaine année nous permettra d'atteindre notre cible globale de 32 % au cours de l'année 2018-2019. Il est à noter que notre résultat est parmi les meilleurs de la province.			

SANTÉ PHYSIQUE - SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE			
1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF).	13	15	15
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille.	75 %	76,83 %	85 %
1.09.48-PS Nombre total de groupes de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique).	1	1	3
1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF) : l'engagement est respecté. 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille : l'engagement est respecté. 1.09.48-PS Nombre total de groupes de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique) : l'engagement est respecté.			

SANTÉ PHYSIQUE - CHIRURGIE			
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies.	0	12	0
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier.	90 %	89,7 %	90 %
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier.	100 %	99,7 %	100 %
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies : l'engagement n'est pas respecté. Plusieurs facteurs ont fait obstacle à ce respect, dont notamment l'augmentation du nombre de requêtes que subit un des hôpitaux du CISSS de la Montérégie-Ouest et la priorisation des chirurgies oncologiques et des chirurgies semi-urgentes. Malgré cette situation, un volume additionnel de 779 chirurgies a été réalisé. Cette amélioration est attribuable au virage important qu'ont connu les processus internes de planification réalisés au cours de l'année précédente. Un plan d'action est présentement déployé pour atteindre la cible en 2018-2019, en collaboration avec les chefs clinico-administratifs et les chefs adjoints chirurgicaux et anesthésiques. 1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier : l'engagement est respecté à 99,7 %. L'amélioration constatée du résultat est due à un suivi rigoureux de la part des parties prenantes au mécanisme d'accès à la chirurgie oncologique. 1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier : l'engagement est respecté à hauteur de 99,7 %. L'écart de 0,3 % est associé aux quelques cas d'exceptions et complexes nécessitant une organisation particulière telle la présence de deux spécialistes, principalement en urologie.			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	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.	95 %	91,3 %	95 %
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.	80 %	100 %	90 %
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires.	100 %	100 %	100 %
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies.	90 %	59,6 %	90 %
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries.	90 %	94,2 %	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 %	72,7 %	85 %
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies : l'engagement est respecté à 96 %. Le résultat de 91,3 % est dans les limites du respect de l'engagement et indique une hausse de 3 % comparativement à l'année antérieure. Tous les examens sont effectués dans les délais, seules les interventions dépassent parfois la cible. En effet, nous avons observé une augmentation considérable des références pour les blocs facettaires depuis un an, puisque ce type d'intervention n'est plus effectué dans les laboratoires privés d'imagerie médicale. De plus, le fait que seul l'Hôpital du Suroît offre le service de blocs foraminaux sur la Rive-Sud crée un impact sur les listes d'attente. Le CISSS de la Montérégie-Ouest a ouvert un corridor de service avec un laboratoire d'imagerie médicale à Châteauguay pour les références en arthroscopie, afin de réduire les délais. Nous sommes confiants de respecter l'engagement 2018-2109, d'autant plus que trois nouveaux radiologistes spécialisés en intervention se sont ajoutés à notre équipe médicale. 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques : l'engagement est respecté. 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales : l'engagement est respecté. 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques : l'engagement est respecté. 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires : l'engagement est respecté. 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies : l'engagement n'est pas respecté. Nous constatons une stabilité des résultats cette année comparativement à l'année dernière. À la suite de la nouvelle entente annonçant la gratuité des services d'échographie dans les laboratoires privés d'imagerie médicale, nous avons noté une saturation du marché en raison de l'explosion des références. Les laboratoires d'imagerie ne peuvent plus prendre en charge une partie de notre clientèle. Nous avons donc entrepris les démarches pour l'ajout d'une nouvelle salle d'échographie au site de l'Hôpital du Haut-Saint-Laurent et effectué une réorganisation des horaires en vue d'optimiser l'utilisation de notre quatrième salle ajoutée l'an dernier au site de l'Hôpital Anna-Laberge. Ces actions permettront l'atteinte des cibles. 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries : l'engagement est respecté. L'exercice d'optimisation mis en place à l'Hôpital Barrie-Memorial a permis d'augmenter les volumes d'activité et de réduire les temps d'attente dans les deux autres hôpitaux du CISSS de la Montérégie Ouest. De plus, le financement supplémentaire octroyé par le MSSS pour l'amélioration de l'accès a grandement porté fruits. Nous constatons que le résultat de cet indicateur est passé de 49,1 % à 94,2 % de 2015-2016 à 2017-2018. 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques : l'engagement n'est pas respecté. La hausse de 5,3 % de nos résultats s'explique par la hausse des volumes autorisés par le Ministère à la suite de l'ajout d'un financement nous ayant permis d'augmenter nos heures d'ouverture. Cependant, compte tenu de la pénurie de technologues et des confirmations de financement reçues seulement en juin, nos structures n'ont pu être rehaussées qu'en octobre 2017, soit au retour des vacances estivales, ce qui a ralenti l'atteinte de nos cibles. Nous observons une hausse de 13 % du volume d'entrée des requêtes. Des démarches ont été effectuées auprès des médecins afin de les conscientiser sur la pertinence des références musculo-squelettique en résonance magnétique.			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
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 %
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité : l'engagement est respecté.			

RESSOURCES HUMAINES			
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire.	6,15 %	7,59 %	6,15 %
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires.	2,9 %	3,86 %	2,9 %
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante.	0,92 %	1,66 %	0,92 %
3.01-PS Ratio d'heures en assurance salaire : l'engagement n'est pas respecté. On note une hausse du ratio de 4,8 % par rapport à l'année dernière. La situation s'est stabilisée depuis la période 10 de cette année. La transformation et la réorganisation qu'ont connues certaines directions durant l'année 2017-2018 ont eu un impact sur le personnel. La pénurie de main-d'œuvre dans plusieurs titres d'emploi amène une instabilité dans les équipes de travail et fragilise encore plus ces dernières. Un investissement a été autorisé afin d'ajouter des intervenants dans l'équipe de prévention de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques. De plus, des plans d'action sont en place dans chaque direction ayant un ratio supérieur à la cible afin de le suivre et de trouver les moyens appropriés de le baisser. Ce dossier est suivi dans nos salles de pilotage (stratégique et tactiques). 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires : l'engagement n'est pas respecté. La pénurie de main-d'œuvre déjà présente dans plusieurs titres d'emploi a été exacerbée par le besoin de ressources additionnelles à la suite des investissements annoncés en cours d'année dans certains programmes et services. Ce phénomène s'est ajouté à la hausse de nos absences invalidité ainsi qu'à une demande additionnelle de ressources humaines liée à un achalandage accru dans nos urgences pendant les premiers mois de l'année 2018. Un exercice de rehaussement des structures de postes visant une autosuffisance est en cours dans le cadre des négociations locales (lettres d'entente). D'autres mesures sont aussi en place (ex. : entente catégorie 1 pour le rehaussement des disponibilités en période estivale, garantie d'heures, etc.). 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante : l'engagement n'est pas respecté. Le commentaire sur le taux d'heures supplémentaires ci-dessus est également applicable au taux de recours à la main-d'œuvre indépendante.			

