



La croissance : reflet de notre année

Le **Rapport** annuel de gestion 2018-2019 est disponible en version électronique à l'adresse : santeme.quebec

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales
du Québec, 2019

ISBN : 978-2-550-84796-0 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-84797-7 (version PDF)

La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable de l'établissement.

04 — Message des autorités

06 — Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

07 — Présentation de l'établissement et faits saillants

08 — Mission, vision et valeurs

09 — Services de santé et services sociaux offerts par l'établissement

09 — La désignation de centre affilié universitaire et les installations visées par ces désignations

12 — Carte des installations du CISSS de la Montérégie-Est

14 — Structure organisationnelle au 31 mars 2019

16 — Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives

26 — Les faits saillants

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

56 — Attentes spécifiques 2018-2019

62 — Engagements annuels 2018-2019

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

78 — L'agrément

78 — La sécurité et la qualité des soins et des services

88 — Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission

88 — L'examen des plaintes et la promotion des droits

88 — L'information et la consultation de la population

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

92 — Les ressources humaines

93 — Gestion et le contrôle des effectifs

94 — Les ressources financières

95 — Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

96 — L'équilibre budgétaire

96 — Les contrats de services

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

100 — La divulgation des actes répréhensibles

101 — Annexe : Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Message des autorités

MADAME
LOUISE
POTVIN



MADAME
GENEVIÈVE
GRÉGOIRE



Nous sommes heureuses de terminer 2018-2019 avec une année de croissance des services rendus à la clientèle et d'avancement des projets immobiliers annoncés et amorcés en 2017-2018. Nous avons complété la première phase préparatoire du projet de construction d'une nouvelle urgence et de l'ajout d'unités de soins à l'Hôpital Pierre-Boucher, la finalisation des plans et devis et l'appel d'offres pour la sélection de l'entrepreneur pour la construction de la nouvelle urgence de l'Hôpital Honoré-Mercier et les travaux de rénovation et d'amélioration du bâtiment de l'Hôtel-Dieu de Sorel, lesquels se poursuivront en 2019. Tous ces importants chantiers permettront d'offrir une meilleure accessibilité aux soins et aux services et répondre à l'augmentation des besoins de la population. Les médecins et les équipes interdisciplinaires bénéficieront des technologies les plus récentes pour mieux soigner.

Pour favoriser une meilleure gestion de proximité, rapprocher la décision de l'action, une nouvelle direction a été créée, soit la Direction des soins critiques et coordination des activités hospitalières. Sous l'égide de cette nouvelle direction, la Direction adjointe des activités hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Sorel a également été instaurée. Celle-ci aura la responsabilité de coordonner les activités quotidiennes autant des secteurs cliniques que de soutien, afin de faciliter et d'améliorer la trajectoire des usagers dans l'hôpital et leur retour au domicile ou dans une ressource d'hébergement dans la communauté.

L'année 2018-2019 aura permis également de clore une importante démarche de concertation entre le CISSS et les représentants syndicaux menant au renouvellement des dispositions locales des conventions collectives de la Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), la Confédération des syndicats nationaux (CSN) et l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS). Privilégiant l'accroissement des postes à temps complet, l'affectation du personnel pour une plus grande continuité et stabilité des équipes de travail, l'ensemble des nouvelles mesures négociées entrera en vigueur au cours de la prochaine année. Cette démarche améliore la position de notre établissement dans ses efforts de rétention et d'attraction du personnel. Les défis demeurent de taille pour recruter et retenir une main-d'œuvre de qualité. Plusieurs activités de

reconnaissance, de développement des compétences et de recrutement ont été organisées afin de se distinguer et d'assurer un environnement de travail sain et accueillant pour les employés. Une main-d'œuvre appréciée, reconnue et compétente permet à notre organisation d'assurer une offre de soins et de services de qualité et sécuritaire à la clientèle et aux résidents.

L'année s'est conclue avec le départ à la retraite prévu de plusieurs employés, gestionnaires et directeurs de l'organisation. Faisant face à ces nombreux départs planifiés, tant au niveau de la haute direction qu'à l'intérieur des équipes, l'organisation a été proactive dans ses démarches en accueillant, entre autres, plusieurs nouveaux cadres supérieurs et gestionnaires qui prendront la relève au cours de la prochaine année. Un grand merci à tous ceux qui ont quitté pour une autre étape de leur vie, celle de la retraite, et bienvenue à tous ceux qui se joignent à notre organisation dynamique.

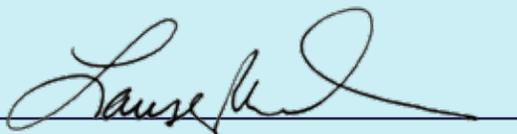
Au niveau de la gouvernance du GMF Universitaire Richelieu-Yamaska, deux médecins ont été nommés, depuis décembre 2018, le Dr Philippe Imbeault et la D^{re} Jacinthe Desranleau, qui se partagent la direction médicale de ce lieu de formation des futurs(es) médecins et infirmières praticiennes spécialisées. Ceux-ci poursuivent le travail de la D^{re} Jocelyne Bonin qui a occupé cette fonction pendant 10 ans, en étant la fondatrice de ce milieu d'apprentissage.

De plus, nous avons eu le plaisir de confirmer le renouvellement du mandat de madame Catherine Lemay, présidente-directrice générale adjointe qui poursuit son travail remarquable auprès des directions des programmes sociaux, santé et réadaptation.

Notons également quelques changements apportés au sein du conseil d'administration. À la suite de départs, un nouveau membre issu du RLS Pierre-De Saurel, ayant une expertise dans les organismes communautaires, a joint les rangs du conseil.

En terminant, nous tenons à remercier tous les employés, gestionnaires, médecins et bénévoles pour leur travail d'équipe et leur engagement quotidien auprès de la clientèle et des familles. Merci aux membres du conseil d'administration, des fondations et des partenaires de la communauté sans lesquels nous ne pourrions réaliser pleinement notre mission.

Un grand merci à vous tous!



Louise Potvin, B. Sc. Inf., MBA
Présidente-directrice générale



Geneviève Grégoire
Présidente du conseil d'administration

Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

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

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

Un examen sur le caractère plausible et sur la cohérence de l'information présentée dans ce rapport a été fait par la direction de l'audit interne. Un rapport a été produit à cet effet.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2018-2019 du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2019.



Louise Potvin, B. Sc. Inf., MBA
Présidente-directrice générale

Présentation de L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS



Présentation de l'établissement et faits saillants

En 2017, 527 200 personnes résidaient sur le réseau territorial de services (RTS) de la Montérégie-Est. La population du CISSS de la Montérégie-Est s'est accrue de 7 % entre 2007 et 2017. Si la tendance se maintient, la population du RTS de la Montérégie-Est devrait s'accroître de 11 % d'ici 2036 pour atteindre près de 586 500 personnes.

Le territoire de l'établissement couvre une superficie de 3 485 km² et regroupe en totalité ou en partie six municipalités régionales de comté (MRC) soit d'Acton, des Maskoutains, de la Vallée-du-Richelieu, Agglomération de Longueuil, de Marguerite-D'Youville et Pierre-De Saurel. Il regroupe également l'ensemble de la région sociosanitaire de la Montérégie en ce qui concerne les services de protection de l'enfance et de la jeunesse et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation.

Le CISSS de la Montérégie-Est a employé 13 975 personnes au cours de la dernière année et 807 médecins ont travaillé dans ses installations (voir la carte du territoire à la page 12). Un millier de bénévoles oeuvrent également auprès des diverses clientèles dans l'organisation.

Le budget 2018-2019, adopté par le conseil d'administration, pour les fonds d'exploitation et d'immobilisations s'élevait à 1 041 044 669 \$.

Mission, vision et valeurs

La mission du CISSS de la Montérégie-Est consiste à :

- Maintenir, améliorer et rétablir la santé et le bien-être de la population du réseau territorial de services (RTS) de la Montérégie-Est en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité.
- Dispenser des services de protection de la jeunesse et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation et leur famille de la région sociosanitaire de la Montérégie.

La vision :

- Des soins de santé et de services sociaux accessibles et efficaces, qui s'adaptent aux besoins de la population de la Montérégie-Est.
- Des services de protection et de réadaptation accessibles et efficaces qui s'adaptent aux besoins des jeunes en difficulté et à leur famille pour l'ensemble de la Montérégie.

Les valeurs :

Le conseil d'administration du CISSS de la Montérégie-Est a adopté, en avril 2017, le premier Cadre de référence en éthique de l'établissement; au terme d'une démarche de création collective à laquelle ont participé 900 personnes (gestionnaires, employés, médecins, bénévoles, usagers et partenaires). Ce cadre de référence définit l'identité organisationnelle de l'établissement, donne un sens commun à la réalisation de sa mission et favorise le développement d'une culture organisationnelle commune.

Mené par la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE), ce projet a donné naissance aux six valeurs organisationnelles de l'établissement :

- Respect;
- Considération;
- Compétence;
- Collaboration;
- Engagement;
- Intégrité.

Le cadre de référence est formé de trois composantes principales, soit les valeurs organisationnelles, le système de gestion et l'éthique de l'organisation.

Services de santé et services sociaux offerts par l'établissement

À l'hôpital :

- Services diagnostiques et soins médicaux généraux et spécialisés

En centre local de services communautaires (CLSC) :

- Services de santé et services sociaux courants de nature préventive, curative, de réadaptation ou de réinsertion offerts au CLSC, à l'école, au travail ou à domicile
- Activités de santé publique

En centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) :

- Services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale, requis par la situation d'un jeune en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
- Services en matière de placement d'enfants, de médiation familiale, d'expertise pour la garde d'enfants, d'adoption et de recherche dans les antécédents biologiques
- Services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces jeunes

En centre de réadaptation pour les jeunes en difficultés d'adaptation (CRJDA) :

- Services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des jeunes en difficulté d'adaptation
- Services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces jeunes