MULTIPROGRAMMES			
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC).	66 %	54,8 %	66 %
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC) : l'engagement n'est pas respecté. Le non-respect de l'engagement est principalement attribuable aux programmes sociaux généraux pour lesquels les professionnels ont été délocalisés vers les groupes de médecine familiale (GMF) durant la dernière année. Toutefois, on constate que l'ajout de professionnels en GMF n'a pas eu pour conséquence une diminution du volume de demandes de services en CLSC tel qu'escompté et cela a conduit à une augmentation du délai de prise en charge. Aussi, des difficultés dans l'efficacité du traitement et de l'analyse des demandes ont aussi été observées dans la mesure où l'équipe du Service d'accueil, d'analyse d'orientation et de référence doit référer vers les services de plusieurs directions. Un chantier de travail se penchera dans la prochaine année sur la révision de l'offre de consultation sociale 0-100 ans (mission CLSC et GMF). L'implantation du chantier ministériel sur l'accès intégré aux services de proximité permettra certainement d'améliorer la procédure d'orientation/référence dans les programmes/services et auprès des principaux partenaires.			



ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

AGRÉMENT

Le CISSS de la Montérégie-Ouest maintient son statut d'établissement agréé.

La première visite du cycle d'agrément, 2015 à 2019, au CISSS de la Montérégie-Ouest a eu lieu du 27 novembre au 1^{er} décembre 2017. Ce sont 11 visiteurs d'Agrément Canada qui ont visité 34 de nos 127 installations.

Résultats :

- 80 % de conformité aux tests des pratiques organisationnelles requises (PORs);
- 93 % de conformité aux critères de qualité.

Forces de notre établissement :

- l'engagement envers la qualité et la sécurité des services;
- les efforts investis dans la coordination et la cohésion des services;
- la rigueur dans la gestion des ressources financières;
- la démarche de transformation organisationnelle;
- les efforts investis dans l'amélioration de l'accès;
- l'engagement des équipes multidisciplinaires;
- les activités de prévention des infections.

Améliorations à apporter :

- implanter le bilan comparatif des médicaments;
- adopter un plan de sécurité des usagers;
- mettre en place une méthode intégrée de gestion des risques;
- adopter un cadre éthique pour le CISSS de la Montérégie-Ouest;
- implanter le partenariat de soins et services (patient-partenaire);
- mesurer l'expérience patient et la satisfaction de la clientèle.

Les travaux pour donner suite aux recommandations émises par Agrément Canada dans son dernier rapport sont en cours. Le CISSS de la Montérégie-Ouest doit transmettre son plan d'amélioration au plus tard au début du mois septembre 2018.

SÉCURITÉ ET QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

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

L'établissement a effectué une sensibilisation à la déclaration des incidents et des accidents lors des séances d'accueil des nouveaux employés. Des formations sur l'utilisation du Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) ont également été offertes de manière périodique par le Service de soutien à la qualité et à la gestion des risques. Des communications au personnel, sous forme de notes de service, ont été réalisées à différents moments de l'année pour rappeler l'importance de la déclaration et pour donner de l'information sur différents sujets (déclaration des événements répétitifs, analyse sommaire par les gestionnaires, etc.). Finalement, des statistiques sur le nombre de déclarations d'incidents et d'accidents ont été transmises aux différentes instances de l'établissement aux fins d'analyse et de prise de mesures correctives.

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

Principaux types d'incidents	2017-2018		
	Nombre	% par rapport à l'ensemble des incidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Événements liés à la gestion des médicaments	706	34,07 %	3,27 %
Problème de retraitement des dispositifs médicaux	283	14,06 %	1,31 %
Test diagnostique (laboratoire)	243	12,07 %	1,13 %

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

Principaux types d'incidents	2017-2018		
	Nombre	% par rapport à l'ensemble des accidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Chutes	7 147	36,90 %	33,09 %
Événements liés à la gestion des médicaments	4 304	22,22 %	19,93 %
Test diagnostique (laboratoire)	3 466	17,90 %	16,05 %

Actions entreprises par le comité de gestion des risques et mesures mises en place par l'établissement

Principaux risques d'incidents et d'accidents

Le comité de gestion des risques a reçu des données statistiques sur les principaux événements indésirables survenus au cours de l'année. À la suite des données sur le nombre de chutes, le comité a émis une recommandation à l'effet de créer un groupe de travail visant à analyser la situation au CISSS de la Montérégie-Ouest en matière de prévention des chutes. Le nombre de chutes avec conséquences a également fait l'objet d'un suivi dans la salle de pilotage de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE).

En ce qui concerne les erreurs liées à la gestion de la médication, le CISSS de la Montérégie-Ouest poursuivra en 2018-2019 l'implantation, commencée en cours d'année, du bilan comparatif des médicaments dans l'ensemble des secteurs visés par la pratique organisationnelle requise d'Agrément Canada.

Aussi, en ce qui a trait aux erreurs liées aux tests de laboratoire et au retraitement des dispositifs médicaux, une analyse a débuté et sera complétée au cours des prochains mois afin de déterminer les mesures à prendre pour réduire leurs fréquences et leurs conséquences sur les usagers.

Les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques ont récemment été révisées de manière qu'il reçoive des rapports plus détaillés sur les principaux événements indésirables qui surviennent au sein de l'établissement. Ces rapports servent à évaluer les événements sentinelles analysés par l'équipe de soutien à la gestion de la qualité et des risques et à émettre des recommandations.

Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales

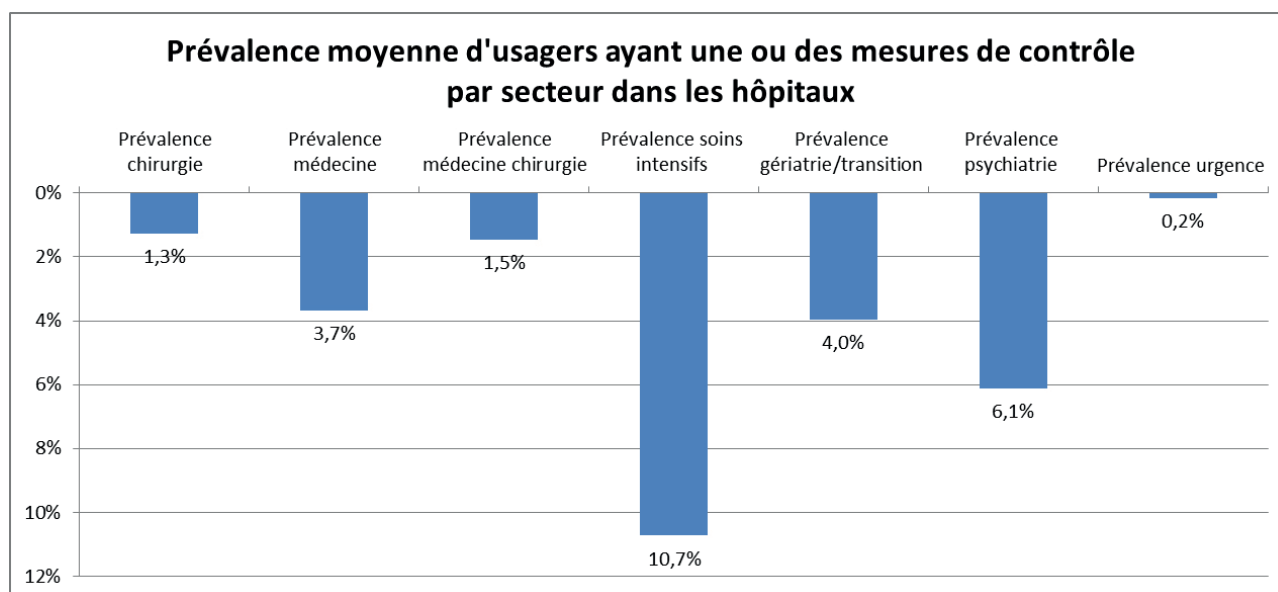
Par ailleurs, aucune recommandation n'a été émise en lien avec la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales et l'établissement n'a fait aucun suivi en cette matière.

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

L'application d'une mesure de contrôle doit demeurer une mesure exceptionnelle et de dernier recours, et ce, seulement quand la personne représente un danger imminent pour elle-même ou pour autrui. Tous les efforts ont été mis en œuvre afin d'éviter qu'elle soit utilisée et l'application de mesures de remplacement a été préconisée. Une mesure de contrôle est appliquée uniquement si aucun autre moyen n'est jugé efficace. Elle exige une surveillance étroite et une réévaluation régulière compte tenu des risques physiques, psychologiques et psychosociaux qui y sont associés.

Centres hospitaliers

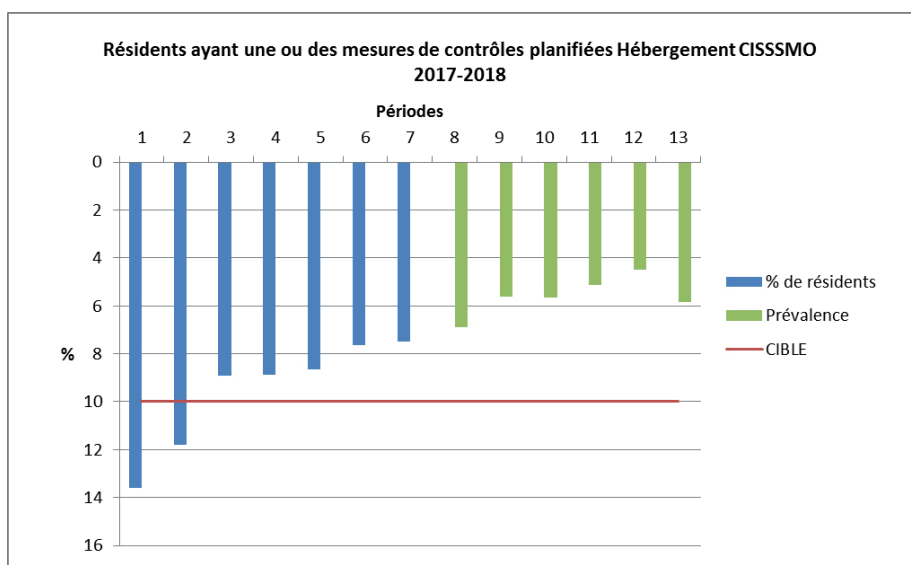
Le type de clientèle et le secteur concerné ont eu une influence sur l'utilisation des mesures de contrôle en centre hospitalier. La prévalence définie par le nombre d'usagers ayant une mesure de contrôle a été l'indicateur utilisé. Dans un portrait englobant les trois hôpitaux de l'établissement (Anna-Laberge, Suroît et Barrie-Memorial), la prévalence moyenne pour l'année a été de 10,7 % aux soins intensifs, de 6,1 % en psychiatrie, de 4 % en gériatrie, de 3,7 % en médecine, de 1,5 % en médecine-chirurgie, de 1,3 % en chirurgie et de 0,2 % à l'urgence.





Centres d'hébergement

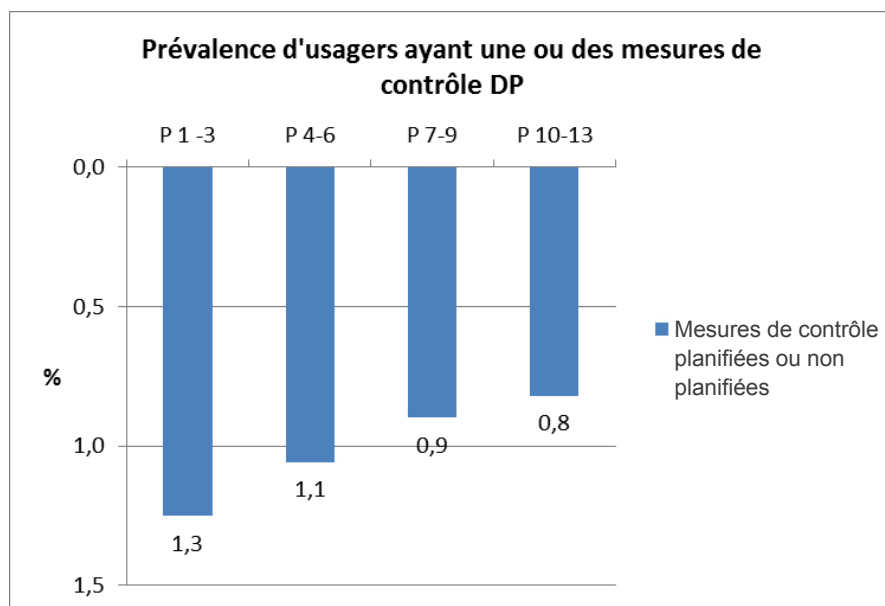
L'histogramme ci-contre représente le cumulatif des 11 centres d'hébergement de l'organisation. Le graphique revêt deux formes, car une légère modification dans la formule a eu lieu en cours d'année. De la période 1 à la période 7, une proportion était calculée alors que la prévalence exacte a été documentée de la période 8 à la période 13. Ce graphique démontre une réduction importante de l'utilisation des mesures de contrôle. L'an dernier, la proportion de résidents ayant eu une telle mesure était de 14,8 % alors que cette année, la prévalence est passée sous la barre des 6 %.



Secteur déficiences

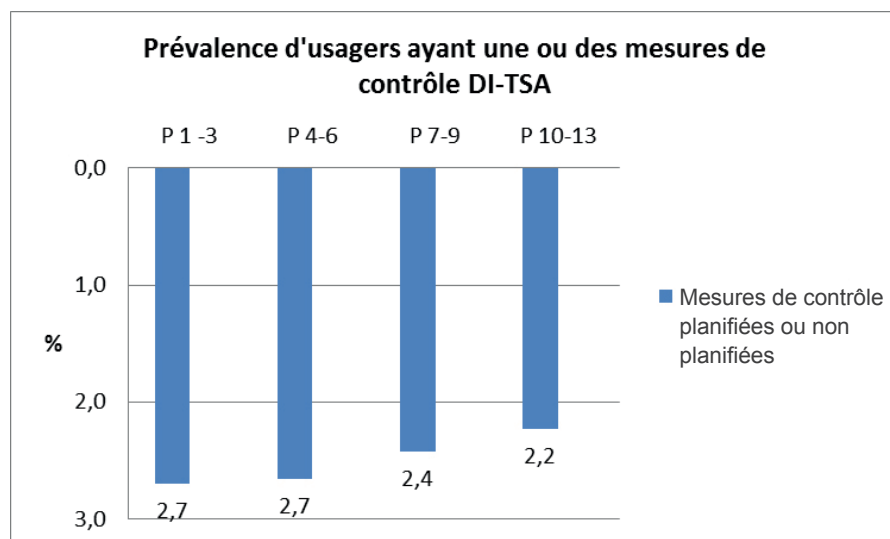
Services spécialisés en déficience physique

Au cours de l'année, 82 usagers sur 7937 ont eu une ou plusieurs mesures de contrôle planifiées ou non planifiées. L'histogramme ci-contre présente la prévalence d'usagers desservis pour lesquels au moins une mesure de contrôle a été appliquée. Une réduction du nombre d'usagers ayant une mesure de contrôle a eu lieu en cours d'année, passant de 1,3% à 0,8%, alors que les résultats étaient stables depuis plusieurs années.