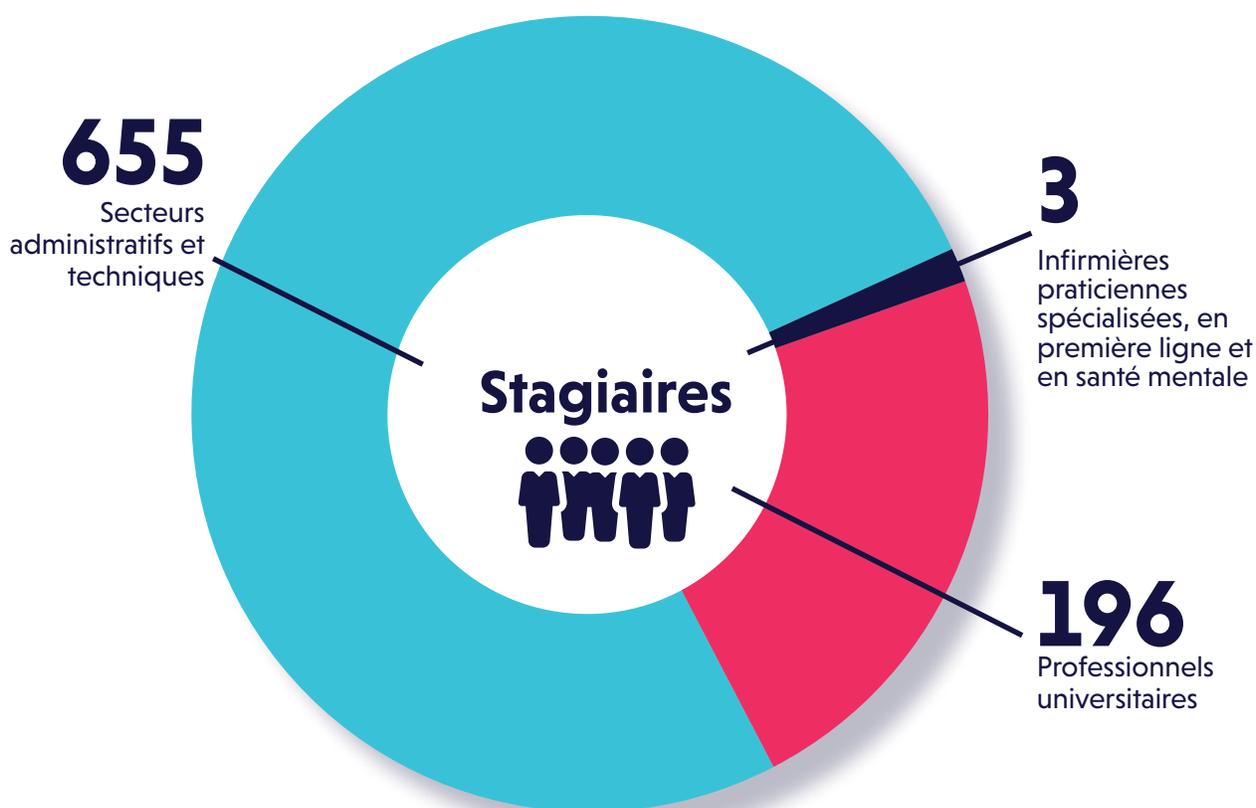
En centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) :

- Services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance dans un milieu de vie temporaire ou permanent
- Services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux à des adultes qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel en raison d'une perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale

La désignation de centre affilié universitaire et les installations visées par ces désignations

Le CISSS de la Montérégie-Est détient une affiliation avec l'Université de Sherbrooke, pour le RLS Richelieu-Yamaska, dans le développement de l'enseignement et de la recherche en sciences de la santé et en services sociaux, ainsi que dans l'amélioration des services de santé et des services sociaux à la population. Le Groupe de médecine de famille universitaire Richelieu-Yamaska (GMF-U) est un jalon important dans cette affiliation, car on y utilise de façon optimale les ressources pour mener à bien les missions : clinique, enseignement et recherche. Chaque année, les médecins du GMF-U supervisent 22 résidents et deux externes en médecine de famille et médecine d'urgence.

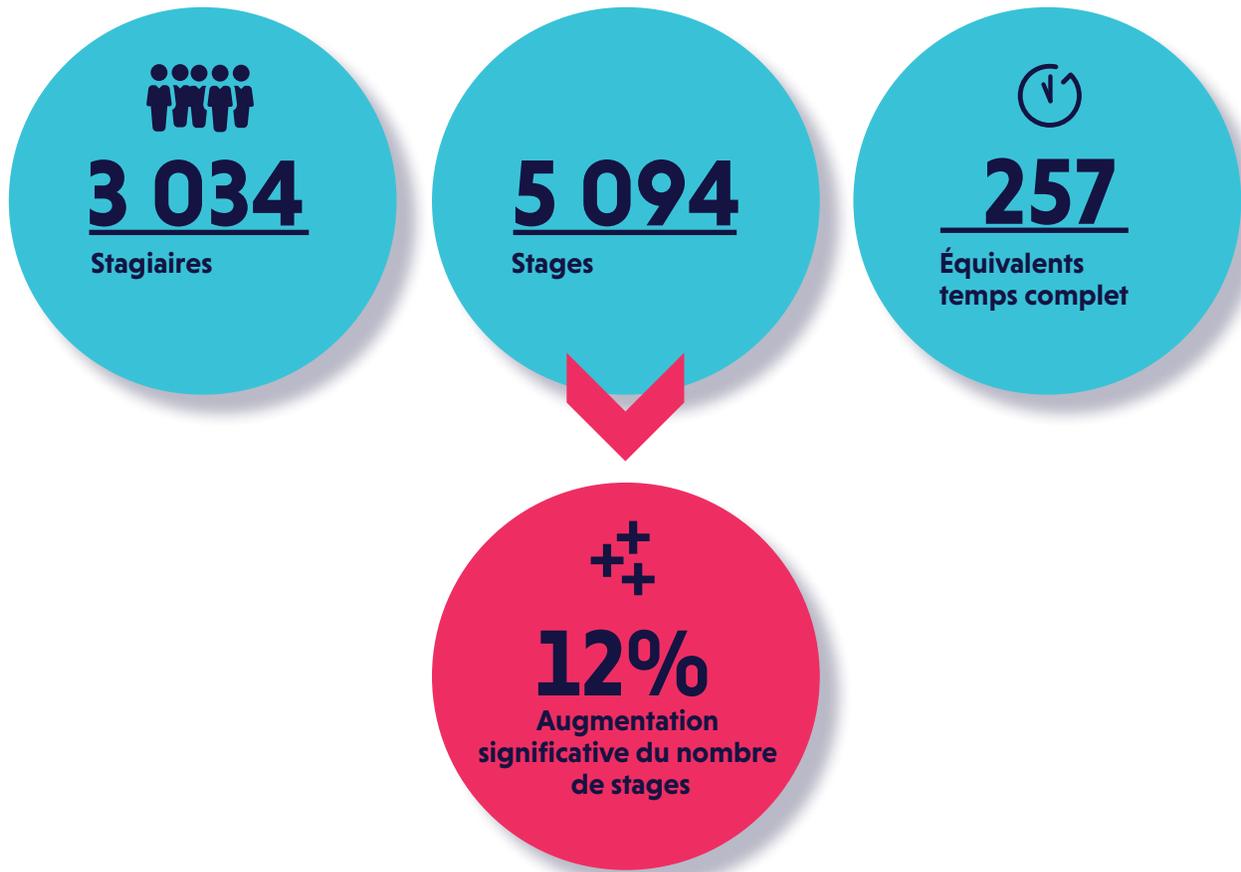
Durant l'année, les professionnels qui travaillent avec les médecins ont supervisé d'autres types de stages dans les autres professions de la santé dont :



L'établissement fait partie du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Sherbrooke et du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal pour la concertation et l'intégration des soins, de l'enseignement et de la recherche.

En plus de son affiliation universitaire, le CISSS de la Montérégie-Est a des partenariats avec d'autres universités et maisons d'enseignement collégial et professionnel pour l'accueil de stagiaires, toutes professions confondues.

Des chiffres éloquentes :



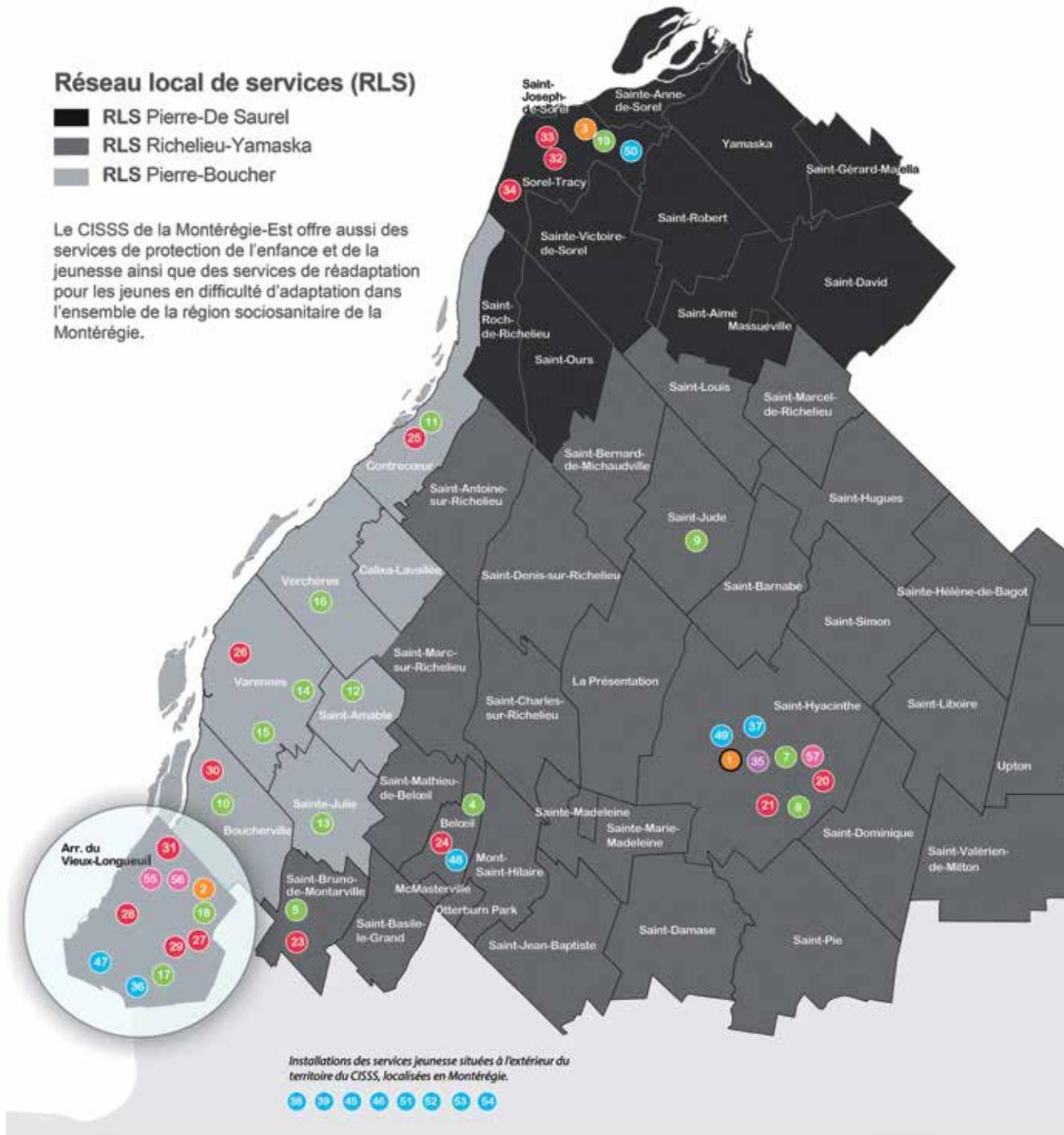
Une entente de délégation de pouvoirs est établie avec le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne du CISSS de la Montérégie-Centre pour l'évaluation éthique des projets de recherche avec des sujets humains. Pour les services jeunesse, l'entente de délégation de pouvoirs est établie avec le Centre Jeunesse de Québec – Institut universitaire (maintenant le CIUSSS de la Capitale-Nationale). Ces ententes assurent le respect des modalités en lien avec l'approbation éthique et institutionnelle de tous les projets de recherche soumis au CISSS de la Montérégie-Est.