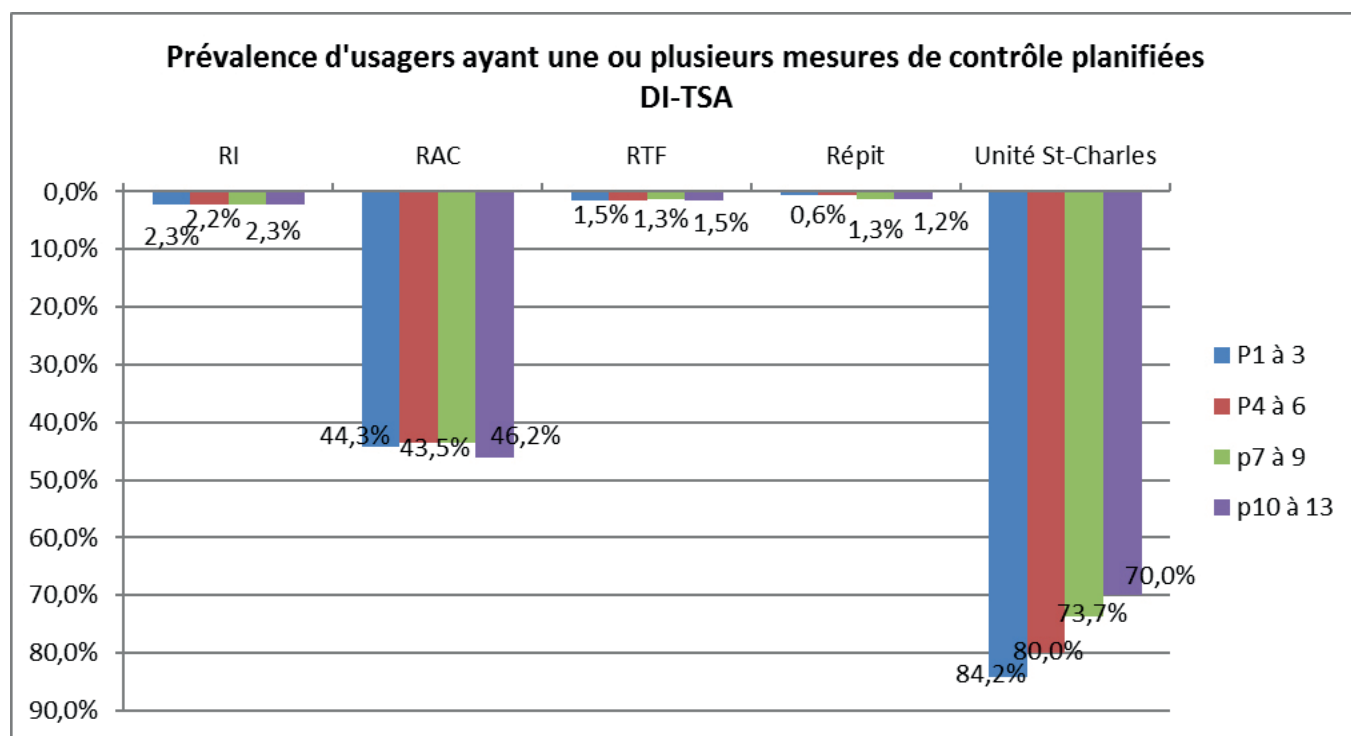


Services spécialisés en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme

Durant la dernière année, 267 usagers sur 7060 ont eu une ou plusieurs mesures de contrôle planifiées ou non planifiées. La prévalence d'usagers desservis pour lesquels au moins une mesure de contrôle a été appliquée est passée de 2,7% à 2,2% en cours d'année.



Environ 24 % des 267 usagers qui ont eu une mesure de contrôle planifiée se trouvaient en résidences à assistance continue (RAC, 108 usagers) ou à l'unité St-Charles (20 usagers). Les RAC hébergent des usagers avec des troubles de comportement ou des troubles graves du comportement et l'unité St-Charles, un milieu ultra spécialisé, héberge les usagers ayant un trouble grave de comportement avec dangerosité, ce qui explique le fait que la prévalence y est plus élevée. Il s'agit donc de près d'un usager sur deux (63 sur 128) dans ces installations qui ont eu une ou plusieurs mesures de contrôle planifiées. Il est toutefois intéressant d'observer une diminution de la prévalence en cours d'année à l'unité St-Charles et des résultats relativement stables dans les autres milieux.



Mesures mises en place par le comité de vigilance et de la qualité ainsi que réponses apportées par l'établissement aux recommandations formulées par les différentes instances

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Les recommandations émises par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services ont été déposées au comité de vigilance et de la qualité. Les thématiques abordées par les recommandations ainsi que les suivis qui ont été réalisés par l'établissement sont les suivants :

- Communication et promotion :
 - planifier une rencontre avec la famille et les employés pour expliquer les conséquences de la pénurie de personnel;
 - collaborer à une séance d'information organisée par la DPSAPA afin d'expliquer aux familles les orientations ministérielles en lien avec les ratios de personnel en CHSLD;
 - transmettre une note de service à l'équipe de soutien à domicile d'un CLSC pour les informer du nouveau corridor de service;
 - élaborer un plan de communication afin de diffuser l'offre de service en inhalothérapie aux partenaires concernés.
- Formation :
 - évaluer les besoins de formation des auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS) en lien avec leurs interventions et communications avec les familles;
 - mettre à jour la formation sur l'évaluation de la douleur chez un usager et faire connaître l'outil visuel à l'ensemble des employés d'un centre d'hébergement.
- Alimentation :
 - mandater un professionnel du CISSS de la Montérégie-Ouest pour réviser les menus et émettre des recommandations visant un centre d'hébergement, le cas échéant.
- Habiletés techniques et professionnelles :
 - élaborer une procédure de collaboration entre les services de soutien à domicile (soins palliatifs) et les CHSLD contractuels en précisant les rôles et responsabilités de chacun;
 - réviser le protocole d'administration de l'ocytocine.

Protecteur du citoyen

Durant la dernière année, le comité de vigilance a été informé des recommandations du Protecteur du citoyen ainsi que de leur application par l'entremise de l'établissement.

Les thématiques abordées par les recommandations ainsi que les suivis qui ont été réalisés sont les suivants :

- Mécanismes de sécurité :
 - transmettre une liste comprenant les coordonnées des RI-RTF avec lesquelles l'établissement détient un lien contractuel, aux services d'incendie municipaux;
 - s'assurer que chaque RI-RTF fournit un avis de conformité émis par un service d'incendie municipal au moment de la signature ou du renouvellement d'un lien contractuel.
- Triage à l'urgence :
 - réviser la règle de soins RSI-6006 (évaluation des usagers au triage de l'urgence) afin que la norme de réévaluation des usagers soit rédigée dans le respect des délais prévus à l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les services d'urgence et en termes suffisamment clairs qui ne laissent place à aucune interprétation.
- Absence de service ou de ressources :
 - rétablir les heures retirées au chèque emploi service d'un usager pour le service d'accompagnement pour les courses à hauteur de 3 heures par semaine et d'aide aux transferts à raison de 30 minutes par semaine, pour un rehaussement total de 3 heures et demie par semaine, le temps d'identifier un partenaire pouvant offrir le service.

Coroner

Au cours de l'année 2017-2018, le Bureau du coroner a transmis trois recommandations à l'établissement :

- à la suite du décès d'un usager causé par une aspiration accidentelle de nourriture, il a été recommandé au CISSS de la Montérégie-Ouest de revoir les détails cliniques de cet accident, en portant une attention particulière à la médication de l'usager;
- dans le cas d'un décès causé par thrombo-embolies pulmonaires aiguës survenu à domicile, il a été recommandé au CISSS de la Montérégie-Ouest de procéder à l'étude de ce dossier par des instances internes compétentes;
- à la suite du décès d'un usager causé par encéphalopathie anoxique secondaire à un arrêt cardiorespiratoire, il a été recommandé au président-directeur général du CISSS de la Montérégie-Ouest de demander que les soins prodigués à cet usager soient passés en revue pour déterminer si l'arrêt cardiorespiratoire qu'il a subi pouvait être évité.

Les trois recommandations ont été transmises au comité d'évaluation de l'acte du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens pour révision.

Autre instance

Il n'y a pas eu de recommandations formulées par une autre instance.