Carte des installations du CISSS de la Montérégie-Est

Réseau local de services (RLS)

- RLS Pierre-De Saurel
- RLS Richelieu-Yamaska
- RLS Pierre-Boucher

Le CISSS de la Montérégie-Est offre aussi des services de protection de l'enfance et de la jeunesse ainsi que des services de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation dans l'ensemble de la région sociosanitaire de la Montérégie.



HÔPITAUX

- 1 Hôpital Honoré-Mercier et siège social
- 2 Hôpital Pierre-Boucher
- 3 Hôtel-Dieu de Sorel

CLSC

- 4 CLSC des Patriotes
- 5 CLSC des Patriotes (Saint-Bruno-de-Montarville)
- 6 CLSC de la MRC-d'Acton
- 7 CLSC des Maskoutains
- 8 CLSC des Maskoutains (des cascades)
- 9 CLSC des Maskoutains (Saint-Jude)
- 10 CLSC des Seigneuries de Boucherville
- 11 CLSC des Seigneuries de Contrecoeur
- 12 CLSC des Seigneuries de Saint-Amable
- 13 CLSC des Seigneuries de Sainte-Julie
- 14 CLSC des Seigneuries de Varennes
- 15 Centre de prélèvements de Varennes
- 16 CLSC des Seigneuries de Verchères
- 17 CLSC de Longueuil-Ouest
- 18 CLSC Simonne-Monet-Chartrand
- 19 CLSC Gaston-Bélanger

GMF UNIVERSITAIRE

- 35 Groupe de médecine de famille universitaire Richelieu-Yamaska

CENTRES D'HÉBERGEMENT

- 20 Centre d'hébergement Andrée-Perrault
- 21 Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe
- 22 Centre d'hébergement de la MRC-d'Acton
- 23 Centre d'hébergement de Montarville
- 24 Centre d'hébergement Marguerite-Adam
- 25 Centre d'hébergement De Contrecoeur
- 26 Centre d'hébergement De Lajemmerais
- 27 Centre d'hébergement de Mgr-Coderre
- 28 Centre d'hébergement du Chevalier-De Lévis
- 29 Centre d'hébergement du Manoir-Trinité
- 30 Centre d'hébergement Jeanne-Crevier
- 31 Centre d'hébergement René-Lévesque
- 32 Centre d'hébergement Élisabeth-Lafrance
- 33 Centre d'hébergement J.-Arsène-Parenteau
- 34 Centre d'hébergement de Tracy

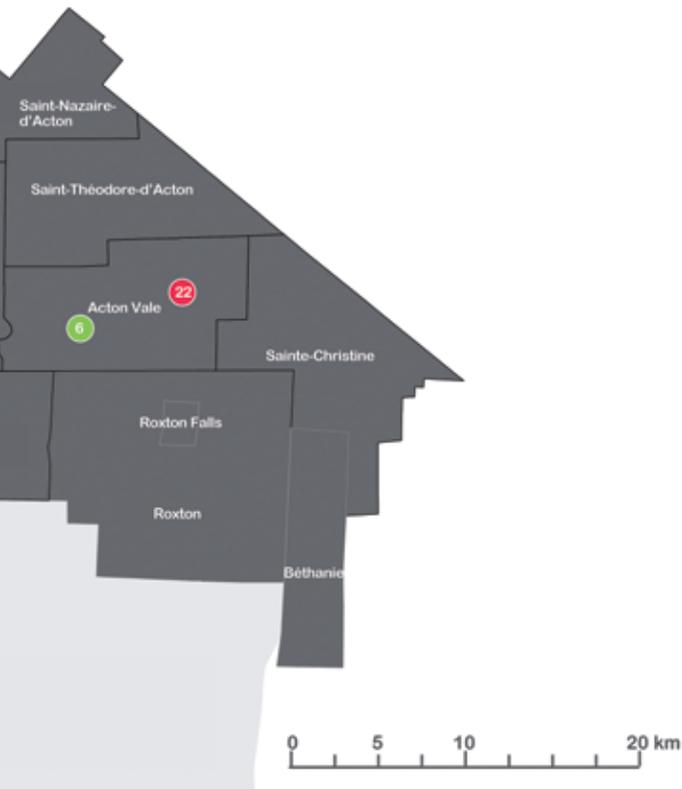
SERVICES JEUNESSE

- 36 Campus de Longueuil (réadaptation en internat et services psychosociaux)
- 37 Campus de Saint-Hyacinthe (réadaptation en internat)
- 38 Campus de Chambly (réadaptation en internat)
- 39 Campus de Valleyfield (réadaptation en internat et services psychosociaux)
- 40 Foyer l'Envol et l'Aquarelle (réadaptation en internat)*
- 41 Foyer l'Orchidée (réadaptation en internat)*
- 42 Foyer l'Équipée (réadaptation en internat)*
- 43 Foyer l'Explorateur (réadaptation en internat)*
- 44 Foyer le Voilier (réadaptation en internat)*
- 45 Foyer l'Escargot (réadaptation en internat)*
- 46 Foyer le Colibri (réadaptation en internat)*
- 47 Centre de services de réadaptation externes et services psychosociaux (Longueuil)
- 48 Centre de services psychosociaux (Beloeil)
- 49 Centre de services de réadaptation externes et services psychosociaux (Saint-Hyacinthe)
- 50 Centre de services psychosociaux (Sorel-Tracy)
- 51 Centre de services de réadaptation externes et services psychosociaux (Châteauguay)
- 52 Centre de services de réadaptation externes et services psychosociaux (Saint-Jean-sur-Richelieu)
- 53 Centre de services psychosociaux (Vaudreuil-Dorion)
- 54 Centre de services de réadaptation externes et services psychosociaux (Valleyfield)

CENTRES ADMINISTRATIFS

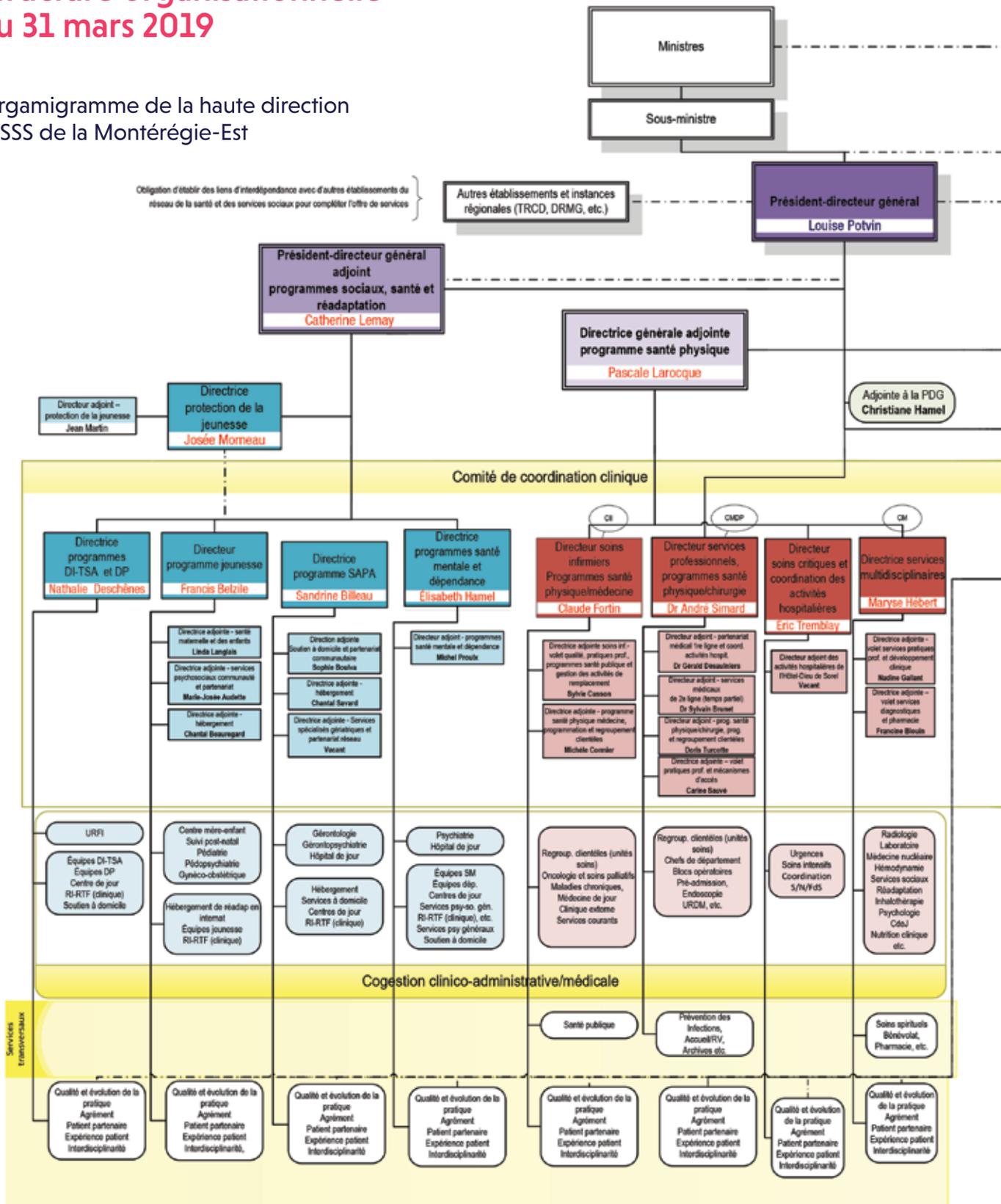
- 55 Centre administratif Adoncour
- 56 Centre administratif du Tremblay
- 57 Centre administratif Gauthier

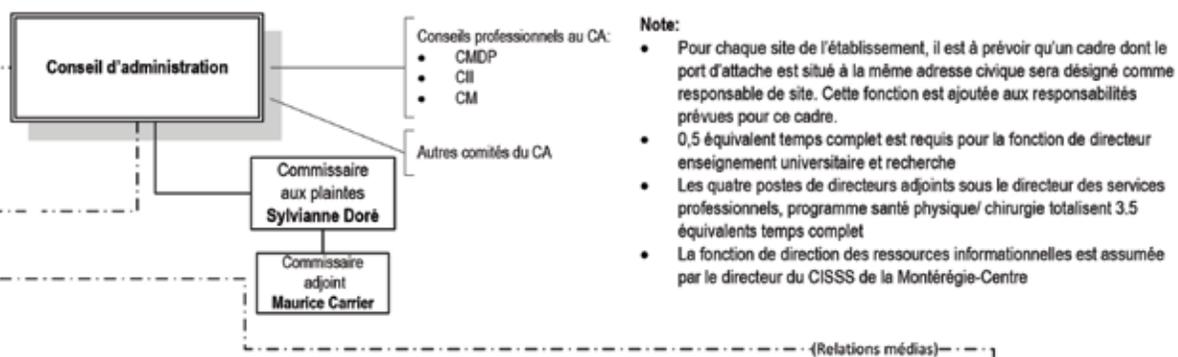
*Installations ne figurant pas sur la carte afin de conserver la confidentialité de leur emplacement.