Service de prévention et contrôle des infections

Le rôle du Service de prévention et de contrôle des infections (PCI) consiste à surveiller les infections nosocomiales dans les centres hospitaliers et les CHSLD du CISSS de la Montérégie-Ouest, en plus de contribuer activement à la qualité et à la sécurité des soins. Au cours de l'année 2017-2018, le Service a poursuivi ses travaux d'harmonisation des pratiques afin d'uniformiser le travail fait sur l'ensemble du territoire de l'établissement.

Maintien des activités courantes en PCI

Surveillance et contrôle des infections nosocomiales :

- les surveillances obligatoires (régionales et locales) adaptées selon les épidémiologies locales;
- la gestion des écloisions;
- les consultations cliniques pour l'application des précautions additionnelles et des interventions auprès des usagers et des employés;
- l'audit sur l'hygiène des mains, l'audit environnemental ainsi que l'audit sur les bonnes pratiques en PCI.

Interventions ciblées et recommandations :

- la collaboration avec le Service en hygiène et salubrité afin d'harmoniser les procédures de nettoyage et de désinfection de l'environnement et du matériel de soins;
- la participation aux travaux de construction, de rénovation et de réfection au sein de l'établissement;
- les politiques, les procédures et les recommandations concernant l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections nosocomiales;
- l'élaboration de plans d'action spécifiques selon l'épidémiologie locale;
- la participation active au processus d'Agrément Canada;
- la mise en place d'une campagne régionale d'hygiène des mains, ayant pour thème « **La solution entre vos mains** », en vue de connaître les obstacles à l'application d'une bonne hygiène des mains des travailleurs de la santé (sondage travailleurs de la santé et usagers);
- l'organisation d'un groupe de discussion afin de connaître les obstacles qui incitent à l'application de l'hygiène des mains;
- l'élaboration d'une base de données sur l'adhésion à l'hygiène des mains;
- la participation à divers comités internes et externes;
- la révision de la formation à l'accueil des nouveaux employés;
- l'introduction de nouveaux outils de communication (Info-Noso et Info-éclosion).

En plus de la formation qui est offerte lors de l'accueil des nouveaux employés (et qui est également proposée de façon continue) sur les bonnes pratiques en prévention et contrôle des infections, diverses formations sont données lorsque surgit une problématique dans un milieu (écloisions, nouvelle pratique, etc.).



Affiche diffusée dans le cadre de la campagne régionale sur l'hygiène des mains

PERSONNES MISES SOUS GARDE

Collecte des données pour les personnes mises sous garde dans l'établissement

Tout établissement visé à l'article 6 ou à l'article 9 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001) doit fournir les données suivantes.

	Hôpital Anna-Laberge	Hôpital du Suroît	Hôpital Barrie Memorial	CHSLD d'Ormstown	Total
Garde préventive					
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	218	426	0		644
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	186	355	0		541
Garde provisoire					
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	S. O.	S. O.	S. O.	S. O.	()
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	6	14	0		20
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	6	14	0		20
Garde autorisée					
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	S. O.	S. O.	S. O.	S. O.	197
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	85	106	0	()	—
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	78	91	0	()	—
Tout type de garde					
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1 ^{er} avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de garde auxquels il a été soumis)	204	373	0	()	—

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

EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS

Le rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits sera disponible à : santemo.quebec dès que le rapport du commissaire aux plaintes sera déposé à l'Assemblée nationale par le ministre. Il est possible de joindre le commissaire aux plaintes et à la qualité des services en composant le 450 699-2425, poste 2462, le 1 800 700-0621 ou à l'adresse suivante : insatisfactions-plaintes.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca.

Des formulaires de plaintes sont également disponibles sur santemo.quebec. Il suffit de cliquer sur l'une des pages des quatre anciennes composantes CSSS, dans la section « À propos de nous », onglet Satisfaction et plaintes.

INFORMATION ET CONSULTATION DE LA POPULATION

L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION PERMETTENT À L'ÉTABLISSEMENT DE CONNAÎTRE LE NIVEAU DE SATISFACTION DES USAGERS QUANT AUX SOINS ET AUX SERVICES OFFERTS, ET AINSI DE S'ÉVALUER POUR MIEUX S'AJUSTER, S'IL Y A LIEU.

Le CISSS de la Montérégie-Ouest a informé la population de son territoire grâce aux moyens de communication suivants :

- Le **site Internet** de l'organisation santemo.quebec diffuse les informations relatives aux soins, aux services, aux activités de l'organisation de même que les campagnes de sensibilisation du MSSS. Il est possible pour la population, par les divers liens sur le site Web, de communiquer avec le CISSS pour poser une question ou émettre un commentaire.
- La **page Facebook** de l'établissement fournit à la population des nouvelles ponctuelles sur ses diverses activités. On y diffuse des renseignements sur les mois et les semaines thématiques, les conférences de presse organisées, les formations ou les groupes de discussion offerts à la population ainsi que les offres d'emploi. En tout temps, il est possible d'y poser des questions ou d'y émettre un commentaire.
- Des **communiqués de presse** sont acheminés aux médias pour faire connaître les dernières nouvelles ainsi que les bons coups de l'organisation.
- La population est invitée à participer aux **séances du conseil d'administration**. La section « Conseil d'administration » de son site Internet santemo.quebec donne accès au calendrier de la prochaine séance, à la liste des membres du conseil d'administration, aux ordres du jour et aux procès-verbaux des séances de même qu'au bulletin Zoom *sur le CA*, qui résume les faits saillants des différentes séances publiques. De plus, la population est invitée à la séance publique annuelle. Cet événement est l'occasion pour l'établissement de présenter son dernier rapport de gestion et pour le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, de présenter son rapport de la dernière année.
- L'établissement rend disponibles ses **bulletins électroniques**, espaceCISSMO (nouvelles de l'établissement) et espacePROJETS (nouvelles du projet d'hôpital à Vaudreuil-Soulanges), tant à son public interne qu'à ses partenaires.
- Des **formulaires de satisfaction** sont également distribués dans différentes installations de l'établissement. Ces formulaires permettent de connaître l'opinion des usagers au sujet des services qu'ils ont reçus.
- Le **comité des usagers** du centre intégré (CUCI) voit également à consulter et informer la population au moyen de son assemblée annuelle ainsi que dans le cadre d'activités thématiques relatives à son mandat (LSSS articles 209 à 212). Il est possible de le joindre au 450 699-2425, poste 4794.