Structure organisationnelle au 31 mars 2019

Organigramme de la haute direction CISSS de la Montérégie-Est





- Note:**
- Pour chaque site de l'établissement, il est à prévoir qu'un cadre dont le port d'attache est situé à la même adresse civique sera désigné comme responsable de site. Cette fonction est ajoutée aux responsabilités prévues pour ce cadre.
 - 0,5 équivalent temps complet est requis pour la fonction de directeur enseignement universitaire et recherche
 - Les quatre postes de directeurs adjoints sous le directeur des services professionnels, programme santé physique/ chirurgie totalisent 3.5 équivalents temps complet
 - La fonction de direction des ressources informationnelles est assumée par le directeur du CISSS de la Montérégie-Centre

Directeur général adjoint soutien, administration et performance
Bruno Petrucci

Directeur qualité performance évaluation
Bruno Petrucci

- Directrice adjointe - qualité, évaluation et éthique
Annie Lessard
- Directeur adjoint - amélioration continue et performance organisationnelle
Vacant

Directeur des services techniques et logistique
Marc Poudrier

- Directeur adjoint - volet immobilisations
Dante Verville
- Directrice adjointe - volet services d'hébergement
France LeBlond
- Directeur adjoint - logistique
Vacant
- Hygiène-salubrité Immobilisation Services d'hébergement
- Génie biomédical
- Transport Banderole Messagerie Gestion des stocks

Directrice régionale des ressources informationnelles de la Montérégie
Chantal Normandeau

Directeur adjoint ressources informationnelles

Directrice enseignement universitaire et recherche
Dre Jocelyne Bonin

- Enseignement Medical Sciences santé Sciences sociales

Directrice ressources humaines, communications et affaires juridiques
Vicky Lavoie

- Directeur adjoint - développements
Guy Bouffard
- Directrice adjointe - partenariats et affaires juridiques
Vacant
- Directeur adjoint - communications, relations médias et ministérielles par intérim
Sylvain Dube
- Ress. humaines Affaires juridiques Communications Enseignement autre que universitaire
- Relations médias et ministérielles

Directrice ress. financières
Marie-Christine Paradis

- Directrice adjointe - budget et performance
Odayléne Lussier
- Directrice adjointe - opérations financières
Marie-France Dupas
- Finances Budget Approvisionnement RI-RTF (contractuel)

Légende :

- CII : Conseil des infirmières et infirmiers
- CM : conseil multidisciplinaire
- CMDP : conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- CRSP : comité régional sur les services pharmaceutiques
- DI, TSA et DP : déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique
- RI-RTF : ressources intermédiaire-ressources de type familial
- SAPA : soutien à l'autonomie des personnes âgées
- URFI : unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Poste de président-directeur général, président-directeur général adjoint et hors-cadres
déclinaison de la couleur selon le niveau hiérarchique

Poste cadre supérieur
couleurs assorties selon directions

Poste cadre intermédiaire ou services inclus
couleurs assorties selon directions

en jaune transversalité ——— lien hiérarchique - - - - - lien fonctionnel

Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives

Conseil d'administration

Membres du CA

Membres désignés :

Docteur Robert Duranceau, Département régional de médecine générale (DRMG)
Docteur Antoine Hejeily, Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
Madame Josée Robillard, Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
Monsieur Martin Gaudette, Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
Monsieur Stéphane Girard, Conseil multidisciplinaire (CM)
Madame Josée Dubé, Comité des usagers (CU)

Membre nommé :

Madame France Capuano, milieu de l'enseignement

Membres indépendants :

Madame Geneviève Grégoire, présidente, expertise en protection de la jeunesse
Monsieur Louis Gosselin, compétence en gouvernance ou éthique
Monsieur Jacques Gendron, compétence en gestion des risques, finances et comptabilité
Madame Dominique Derome, compétences en ressources immobilières, informationnelles et humaines
Monsieur Stéphane Nantel, (non-renouvellement en septembre 2018) remplacé par madame Josée Guay, expertise dans les organismes communautaires (nommée en mars 2019)
Monsieur Paul St-Onge, expertise en santé mentale
Monsieur Gaëtan Boucher, expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux
Madame Lise Lord, expertise en réadaptation

Membres ayant démissionné en cours d'année et en attente de remplacement :

Madame Stacey Dakin, (septembre 2018)
Madame Silvy Niquet, membre observateur nommée par les fondations de l'établissement (décembre 2018)

Membre d'office

Madame Louise Potvin, présidente-directrice générale du CISSS de la Montérégie-Est

Aucune plainte en déontologie n'a été traitée par les membres du conseil d'administration au cours de l'année 2018-2019.

Le code d'éthique et de déontologie se trouve en annexe du présent rapport annuel de gestion 2018-2019.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Au cours de l'année 2018-2019, le comité exécutif s'est réuni à huit (8) reprises pour des réunions régulières et à deux (2) reprises en assemblée générale du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

Les priorités d'actions ont été guidées en fonction de la mise en place de la nouvelle structure de gouvernance tout au long de l'année. Beaucoup de travaux ont eu lieu, notamment à la mise en place d'une structure de sous-comités départementaux du comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique du CISSS de la Montérégie-Est, à la révision du Règlement de régie interne du CMDP, à l'institution du comité des dossiers et à l'approbation de ses modalités de gestion et, finalement, à la nomination de ses membres.

Le comité exécutif du CMDP a été consulté et tenu informé des divers dossiers stratégiques de l'établissement, dont certains ayant conduit à la formulation d'avis, d'appuis ou de recommandations au conseil d'administration.

Membres du comité exécutif du CMDP

Représentant du RLS Pierre-Boucher :

Docteur François Cloutier, oto-rhino-laryngologiste
Docteur Frédéric Desjardins, radiologiste, (vice-président et trésorier)
Docteur Marc-André Pearson, hématologue-oncologue

Représentants du RLS Pierre-De Saurel

Docteure Mylène Côté, omnipratricienne (vice-présidente)
Docteure Marie-Josée Arsenault, omnipratricienne
Docteur Antoine Hejeily, urologue

Représentants du RLS Richelieu-Yamaska

Docteur Jocelyn Brunet, omnipratricien
Docteur Dominique Grandmont, cardiologue, (président)
Monsieur Luc Lafantaisie, pharmacien, (secrétaire)

Membres d'office

Docteur André Simard, directeur des services professionnels
Madame Louise Potvin, présidente-directrice générale

Le 20 juin 2018, il est proposé, appuyé et unanimement résolu que les fonctions citées ci-dessus en tant qu'officiers au comité exécutif du CMDP du CISSS de la Montérégie-Est soient assumés par les membres désignés jusqu'à la fin de leur mandat prévu en juin 2020.

Conseil des infirmières et infirmiers

Le comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers (CECII) a émis ses recommandations à l'égard de sept règles de soins au cours de la dernière année, en plus d'avoir été consulté dans le cadre de la préparation de règlements de régie interne du comité de la relève infirmière (CRI) et des règles de fonctionnement du comité d'éthique et des comités locaux.

De nombreuses politiques, procédures et protocoles ont également été soumis au conseil pour avis et recommandations et le CECII a rédigé une lettre d'appui pour le projet de développement des services de sage-femme en Montérégie-Est. Il ne faudrait pas passer sous silence les interventions du CECII dans des grands dossiers organisationnels.

Soucieux de bien représenter ses membres, le CECII a formé deux sous-comités soit le comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA), présidé par Nancy Bouchard, infirmière auxiliaire à l'Hôpital Pierre-Boucher, ainsi que le comité de la relève infirmière (CRI), présidé par William Tessier, infirmier clinicien à l'Hôpital Pierre-Boucher.

Afin de faire rayonner la profession et d'échanger sur les meilleures pratiques, les membres du CECII s'assurent d'être présents là où ça compte vraiment, au nom de tous les membres du CII!

Ainsi, dans la dernière année, ils ont :

- participé à la Commission infirmière régionale (CIR);
- adhéré à l'Association des Conseils des Infirmières et Infirmiers du Québec (ACIIQ);
- participé à l'AGA de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie (ORIIM);
- participé au comité des élections des délégués de l'AGA de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), ainsi qu'au comité bourses et concours;
- participé au congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;
- publié des articles dans l'infolettre Le « i »;
- participé au colloque de l'Association québécoise des infirmières et des infirmiers en santé mentale (AQIISM).

Membres du comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers

Membres élus :

- Présidente : Madame Hélène Laplante, infirmière clinicienne, service de l'urgence, Hôpital Pierre-Boucher
- Vice-présidente : Madame Céline Leblanc, infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat, service personnes âgées, CLSC des Seigneuries
- Secrétaire : Madame Pascale Larocque, directrice générale adjointe programme santé physique
- Trésorière : Madame Mélissa Giroux, chef du service de prévention et contrôle des infections

Membres :

- Madame Julie Bonin, infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat, jeunesse 1^{re} ligne, CLSC des Maskoutains
- Madame Marie-Pascale Cordeau, infirmière clinicienne, santé mentale, Hôtel-Dieu de Sorel
- Madame Laurie Cournoyer, conseillère cadre en soins spécialisés par intérim, programme SAPA-RPA-RNI-SAD
- Madame Louise Potvin, présidente-directrice générale du CISSS de la Montérégie-Est
- Madame Sylvie Cusson, directrice adjointe des soins infirmiers et des programmes de santé publique
- Madame Mélanie Guilbeault, chef de service du Centre mère-enfant et soins néonataux 2B – Hôpital Pierre-Boucher
- Madame Maryse Archambault, infirmière clinicienne
- Madame Marie-Ève Choronzey, agente de planification de programme de recherche
- Monsieur Martin Gaudette, conseiller cadre en soins spécialisés - programme soins critiques-urgence-soins intensifs

Conseil multidisciplinaire

Entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019, l'exécutif du Conseil multidisciplinaire (CM) s'est réuni à neuf reprises. L'assemblée générale annuelle s'est déroulée le 30 mai 2018 au Centre administratif des services jeunesse.

L'exécutif du CM chapeaute trois comités :

- Comité des communications;
- Comité activité professionnelle;
- Comité pour le maintien et la promotion de la compétence de ses membres.

Dans le cadre de ses rencontres, l'exécutif a été consulté sur les dossiers suivants, notamment :

- La Politique sur l'identification du personnel et du port de la carte d'identité;
- La Politique visant à promouvoir la bienveillance et lutter contre la maltraitance;
- La Politique sur l'alcool et les drogues en milieu de travail;
- Le Protocole sur le recours à certaines mesures d'encadrement;
- Les Chantiers réorganisation de l'application des mesures;
- Le Programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales;
- Co-construire une démarche de partenariat de soins et de services;
- Le Plan de développement des ressources humaines.

Le Conseil multidisciplinaire du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est compte approximativement 3200 professionnels.

Membres du comité exécutif du Conseil multidisciplinaire

Officiers :

- Président : Monsieur Stéphane Girard, criminologue et APPR (du 16 mai 2018 au 31 mars 2019 et vice-président du 1^{er} avril au 16 mai 2018)
- Vice-présidente : Madame Manon Blanchette, travailleuse sociale (du 16 mai 2018 au 31 mars 2019 et secrétaire du 1^{er} avril au 16 mai 2018)
- Secrétaire : Madame Nathalie Couroux, physiothérapeute – spécialiste en activités cliniques (du 16 mai 2018 au 31 mars 2019)

Trésorière : Madame Marie-Pierre Lefebvre, inhalothérapeute (du 16 mai au 31 mars 2019)
Monsieur Simon Legault, criminologue – APPR (trésorier du 1^{er} avril au 16 mai 2018)

Responsable des communications : Madame Nadia Gaucher, ergothérapeute

Membres :

Madame Geneviève Boucher, inhalothérapeute
Monsieur Éric Ducharme, agent de relations humaines
Madame Valérie Fernandez, travailleuse sociale
Madame Linda Gagnon, audiologiste
Monsieur Simon Legault, criminologue – APPR (avril à septembre 2019) (trésorier du 1^{er} avril au 16 mai 2018)
Monsieur Patrick-Olivier Mailhot, avocat
Madame Hélène Mongrain, psychoéducatrice
Madame Julie Mathieu, thérapeute en réadaptation physique (présidente du 1^{er} avril au 16 mai 2018)
Madame Myriam Poirier, travailleuse sociale – spécialiste en activité clinique

Membres d'office :

Madame Louise Potvin, présidente-directrice générale du CISSS de la Montérégie-Est
Madame Maryse Hébert, directrice des services multidisciplinaires
Madame Nadine Gallant, directrice adjointe des services multidisciplinaires - volet services, pratiques professionnelles et développement clinique

Membres dont le mandat s'est terminé à la suite d'une démission pendant l'année :

Monsieur Simon Legault, criminologue – APPR

Conseil consultatif du personnel paraprofessionnel

Durant la dernière année, l'exécutif du Conseil consultatif du personnel paraprofessionnel (CCPP) aura tenu 10 rencontres. L'exécutif a été consulté en lien avec plusieurs politiques, procédures et programmes et représente ses membres dans divers comités de l'établissement.

L'activité principale du conseil pour cette année a été la tenue de l'assemblée générale à l'automne durant laquelle des ateliers et une conférence ont été organisés.

Membres du comité exécutif du Conseil consultatif du personnel paraprofessionnel

Présidente : Madame Dalila Boumaiza, chef de secteur archives et accueil - programme jeunesse, région Est - Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
Vice-présidente : Madame Martine Laplante, préposée aux bénéficiaires - DSI - Hôpital Honoré-Mercier
Secrétaire : Madame Chantal Ayotte, agente administrative, Archives et accueil Est - Équipe soutien à distance - Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
Trésorière : Madame Chantal Michaud (a quitté en septembre 2018), agente administrative – Direction des services techniques et logistique – téléphonie

Officiers :

Madame Ana Laura Lurati Suarez (a quitté en septembre 2018), préposée à l'entretien ménager – DST hygiène et salubrité - Hôpital Pierre Boucher
Madame Isabelle Lamothe, préposée physiothérapie ergothérapie - USI - Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe
Madame Rachel Domingue, auxiliaire familiale et sociale - SAPA, soutien domicile – CLSC de Longueuil-Ouest
Madame Estelle St-Amant, agente administrative, Archives et accueil Est - Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
Madame Manon Lamoureux, technicienne administrative – Services professionnels volet hospitalier, partenariat médical en 1^{re} ligne et prévention contrôle des infections
Monsieur Patrick Desrosiers, magasinier - Magasin Richelieu-Yamaska, Hôpital Honoré-Mercier et siège social

Comité de vérification

Le comité de vérification s'est réuni à 8 reprises au cours de l'année financière 2018-2019. Dans le cadre de son mandat, le comité de vérification s'assure de la bonne gestion financière de l'établissement. À cet effet, les membres du comité ont reçu les informations des statistiques à diverses périodes financières en plus de suivre l'évolution des résultats à l'Entente de gestion (EG) 2018-2019. Différents rapports ont également été déposés au comité afin que les membres du comité puissent attester du respect des lois, règles, règlements et politiques dans la gestion des activités de la Direction des ressources financières.

Composition

Composé d'un minimum de cinq membres, dont une majorité de membres indépendants, et doit être présidé par un membre indépendant. Au moins un des membres du comité doit avoir une compétence en matière comptable ou financière. Les membres de ce comité ne doivent pas être à l'emploi de l'établissement ou y exercer leur profession.

Responsabilités

Le comité de vérification doit, notamment :

1. S'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi;
2. S'assurer de la mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
3. Réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance;
4. Examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration;
5. Recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers;
6. Veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient efficaces et adéquats;
7. 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;
8. Réaliser tout autre mandat relatif aux affaires financières de l'établissement que lui confie le conseil d'administration (art. 181.0.0.3, LSSSS);
9. Examiner pour recommandation le plan de délégation de signatures établi en fonction des risques de l'établissement avant son approbation par le conseil d'administration;
10. Assurer le respect du plan de délégation de signatures;
11. Examiner la liste des contrats et des engagements de 100 000 \$ et plus.

Qualification requise	Présentement en poste
Présidente du conseil d'administration (membre d'office)	Madame Geneviève Grégoire
Présidente-directrice générale (membre d'office du comité)	Madame Louise Potvin
Administrateur avec compétence comptable ou financière	Monsieur Jacques Gendron
Administrateur indépendant	Monsieur Louis Gosselin
Administrateur indépendant	Monsieur Gaëtan Boucher
Administrateur indépendant	Madame Dominique Derome Présidente du comité
Administrateur	Madame France Capuano

Comité de gouvernance et d'éthique

Le comité de gouvernance et d'éthique s'est réuni à cinq reprises au cours de l'année 2018-2019. Dans le cadre de son mandat, le comité de gouvernance et d'éthique a traité plusieurs sujets, dont la formation continue pour les membres du conseil d'administration et le suivi des résultats au Plan annuel 2018-2019 du CISSS. Le comité a également recommandé des candidatures afin de combler les postes vacants du conseil d'administration. Le comité s'est également impliqué dans le déploiement de la démarche d'autoévaluation pour la gouvernance dans le processus de la qualification pour Agrément Canada.

Composition

Ce comité est composé d'un minimum de cinq membres dont une majorité de membres indépendants. Il doit être présidé par un membre indépendant (art. 181, LSSSS). Le président-directeur général est membre d'office de ce comité.

Responsabilités

De façon générale, le comité de gouvernance et d'éthique exerce les fonctions prévues par la LSSSS. De façon plus spécifique, le comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions d'élaborer :

1. Des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
2. 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) et d'en assurer l'application;
3. Des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, lesquels critères sont approuvés par le conseil d'administration;
4. Un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
5. En outre, il doit 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).

Qualification requise	Présentement en poste
Présidente-directrice générale (membre d'office du comité)	Madame Louise Potvin
Administrateur	Madame Josée Dubé
Administrateur indépendant	Monsieur Paul St-Onge Président du comité
Administrateur indépendant	Monsieur Gaëtan Boucher
Administrateur	Poste vacant
Administrateur	Monsieur Stéphane Girard

Comité de vigilance et de la qualité

En 2018-2019, le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à six reprises. En conformité avec son mandat, le comité a reçu entre autres les rapports suivants :

- Plans d'amélioration et les redditions de comptes relatives aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), aux ressources intermédiaires (RI) et aux ressources de type familial (RTF) en suivi des visites ministérielles;
- Les rapports des visites des CHSLD privés de notre territoire;
- Les rapports de visites d'inspection professionnelle ainsi que les plans d'action qui en découlent;
- Les rapports sur les indicateurs de gestion des risques;
- Les rapports sur les indicateurs de gestion des risques en hébergement pour la jeunesse;
- Les rapports liés à la Commission des droits de la personne et de la jeunesse;
- Les rapports d'audit d'hygiène des mains,
- Le rapport annuel de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- Les recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et du Protecteur du citoyen.

Composition

Ce comité se compose de cinq personnes, dont le président-directeur général et le commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Les trois autres personnes sont choisies par le conseil d'administration parmi ceux de ses membres qui ne travaillent pas pour l'établissement ou n'exercent pas leur profession dans l'une des installations exploitées par l'établissement. En outre, l'une de ces trois personnes choisies par le conseil d'administration doit être la personne désignée par le comité des usagers des centres intégrés pour siéger au sein du conseil d'administration (art. 181.0.2, LSSSS).

Mandat

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 dispensés et le respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

Responsabilités

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

1. Recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
2. Favoriser la collaboration et la concertation des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer cette responsabilité et assurer le suivi de leurs recommandations;
3. Établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations au conseil d'administration;
4. Faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
5. Assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il lui a faites;
6. 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;
7. Exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié par la LSSSS (art. 181.0.3, LSSSS).

Qualification requise

Présidente-directrice générale
(membre d'office du comité)

Commissaire locale aux plaintes et à la
qualité des services (membre d'office du comité)

Personne désignée par le comité des usagers

Administrateur

Administrateur

Présentement en poste

Madame Louise Potvin

Madame Sylvianne Doré

Madame Josée Dubé

Madame France Capuano

Madame Lise Lord

Présidente du comité

Comité des ressources humaines

En 2018-2019, le comité des ressources humaines s'est réuni à quatre reprises. En conformité avec son mandat, le comité des ressources humaines a traité différents dossiers, dont les principaux concernaient la présence au travail, les négociations locales, la formation continue, les activités de reconnaissance et la santé au travail.

Composition

Le conseil d'administration institue en vertu du présent règlement un comité des ressources humaines. Ce comité est composé de sept membres, soit cinq nommés par et parmi les membres du conseil d'administration, dont deux sont des employés du CISSS ainsi que du président-directeur général et du directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques.

Mandat

Le mandat du comité est d'assurer la participation, la mobilisation, la motivation, la valorisation, le maintien des compétences, le développement, l'utilisation efficiente des ressources humaines de l'établissement ainsi qu'adopter des stratégies d'amélioration de la qualité de vie au travail. De plus, le comité doit s'assurer que les ressources humaines soient réparties en quantité et en qualité suffisantes pour toutes les missions de l'organisation dans une perspective de qualité et sécurité de la prestation de soins et services et de continuité des services.

Responsabilités

Le comité des ressources humaines exerce les fonctions suivantes :

1. Proposer au conseil d'administration la philosophie et les orientations de gestion des ressources humaines et y exercer le suivi approprié;
2. Recommander au conseil d'administration le plan de développement des ressources humaines, en assurer le suivi et faire un rapport périodiquement au conseil d'administration;
3. Adopter la stratégie annuelle de mobilisation, de valorisation des ressources humaines et celles visant l'amélioration de la qualité de vie au travail, en assurer le suivi et faire un rapport périodiquement au conseil d'administration;
4. Assurer un suivi de l'ensemble des activités et des plans d'action reliés à la planification de la main-d'œuvre;
5. S'assurer de la disponibilité et de la diffusion d'un code d'éthique expliquant les pratiques et conduites attendues du personnel à l'endroit de la clientèle;
6. Effectuer le suivi des indicateurs de l'entente de gestion liés à la gestion des ressources humaines, assurer le suivi du plan d'action et en faire rapport périodiquement au conseil d'administration;
7. Recommander au conseil d'administration l'adoption des politiques en matière de ressources humaines devant l'être notamment les politiques relatives aux conditions de travail des cadres et hors-cadres de l'établissement, la politique en matière de civilité et de prévention du harcèlement, et en assurer le suivi;
8. Exercer tout autre pouvoir et fonction que lui délègue, par résolution, le conseil d'administration.