Le CISSS de la Montérégie-Ouest a à cœur l'opinion de ses usagers. C'est pourquoi tous les commentaires et questionnements sont les bienvenus afin d'orienter les actions pour améliorer l'expérience clientèle.



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

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

Exercice du 10 décembre 2016 au 9 décembre 2017

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée	496
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée	121
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 389
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs	233
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	33
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	25
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	22
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées	3





RESSOURCES HUMAINES

GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS



“Merci à nos bénévoles qui, jour après jour, nous soutiennent afin que nous puissions offrir des services de qualité à l'ensemble de notre population. Tellement plus grâce à vous!”

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

11045317 - CISSS de la Montérégie-Ouest		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04			2017-04-02 au 2018-03-31	
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nombre ETC	Nombre individus
Personnel d'encadrement	2014-15	704 699	1 803	706 501	388	452
	2015-16	624 097	1 340	625 436	343	441
	2016-17	602 979	1 499	604 478	331	388
	2017-18	562 733	1 277	564 011	309	372
	Variation	(20,1 %)	(29,1%)	(20,2%)	(20,2%)	(17,7 %)
Personnel professionnel	2014-15	2 174 737	4 719	2 179 456	1 210	1 573
	2015-16	2 207 345	4 157	2 211 502	1 228	1 590
	2016-17	2 207 260	3 043	2 210 303	1 228	1 611
	2017-18	2 324 571	4 995	2 329 566	1 295	1 705
	Variation	6,9%	5,8%	6,9%	7,0%	8,4%
Personnel infirmier	2014-15	2 917 920	127 791	3 045 711	1 573	2 156
	2015-16	2 961 867	115 360	3 077 227	1 597	2 158
	2016-17	3 005 257	148 705	3 153 962	1 614	2 201
	2017-18	3 096 664	163 314	3 259 978	1 663	2 338
	Variation	6,1 %	27,8%	7,0%	5,8%	8,4%
Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	6 471 659	120 349	6 592 009	3 500	4 844
	2015-16	6 464 032	107 492	6 571 524	3 495	4 798
	2016-17	6 391 112	140 215	6 531 328	3 458	4 767
	2017-18	6 424 805	167 767	6 592 572	3 476	4 942
	Variation	(0,7 %)	39,4%	0,0%	(0,7%)	2,0%
Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	737 291	8 341	745 632	377	583
	2015-16	716 316	9 453	725 769	366	561
	2016-17	713 917	12 143	726 061	366	590
	2017-18	749 158	15 194	764 352	384	638
	Variation	1,6 %	82,2%	2,5%	1,9%	9,4%
Étudiants et stagiaires	2014-15	23 116	69	23 185	13	69
	2015-16	14 168	27	14 196	8	49
	2016-17	9 307	24	9 331	5	43
	2017-18	13 800	78	13 877	8	48
	Variation	(40,3 %)	12,6%	(40,1 %)	(39,9%)	(30,4%)
Total du personnel	2014-15	13 029 422	263 072	13 292 494	7 060	9 424
	2015-16	12 987 825	237 830	13 225 654	7 038	9 350
	2016-17	12 929 833	305 629	13 235 462	7 003	9 342
	2017-18	13 171 131	352 624	13 524 356	7 136	9 742
	Variation	1,1 %	34,0%	1,7%	1,1%	3,4%

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

* Les données ont été fournies par le MSSS.



RESSOURCES FINANCIÈRES

UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMMES

Répartition par programmes des dépenses du fonds d'exploitation

Activités principales (non-auditées)

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent	
	\$	%	\$	%
Santé publique	8 092 705	1,1	7 929 949	1,1
Services généraux – activités cliniques et d'aide	27 062 816	3,7	22 131 681	3,1
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	134 163 160	18,2	123 324 169	17,3
Déficiences physique	47 802 619	6,5	47 047 899	6,6
Déficiences intellectuelle et TSA	154 887 261	21,0	145 615 146	20,5
Jeunes en difficulté	8 496 652	1,1	8 411 970	1,2
Dépendances	11 209 804	1,5	10 820 049	1,5
Santé mentale	29 732 397	4,0	27 133 282	3,8
Santé physique	178 406 773	24,2	182 916 124	25,7
Administration	43 277 052	5,9	43 015 385	6,1
Soutien aux services	45 280 946	6,1	44 486 239	6,3
Gestion des bâtiments et des équipements	49 199 570	6,7	48 181 373	6,8
TOTAL	737 611 755	100	711 013 266	100

Pour plus d'information sur les ressources financières, il est possible pour la population de consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel (AS-471) sur le site Internet de l'établissement au santemo.quebec.

ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Conformément aux articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), 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.

Au cours de l'exercice financier 2017-2018, l'établissement s'est conformé à cette exigence en dégageant un surplus à son fonds d'exploitation de 39 611 \$ et un déficit à son fonds d'immobilisations de 39 611 \$ pour un résultat global de 0 \$.

CONTRATS DE SERVICE

Vous trouverez ci-dessous les données sur les contrats de service comprenant une dépense de 25 000 \$ et plus et conclus entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018.

	Nombre	Total
Contrats de service avec une personne physique ¹	42	15 788 067,39\$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ²	67	83 956 085,26\$
Total des contrats de service	109	99 744 152,65\$

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

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



ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES

Signification des codes

Colonne 3 - Nature

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonnes 5, 6 et 7 - État de la problématique