Qualification requise	Présentement en poste
Administrateur	Docteur Robert Duranceau
Administrateur	Monsieur Gaëtan Boucher
Administrateur	Madame Josée Dubé Présidente du comité
Administrateur-employé du CISSS de la Montérégie-Est	Madame Josée Robillard
Administrateur-employé du CISSS de la Montérégie-Est	Monsieur Martin Gaudette
Présidente-directrice générale (membre d'office du comité)	Madame Louise Potvin
Directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (membre d'office du comité)	Madame Vicky Lavoie

Comités de gestion des risques (CGR)

Le comité de gestion des risques du CISSS de la Montérégie-Est s'est réuni à quatre reprises au cours de l'année 2018-2019. Ce comité, ainsi que son sous-comité, ont été saisis de dossiers relatifs aux aspects de la sécurité dans une perspective d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Leurs membres assurent un suivi rigoureux des différentes situations pouvant compromettre la sécurité des usagers.

Membres du comité de gestion des risques du CISSS de la Montérégie-Est

Madame Chantal Beauregard, directrice adjointe programme jeunesse-hébergement
Docteur Michel Bernatchez, médecin au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
Monsieur Cédric Boissonneault, conseiller cadre intérimaire à la gestion intégrée de la qualité
Madame Josée Bouchard, directrice de la ressource intermédiaire (RI) La Coulée Douce
Madame Joëlle Boulanger, directrice du Manoir Deauville
Madame Manon Campeau, conseillère cadre à la gestion intégrée de la qualité
Madame Chantal Dagenais, conseillère cadre intérimaire à la gestion intégrée de la qualité
Madame Brigitte Despatis, conseillère cadre à la gestion intégrée de la qualité
Madame Josée Dubé, présidente du Comité des usagers (CUCI)
Madame Myriam Fagnant, coordonnatrice des services d'hospitalisation
Madame Michelle Forget, coordonnatrice de la sécurité civile, des mesures d'urgence et des stationnements
Madame Mélissa Giroux, chef de service de la prévention et contrôle des infections et représentante du Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Docteur Michel Lachapelle, médecin
Madame Linda Langlais, directrice adjointe du programme jeunesse - santé maternelle et des enfants
Madame Martine Laplante, représentante du Comité consultatif des paraprofessionnels (CCPP)
Monsieur André Laverdière, représentant du service santé et sécurité au travail
Madame Annie Lemoine, directrice adjointe de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique
Madame Catherine Marin, conseillère cadre à la gestion intégrée de la qualité
Madame Julie Mathieu, représentante du Conseil multidisciplinaire (CM)
Madame Sylvie Paradis, chef des services ambulatoires et spécialisés
Madame Karine Paquette, chef de la réadaptation de l'unité du Verger, URFI et UTRF
Monsieur Bruno Petrucci, directeur général adjoint soutien, administration et performance et directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
Madame Louise Potvin, présidente-directrice générale
Madame Chantal Provost, représentante du Comité des usagers
Madame Karyne Robert, chef de service, unité de soins et urgence santé mentale - Hôpital Honoré-Mercier
Madame Chantal Savard, directrice adjointe du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées - hébergement
Madame Diem Vo, chef de département de pharmacie

Membres du sous-comité de gestion des risques du centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et des centres de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA)

Madame Jackie Beaudet, coordonnatrice, évaluation/orientation/réception et traitement des signalements
Madame Chantal Beauregard, directrice adjointe du programme jeunesse - hébergement
Monsieur Patrick Bégin, directeur adjoint du programme jeunesse - hébergement par intérim
Monsieur Mathieu Blanchard, coordonnateur, ressources d'hébergement
Madame Mélanie Bouchard, agent de liaison
Madame Jessika Garceau-Lajoie, conseillère cadre en soins spécialisés-programme périnatalité-pédiatrie-jeunesse
Madame Marie-Pierre Généreux, représentante du Conseil des infirmiers et infirmières (CII)
Monsieur Stéphane Girard, représentant du Conseil multidisciplinaire
Madame Mélissa Giroux, chef de service de la prévention et contrôle des infections
Monsieur Alexandre Labrie, représentant pour la Direction des services techniques et logistique, mécanicien machine fixe / ouvrier de maintenance
Monsieur Yves Lambert, médecin
Madame Geneviève Lecours, représentante du Comité des usagers
Madame Catherine Lemay, présidente-directrice générale adjointe programmes sociaux, santé et réadaptation
Madame Annie Lemoine, directrice adjointe de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique
Monsieur Bruno Petrucci, directeur général adjoint soutien, administration et performance et directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
Madame Julie Ste-Marie, conseillère cadre, développement des programmes cliniques en jeunesse
Madame Louise Vincelette, présidente ADREQ-CSD

Au cours de l'année, plusieurs rapports ont été soumis au comité de gestion des risques et à son sous-comité, dont le suivi de rapports sur les indicateurs en gestion des risques, qui fait état des résultats des rapports d'incidents et accidents, l'analyse des causes des événements sentinelles, le suivi des rapports du comité de prévention et de contrôle des infections, le suivi des recommandations émises par le coroner, le suivi des indicateurs reliés aux chutes, ainsi que le suivi des indicateurs reliés aux événements indésirables du circuit des médicaments.

Le comité des usagers

Pour l'année 2018-2019, le comité des usagers du centre intégré (CUCI) s'est réuni en séance régulière à cinq reprises et a tenu son assemblée générale le 20 juin 2018.

Cette année, une nouvelle subvention a été octroyée par le Ministère ce qui a permis la création d'un nouveau poste permanent pour la coordination du CUCI.

Au cours de l'année 2018, le MSSS a également publié un nouveau cadre de référence relatif aux comités des usagers et de résidents. À ce sujet, le CUCI et le Service des affaires juridiques ont élaboré un nouveau contrat de travail (entre le CISSS et l'employé) et un protocole d'entente (entre le CISSS et les CUC) lesquels ont pris effet à compter du 1^{er} janvier 2019, et ce, afin d'éviter que les membres des comités engagent leur responsabilité civile lors d'obligations contractuelles liées à l'embauche de personnes-ressources.

Des changements de personnes-ressources sont survenus pour les comités des usagers :

- Pour les comités des usagers Pierre-Boucher et Centre Jeunesse de la Montérégie, deux nouvelles agentes de liaison sont entrées respectivement en fonction en novembre et décembre 2018.

Plusieurs sous-comités ont été créés, avec une représentation de chacun des comités des usagers, pour parvenir à accomplir, de façon optimale, les activités et les priorités qui ont été fixées par le CUCI pour les programmes ou projets suivants :

- La nouvelle offre alimentaire en centre d'hébergement;
- Les urgences;
- L'entretien des vêtements (traçabilité);
- Le programme de contrôle et de prévention des infections.

Des surplus budgétaires au 31 mars 2018 ont fait l'objet d'un transfert au Centre jeunesse de la Montérégie pour une somme de 4 000 \$, en vue d'augmenter le nombre d'heures travaillées de leur agente de liaisons (35 heures par semaine) et pour l'achat d'un logiciel pour le poste de travail du CUCI.

Le comité a décidé de produire du matériel promotionnel pour promouvoir les fonctions et les coordonnées autant pour son comité que pour les comités des usagers continués (CUC) ainsi que pour les douze droits des usagers prévus à la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Trois nouveaux enjeux prioritaires sont déposés cette année par le CUCI en plus de ceux des années antérieures qui feront l'objet d'un suivi :

- Recrutement de membres (présenté en 2018-2019);
- Activités du programme de contrôle et de prévention des infections du CISSS de la Montérégie-Est dont l'hygiène des mains (présenté en 2018-2019);
- Localisation des bureaux des comités de résidents et des comités des usagers (présenté en 2018-2019);
- Traçabilité - entretien des vêtements (présenté en 2016-2017, suivi en 2017-2018 et en 2018-2019);
- Financement des comités des usagers (présenté en 2017-2018, suivi en 2018-2019);
- Sondage de la satisfaction des soins et services auprès des usagers des urgences de l'établissement (présenté en 2017-2018, suivi en 2018-2019);
- Transport adapté (présenté en 2017-2018, suivi en 2018-2019).

Membres des comités des usagers

Présidente : Madame Josée Dubé, Richelieu-Yamaska
Vice-présidente : Madame Ghislaine Cournoyer, Pierre-Boucher
Secrétaire : Monsieur Claude Himbeault, Pierre-De Saurel
Trésorière : Madame Lucie Harbec, Centre jeunesse de la Montérégie

Membres réguliers :

Madame Line Bélisle, Pierre-Boucher
Madame Rosetta Bruno, Richelieu-Yamaska
Monsieur Réjean Dauplaise, Pierre-De Saurel
Monsieur Alain Faucher, Pierre-De Saurel
Monsieur André Louis-Seize, Pierre-Boucher
Monsieur Serge Louka, Richelieu-Yamaska (nouveau membre substitut en remplacement de la présidente du CUCI)
Monsieur Jean Morvan, Pierre-De Saurel
Monsieur Alain Pelletier, Richelieu-Yamaska
Madame Lucie Tétreault, Richelieu-Yamaska
Madame Chantal Provost, Pierre-Boucher

Membre observateur :

Madame Mélanie Bouchard, Centre jeunesse de la Montérégie

Les faits SAILLANTS



Une attention à l'expérience client

Projet d'agrandissement et de réaménagement de l'urgence et des unités de soins de l'Hôpital Pierre-Boucher

Le CISSS de la Montérégie-Est a reçu les autorisations ministérielles pour amorcer l'étude des programmes cliniques et de fonctionnalités en prévision des besoins populationnels. La superficie de l'agrandissement et des travaux de réaménagement des locaux, le coût final du projet ainsi que l'échéancier des travaux seront terminés suite aux études et acceptations finales du plan clinique et fonctionnel. La phase 1 du projet prévoit un agrandissement de l'hôpital, incluant l'urgence, et un réaménagement des locaux actuels. Ce projet tant attendu vise à améliorer et à offrir aux usagers de l'hôpital des infrastructures de santé de la meilleure qualité possible. Il permettra également de faire face à la demande croissante des services pour l'Hôpital Pierre-Boucher.

Aménagement dans les centres d'hébergement

D'importants travaux d'aménagement ont été réalisés durant la dernière année, dont l'agrandissement de deux ailes (salon et salle à manger) au Centre d'hébergement de Montarville pour un investissement de 2,3 millions \$. De plus, de nouveaux leviers sur rails ont été installés dans les centres d'hébergement du RLS Pierre-De Saurel. Finalement, les travaux sont amorcés pour l'aménagement de l'Unité de courte durée dédiée principalement à une clientèle en soins palliatifs au Centre d'hébergement du Manoir-Trinité à Longueuil pour un projet de 2,1 millions \$.



Programme d'intervention sociojudiciaire en conflits sévères de séparation : Une coparentalité à construire

Le programme d'intervention sociojudiciaire en conflits sévères de séparation vise à remédier aux limites des modèles d'intervention traditionnels afin de mieux répondre aux besoins des enfants et des familles en détresse. Le programme déployé en collaboration avec plusieurs partenaires (juges, avocats, chercheurs et d'autres directrices de la protection de la jeunesse) est actuellement en phase d'implantation sur trois territoires (CIUSSS de la Capitale-Nationale, CISSS de Chaudière-Appalaches et CISSS de la Montérégie-Est), toujours sous la coordination provinciale du CISSS de la Montérégie-Est, par madame Nathaly St-Arnaud, chargée de projets.

À ce jour, ce sont 35 enfants qui ont pu en bénéficier et déjà, on constate des impacts favorables. En effet, les parents participent assidûment aux rencontres hebdomadaires animées par l'intervenante en coparentalité, et ce, malgré leurs résistances initiales.



Projet Opus-Ap

La première phase d'implantation d'un projet ministériel, le projet Opus-AP, qui vise à réduire l'usage inapproprié des antipsychotiques en misant sur une approche interdisciplinaire personnalisée pour chaque résident a été déployé à l'Unité des Pins du Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe. Le projet Opus-AP permet une intégration plus efficace des meilleures pratiques sur la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et une amélioration des soins par une formation adéquate tout en favorisant une meilleure collaboration interdisciplinaire. Dix-huit résidents ont participé au projet et les retombées sont très intéressantes pour la valorisation du travail du personnel de soins, la contribution du tandem médecin/pharmacien avec l'équipe et l'engagement de tous vers un objectif commun. La réduction de la prise de ces médicaments permet de diminuer les chutes, la violence verbale ou physique, les comportements sociaux inacceptables et la résistance aux soins d'hygiène.

D'ailleurs les résultats le démontrent bien, la prise de cette catégorie de médicaments a diminué de près de 44 % sur cette unité et a eu un impact réel sur la diminution de la charge clinique du personnel infirmier. Une diminution/cessation des antipsychotiques a également été notée chez 86 % des résidents répondant aux critères de sélection du projet. La phase 2 du projet du MSSS a débuté en mars 2019 dans tous les CHSLD et se poursuivra jusqu'à la fin de l'année 2019.



L'équipe de l'Unité des Pins du Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe.

Projet patient partenaire « Vivre en Ressource Intermédiaire avec la sclérose en plaques »

Une capsule d'information « Vivre en RI avec la sclérose en plaques » a été créée en partenariat avec deux usagers, madame J. Laforest et monsieur F. Lafleur. Ils en assurent l'animation, ce qui rend encore plus crédibles les explications transmises.

Ce projet de patient partenaire vise une meilleure information aux employés et aux intervenants des ressources intermédiaires du CISSS de la Montérégie-Est sur la sclérose en plaques, tout en les sensibilisant sur les besoins des usagers et sur l'approche à préconiser. M^{me} J. Laforest et M. F. Lafleur sont des usagers vivant dans deux ressources différentes.



Hélène Mongrain, psychoéducatrice ainsi que Josée Laforest et François Lafleur, usagers en ressources intermédiaires.

Implantation de nouveaux menus dans les centres d'hébergement

À la suite du projet ministériel de révision de l'offre alimentaire dans tous les CHSLD du Québec, annoncé en novembre 2016, les menus de tous les centres d'hébergement du CISSS de la Montérégie-Est ont été modifiés au cours de l'année. Les résidents peuvent maintenant bénéficier d'une offre alimentaire bonifiée selon de nouvelles balises nutritionnelles. Ce projet permet d'offrir des menus nutritifs, sécuritaires et goûteux, répondant aux besoins des résidents (régimes spéciaux, allergies, différentes textures et consistances). Cette révision a permis d'harmoniser la structure des menus de tous les centres d'hébergement. Deux choix de mets principaux différents par repas sont dorénavant offerts en plus d'un certain choix de mets à la carte. Les nouveaux menus ont intégré plusieurs nouvelles recettes. Afin d'améliorer la valeur nutritive des repas servis, certains mets moins nutritifs ont été substitués par des mets ayant une teneur en protéines plus significative. La saveur locale a été conservée en maintenant les meilleures recettes de chacun des centres d'hébergement au cœur des nouveaux menus. Au cours de l'année, plusieurs activités de dégustation ont eu lieu afin de faire connaître les nouveaux mets aux résidents et d'obtenir leurs commentaires et leur appréciation.



Inauguration de la salle FREESON au Campus de Chambly

Une nouvelle salle dédiée à différentes activités artistiques, la salle FREESON, a été créée au Campus de Chambly. Ce nouveau local permet d'abord et avant tout de répondre aux besoins d'expression artistique des jeunes par la mise en place de diverses activités en utilisant différents médiums pour les aider à s'exprimer et à faire valoir leurs talents. Ces jeunes ont maintenant à leur disposition des installations leur permettant de visionner des films sur un écran géant de même que de jouer à des jeux vidéo. Ils ont également accès à différentes activités de création allant de l'enregistrement de chansons à l'aide d'un mini studio, d'un mur où il est possible de faire des graffitis, d'activités ponctuelles de dessins et de gravures, de même qu'à de la peinture sur chandail et sur verre.

La création de ce projet a été rendue possible grâce à la contribution de la Fondation du Centre jeunesse de la Montérégie, de la Fondation des jeunes contrevenants, de même que par le biais des subventions obtenues pour actualiser les « campus sans fumée ».



Patrick Bégin, directeur adjoint du programme jeunesse – hébergement par intérim;
Francis Belzile, directeur du programme jeunesse;
Catherine Lemay, présidente-directrice générale adjointe programmes sociaux, santé et réadaptation;
Nicholas Dumont, éducateur au secteur des activités du Campus de Chambly et instigateur du projet;
Louise Potvin, présidente-directrice générale et Marie-Lynn Courchesne, chef d'unité de réadaptation Passerelle, secteur employabilité et activités.

1^{er} Défi allaitement du RLS Pierre-Boucher

Dans le cadre des activités réalisées pour la Semaine de l'allaitement maternel, une trentaine de mamans de la région de Longueuil se sont réunies pour mettre leurs enfants au sein dans le cadre du premier Défi allaitement tenu simultanément au CLSC Simonne-Monet-Chartrand et au Centre mère-enfant de l'Hôpital Pierre-Boucher. Les participantes, dont les enfants étaient âgés entre quelques heures à peine et 33 mois, ont voulu souligner et promouvoir l'importance de l'allaitement maternel. L'activité était organisée par le CISSS de la Montérégie-Est, en collaboration avec les organismes communautaires MAM Autour de la maternité et Le Comité d'allaitement CALM.



Le comité organisateur du Défi allaitement au CLSC Simonne-Monet-Chartrand.

Ma famille, ma communauté

Le 3 décembre 2018 avait lieu le lancement du projet Ma famille, ma communauté sur le territoire de la MRC Pierre-De Saurel. Ce programme, implanté par la Direction du programme jeunesse du CISSS de la Montérégie-Est, vise à diminuer le recours au placement (optimiser l'identification d'alternatives au placement), à éviter de séparer la fratrie lors de placements, à réduire le nombre de déplacements, à garder les enfants au sein de leur communauté et à favoriser les réinsertions familiales réussies.

Pour l'occasion, plus de 80 membres de la communauté s'étaient réunis afin de réaffirmer leur engagement auprès des jeunes de la région et leur désir de s'impliquer dans ce projet, qui a pour but ultime de soutenir les familles vulnérables. L'engagement de la communauté représente la clé du succès pour la réussite de Ma famille, ma communauté. La MRC de Pierre-De Saurel vient s'ajouter aux territoires de Saint-Jean-sur-Richelieu et de Valleyfield qui ont déjà implanté avec tous les partenaires ladite approche. À ceux-ci s'ajoutera bientôt la région de St-Hubert. Depuis la mise en place du projet, incluant le projet de la MRC de Pierre-De Saurel, 33 processus décisionnels ont eu lieu, concernant plus de 50 enfants. Les enfants ont pu être maintenus dans leur milieu (région/ quartier) avec le soutien et l'aide des personnes impliquées dans le processus décisionnel.



Jean-Bernard Émond, député provincial de Richelieu; les intervenantes de l'équipe Multiservice Sorel-Tracy du Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et responsables de l'implantation du programme, soit Jessica Martin, agente de relations humaines; Katleen Tessier, agente de relations humaines; Natasha Leclerc, chef de service de l'équipe Multiservice Sorel-Tracy; Vicky Nourry-Falardeau, technicienne en assistance sociale et Mélanie Bouchard, agente de relations humaines.

31

Promouvoir la bientraitance et lutter contre la maltraitance

Le CISSS de la Montérégie-Est a adopté, le 5 novembre 2018, une politique visant à promouvoir la bientraitance et lutter contre la maltraitance envers les aînés ou toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité. Cette nouvelle politique a pour objet de répondre aux exigences de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité qui a été adoptée en mai 2017. Elle vise à promouvoir la bientraitance et à informer les publics des mécanismes pour le signalement des cas de maltraitance qui peuvent survenir. En plus des différentes activités de sensibilisation offertes au CISSS de la Montérégie-Est, cette politique soutient l'engagement de l'organisation à offrir des soins de santé et des services sociaux de qualité favorisant la bientraitance en assurant la sécurité, le bien-être et la qualité de vie des usagers. Celle-ci confirme la mise en place d'un processus de gestion et d'intervention afin de faciliter le signalement et la déclaration des cas de maltraitance. Ce processus a pour objectif de soutenir toute personne dans une démarche entreprise dans le but de mettre fin à une situation de maltraitance, que celle-ci soit le fait d'une personne œuvrant pour l'établissement ou de toute autre personne. La politique peut être consultée sur le site Internet du CISSS de la Montérégie-Est.



Plan d'action sur l'itinérance

Dans le cadre du plan d'action sur l'itinérance, des employés du CISSS ont participé à l'activité de dénombrement du 24 avril 2018 organisée dans huit municipalités de la Montérégie. Cette activité visait à documenter l'itinérance visible et une partie de l'itinérance cachée. Bien que l'itinérance visible demeure plus importante chez les hommes, l'itinérance cachée touche davantage les femmes.

De plus, la Montérégie a été choisie comme une région pilote dans le cadre d'un projet de 400 000 \$, sur quatre ans, visant la stabilité résidentielle avec l'accompagnement de ressources du réseau de la santé et le soutien des organismes communautaires et des Offices municipaux d'habitation par leur programme de soutien au logement (réduction du coût des logements). Par ce projet, l'établissement peut maintenant mieux soutenir les personnes en besoin dans la recherche et l'obtention d'un milieu de vie stable grâce à l'embauche de trois employés dédiés à ce type de soutien.

Une attention à l'expérience des intervenants (expérience employés, médecins et bénévoles)

Journées carrières et « blitz » de recrutement

Les 12 et 13 juin 2018, le CISSS de la Montérégie-Est a réalisé deux Journées spéciales de recrutement, appelées journées « Blitz », dont une à Longueuil et l'autre à Saint-Hyacinthe. Lors de ces journées, un candidat pouvait réaliser en quelques heures seulement un processus complet d'embauche, c'est-à-dire arriver avec son curriculum vitae et repartir avec une carte d'employé. Cette façon de procéder est unique dans le réseau! Au total, 662 candidats se sont présentés et parmi ceux-ci, 214 personnes sont ressorties avec une carte d'employé ou une embauche conditionnelle. Des déjeuners en compagnie des retraités de l'organisation ont également été organisés afin de les inviter à devenir des ambassadeurs pour le recrutement du personnel. Des journées carrières ont eu également cours dans différents lieux, centres commerciaux, maisons d'enseignement, à l'Hôpital Pierre-Boucher, etc.