R : Régulé PR : Partiellement réglé NR : Non réglé

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

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-20XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
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 MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures (SQI) sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.	2015-2016	R	Selon les directives du MSSS.			X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
L'unité de mesure « l'unité de retraitement pondéré » pour le centre d'activité 6320 - Unité de retraitement des dispositifs médicaux présente des erreurs de calcul.	2015-2016	R	La compilation a été revue en 2017-2018.	X		
L'unité de mesure « la visite » pour le centre d'activité 7060 - Services d'oncologie/d'hématologie présente des incohérences entre les données de base et les reports au rapport cumulatif.	2015-2016	R	La compilation a été revue en 2017-2018.	X		
Certaines installations du CISSS doivent compiler l'unité de mesure « usagers distincts ». Les systèmes de compilation des unités de mesure n'étant pas intégrés entre les établissements, il est impossible de savoir si un usager se présente à plus d'un site pour un même centre d'activité.	2015-2016	R	La mise en place de systèmes d'information unifiés est une priorité ministérielle et le CISSS de la Montérégie-Ouest participe activement à cette transformation selon le calendrier du MSSS. La DLRI est la direction responsable du déploiement à l'interne.			X
L'unité de mesure « mètre cube » pour le centre d'activité 7801 - Entretien et réparation des installations n'a pas été compilée au cours de la période financière, puisqu'aucun travail n'a été effectué par l'établissement pour valider la superficie occupée. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique de l'unité de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 7801 - Entretien et réparation des installations présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2016-2017	R	Une liste complète des installations a été dressée en 2017-2018, liste à laquelle a été greffé le détail des activités opérationnelles effectuées sur ces sites (CA 7640, 7700, 7710 et 7800). Vu le manque d'information sur les superficies et les volumes, un projet structurant de mesurage a été proposé. Le projet a été autorisé et la date de fin prévue est le 15 janvier 2019.			X

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

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-20XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées - suite						
L'unité de mesure « mètre carré » pour le centre d'activité 7710 – Sécurité n'a pas été compilée au cours de la période financière, puisqu'aucun document n'existe pour valider la superficie occupée. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique de l'unité de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 7710 – Sécurité présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2017-2018	R	Une liste complète des installations a été dressée en 2017-2018, liste à laquelle a été greffé le détail des activités opérationnelles effectuées sur ces sites (CA 7640, 7700, 7710 et 7800). Vu le manque d'information sur les superficies et les volumes, un projet structurant de mesurage a été proposé. Le projet a été autorisé et la date de fin prévue est le 15 janvier 2019.			X
L'unité de mesure « mètre carré » pour le centre d'activité 7800 – Entretien et réparation n'a pas été compilée au cours de la période financière, puisqu'aucun document n'existe pour valider la superficie occupée. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique de l'unité de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 7800 – Entretien et réparation présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2016-2017	R	Une liste complète des installations a été dressée en 2017-2018, liste à laquelle a été greffée le détail des activités opérationnelles effectuées sur ces sites (CA 7640, 7700, 7710 et 7800). Vu le manque d'information sur les superficies et les volumes, un projet structurant de mesurage a été proposé. Le projet a été autorisé et la date de fin prévue est le 15 janvier 2019.			X
L'unité de mesure « mètre cube » pour le centre d'activité 7700 - Fonctionnement des installations n'a pas été compilée au cours de la période financière, puisqu'aucun document n'existe pour valider la superficie occupée. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique de l'unité de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 7700 - Fonctionnement des installations présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2016-2017	R	Une liste complète des installations a été dressée en 2017-2018, liste à laquelle a été greffée le détail des activités opérationnelles effectuées sur ces sites (CA 7640, 7700, 7710 et 7800). Vu le manque d'information sur les superficies et les volumes, un projet structurant de mesurage a été proposé. Le projet a été autorisé et la date de fin prévue est le 15 janvier 2019.			X
Les unités de mesure « l'intervention » et « l'usager » pour le centre d'activité 6730 - Consultation sociale et psychologique de courte durée n'ont pas pu être validées, car il y a eu une délocalisation des intervenants en GMF et que les systèmes d'information dans lesquels ils doivent maintenant décrire leurs activités ne rendent pas possible l'extraction de données. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique de l'unité de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 6730 - Consultation sociale et psychologique de courte durée présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2017-2018	R	Des démarches sont en cours avec les fournisseurs et un chargé de projet est attiré au mandat.			X
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Au cours de l'exercice, l'établissement a versé des sommes à des médecins en raison de l'absence d'entente pour la rémunération des activités de télésurveillance dans le cadre du programme de suivi clinique intelligent à domicile.	2015-2016	C	La rémunération des médecins est assurée par la RAMQ.	X		

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

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-20XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport à la gouvernance						
Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès aux systèmes alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles. Les droits d'accès accordés aux utilisateurs sont inappropriés et peuvent compromettre la confidentialité et l'intégrité des données en laissant la porte ouverte aux fraudes et autres délits.	2015-2016	C	Deux nouveaux profils de gestion des accès ont été créés afin d'assurer la séparation des tâches.	X		
Il n'y a pas de processus en place pour évaluer les plaintes des parties prenantes concernant la comptabilité, les processus internes ou la présentation de l'information financière. La direction devrait établir un processus pour recevoir, évaluer et conserver ces plaintes et pour y répondre de façon à protéger les parties prenantes de l'établissement.	2015-2016	C	La politique visant à faciliter la divulgation d'actes répréhensibles par les employés ou toute personne œuvrant au CISSS de la Montérégie-Ouest a été adoptée par le conseil d'administration en octobre 2017.	X		
Lors de nos travaux, nous avons remarqué que l'établissement n'effectuait pas une surveillance adéquate des contrôles pour les activités touchant l'information financière imparties à une société de services. L'établissement devrait mettre en place des contrôles de surveillance ou obtenir l'attestation des contrôles ont été mis en place et qu'ils ont fonctionné adéquatement tout au long de l'année. (Rapport NCMC 3416 de type 2).	2016-2017	C	Des analyses financières des données salariales sont réalisées de façon périodique pour assurer la validité des informations.		X	

ANNEXE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DES ADMINISTRATEURS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

- a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
- d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
- e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

2. Fondement légal

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du Code civil du Québec;
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, chapitre M-30, r. 1);
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2);
- Les articles 57, 58 et 59 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2);

- Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1);
- Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

Famille immédiate : Aux fins de l'article 131 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son

conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

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

Intérêt : Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

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

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

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

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

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances¹.

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

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

de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. Champ d'application

Tout membre du conseil d'administration est assujéti aux règles du présent Code.

5. Disposition finale

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

6. Diffusion

L'établissement doit rendre le présent Code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen ad hoc, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs 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 généraux en privilégiant les exigences de la bonne foi;
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables;
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne;
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population;
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles;
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement;
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur;
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement;

- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions;
- Favoriser l'entraide;
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 4 — APPLICATION

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

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen ad hoc

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

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

19.11 Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doit être écrite et motivée. 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 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 jours suivant la présence d'une telle situation.

21. Obligations en fin de 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-Ouest



www.santemo.quebec