Considérant le vif succès remporté par ces journées spéciales de recrutement, l'organisation a réitéré en organisant cinq journées « Blitz de recrutement », en mars et avril 2019, dont deux à Longueuil, une à Brossard, une à Sorel-Tracy et une à Saint-Hyacinthe. Les résultats sont encore plus éloquentes : 1 106 candidats rencontrés, 876 entrevues réalisées et 276 embauches confirmées dans plus d'une vingtaine de titres d'emploi.



Employés du CISSS lors des journées « Blitz » en juin 2018.

Parcours intégratif du développement des compétences (PIDC)

Depuis quelques années, le recrutement et la rétention des professionnels sont plus difficiles. Cette situation touche ainsi les travailleurs sociaux et les agents de relation humaine (ARH). Par ailleurs, un écart est constaté entre les compétences développées pendant leur formation et les compétences attendues dans l'organisation. Les nouveaux intervenants ont besoin de soutien et d'encadrement lors de leur arrivée et au cours des mois, voire des quelques années suivant leur entrée en poste. Il a été constaté que l'encadrement clinique qui leur est offert varie d'un service à l'autre en termes de modalités et d'intensité et qu'il y a absence d'un processus harmonisé pour

soutenir l'accueil-intégration. Toutefois, les ARH des services jeunesse bénéficient d'un programme d'accompagnement.

Dans ce contexte, afin de répondre aux besoins des nouveaux travailleurs sociaux et de leurs gestionnaires, un parcours intégratif de développement des compétences (PIDC) a été développé. Une offre de service d'accompagnement pour les gestionnaires, les nouveaux professionnels et les employés impliqués dans l'accueil-intégration, a été mise en place par la Direction des services multidisciplinaires. Une vingtaine de nouveaux employés ont participé au projet et d'autres professionnels s'ajoutent au fil des embauches.

Codéveloppement en gestion de projet – 1^{re} cohorte

Cette année une nouvelle initiative a permis à 15 chargés de projets multidirections de participer à 6 rencontres de codéveloppement en gestion de projet. Cette expérience leur a permis de partager les difficultés rencontrées dans leur projet, de bénéficier des conseils de leurs pairs afin de trouver des pistes de solutions concrètes. L'accompagnement de la démarche de codéveloppement a été réalisé par les experts de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique en gestion de projet.

De plus, à chacune des sessions, une formation sur les bonnes pratiques en gestion de projet a eu lieu sur des sujets tels que le rôle d'un chargé de projet, la gouvernance d'un projet, le leadership, la gestion de risque, etc. Suite au succès de cette initiative et vu la très bonne appréciation des participants, d'autres cohortes démarreront à l'automne 2019.

Programme de développement des compétences du personnel en soins en CHSLD

La Direction des soins infirmiers (DSI) a développé un programme de développement des compétences pour les infirmières en CHSLD. Ce programme répond au besoin d'optimisation de l'organisation du travail, des pratiques professionnelles et du développement des compétences cliniques en hébergement afin d'améliorer l'organisation du travail et des pratiques cliniques au sein des équipes de soins.

L'infirmière est au cœur de l'équipe de soins et elle doit jouer son rôle de coordination et exercer son plein champ de pratique. Le programme de développement des compétences infirmières en hébergement a été développé pour améliorer les compétences de l'infirmière et de son équipe de soins. Le programme comporte plusieurs outils dont un parcours de formation continue général et spécifique, un référentiel des huit compétences essentielles pour l'infirmière et un portfolio pour documenter les réalisations des infirmières et des transferts d'apprentissage par la participation à des ateliers réflexifs et à une communauté de pratique professionnelle.



Un accueil renouvelé

La séance d'information pour l'accueil des candidats à l'exercice de la profession infirmière et des externes a été entièrement revue. Cette nouvelle formule, sous forme de 5 à 7, a été instaurée afin de favoriser les échanges entre le personnel des unités et des services et les nouveaux employés. Ainsi, neuf rencontres ont été organisées, sous forme de « table ronde » dans les trois RLS du CISSS de la Montérégie-Est. Chacun des nouveaux candidats se joint à une table de gestionnaires, infirmières et autres membres du personnel de l'unité qu'il a choisie. Les échanges et le partage de témoignages permettent de bâtir une approche d'intégration adaptée pour eux. Cet accueil crée un impact positif sur la rétention du personnel et témoigne d'une mobilisation pour l'accueil de nouvelles ressources au sein de leur équipe.



Deuxième centre d'apprentissage et de simulation clinique

Depuis le mois d'août 2018, un deuxième centre d'apprentissage et de simulation clinique a ouvert ses portes à l'Hôpital Pierre-Boucher. Le Centre de simulation est un lieu d'enseignement fort réaliste pour les médecins, les résidents et tous les professionnels grâce à tous ses équipements médicaux de pointe. Ce centre est aussi un milieu multidisciplinaire pour toutes les sciences de la santé très apprécié pour approfondir des connaissances et de la pratique. Le centre dispose d'un mannequin ALS (réanimation cardiorespiratoire) et un mannequin simulateur nouveau-né. En 2018-2019, le centre a permis d'offrir plus 160 heures de formation.



Équipe de choc

Un programme novateur a été mis en place à l'unité des soins intensifs (USI) de l'Hôpital Honoré-Mercier. Ce programme appelé « Équipe de choc » est l'initiative d'un groupe interdisciplinaire, infirmières et inhalothérapeutes, de l'USI qui souhaitait développer leurs compétences et favoriser le travail en équipe. Le projet, en deux temps, débute par la lecture d'une histoire de cas détaillée, d'un usager fictif, laquelle présente des éléments selon les meilleures pratiques provenant de différents articles scientifiques et validés auprès d'intensivistes, pneumologues et pharmaciens. Par la suite, une discussion en présentiel est offerte aux inhalothérapeutes et infirmières en lien avec le cas présenté, afin de démystifier certaines pratiques, d'uniformiser et de mettre à niveau les connaissances. Cette initiative donne déjà d'excellents résultats pour les membres de l'équipe, mais surtout pour la clientèle des soins intensifs.

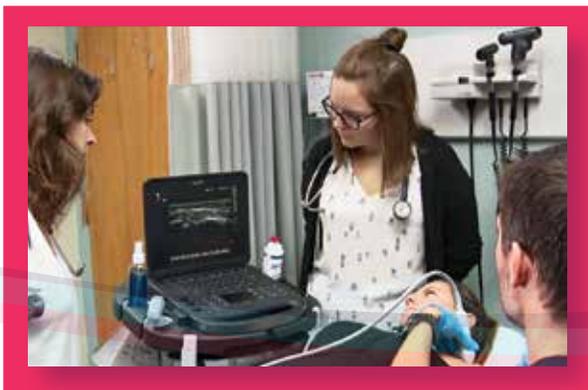


Isabelle Messier, infirmière;
Sébastien Gingras, inhalothérapeute;
Maude Chabot, infirmière et
Samuel Casavant inhalothérapeute.

Une sonde échographique portable pour l'enseignement

Le Groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) Richelieu-Yamaska a fait l'acquisition d'une sonde échographique portable permettant l'enseignement du système musculosquelettique aux résidents complétant leur formation en médecine. L'appareil permet maintenant aux futurs médecins de famille d'apprendre, notamment à effectuer des techniques d'infiltration sous échographie ciblée. Ce nouveau service est offert en première ligne aux patients du GMF-U.

Cet appareil échographique est également utile pour la réalisation des vidéos de formation au système musculosquelettique pour les résidents de l'Université de Sherbrooke et les omnipraticiens du RLS Richelieu-Yamaska.



D^r Jean-François Clément
et deux externes en médecine familiale
de l'Université de Sherbrooke.

Accueil de résidents en pharmacie

Le département de pharmacie au RLS Richelieu-Yamaska a obtenu l'accréditation de rotation clinique pouvant accueillir les résidents en pharmacie inscrits au programme de 2^e cycle de pharmacie en établissement de santé de l'université de Laval à Québec, pour deux secteurs cliniques, soient l'oncologie et les soins intensifs. Cette reconnaissance confirme que la pratique clinique pharmaceutique offerte dans nos milieux est non seulement pertinente pour les usagers, mais est aussi intéressante pour partager cette expertise aux résidents en formation, et contribue favorablement au recrutement en présentant notre milieu aux futurs pharmaciens.

Nouveau Tour de l'Est électronique

Le bulletin interne du CISSS de la Montérégie-Est, Le Tour de l'Est, est maintenant facilement accessible de n'importe où et sur n'importe quel appareil électronique grâce à sa version électronique. Son nouveau visual est décliné de la nouvelle image de marque que l'organisation s'est donnée durant la dernière année, afin de mieux se positionner comme établissement novateur, humain et accessible, de refléter les valeurs organisationnelles et de contribuer aux sentiments d'appartenance. Le nouveau Tour de l'Est est maintenant produit chaque semaine et accessible en ligne à l'adresse : [tourdelest.ca](http://letourdelest.ca). Un courriel présentant les sujets hebdomadaires est transmis à près de 6 000 employés chaque semaine. Plusieurs employés et partenaires externes sont également abonnés afin de suivre les nouvelles de l'organisation.



Signature des conventions collectives locales

Les nouvelles conventions collectives locales ont été signées avec la FIQ, la CSN et au début de l'année 2019 avec l'APTS. Ces signatures ont conclu plusieurs mois de travaux et permettront aux salariés de bénéficier de conditions de travail favorisant l'attraction et la rétention de la précieuse main-d'œuvre. Les parties sont persuadées que ces nouvelles conditions de travail constituent un levier afin de favoriser l'accessibilité, la qualité, la continuité et la sécurité des soins et des services offerts à la population. L'entrée en vigueur des dispositions locales de ces conventions collectives se fera dans la prochaine année.



Journée de la Direction de la protection de la jeunesse

Madame Josée Morneau, directrice de la protection de la jeunesse, a organisé une journée où 250 intervenants et gestionnaires de sa direction étaient réunis. Les objectifs de cette rencontre visaient à réaffirmer les attentes de la directrice concernant la mission et l'actualisation du mandat et aussi, recueillir des idées d'amélioration dans l'organisation du travail.

Centré sur la recherche de l'équilibre, le renforcement des partenariats, la gestion participative et de proximité, la rigueur, l'entraide et sans oublier, le plaisir et le rire au travail, le message qu'a transmis Josée Morneau à ses équipes était à la fois inspirant et authentique. Elle en a profité pour remercier les intervenants pour le travail accompli et souligner l'apport des stagiaires dans l'établissement. De plus, Jessica, une jeune femme de moins de 30 ans qui a bénéficié des services en protection de la jeunesse de l'âge de 5 ans jusqu'à l'âge de 18 ans, aujourd'hui une employée du CISSS de la Montérégie-Est, a donné le ton de la rencontre avec son touchant témoignage de reconnaissance envers les intervenants.



250 intervenants et gestionnaires de la DPJ réunis.

La gestion des arrêts de travail en santé mentale

La Direction des programmes santé mentale et dépendance du CISSS de la Montérégie-Est a organisé une journée scientifique Alliance, sous le thème : Les défis de la gestion des arrêts de travail en santé mentale, le 15 mars 2019. Les conférenciers de la journée ont présenté des aspects variés de la gestion des arrêts de travail pour susciter la réflexion chez les 140 employés et médecins présents. Ainsi, la problématique de la gestion des arrêts de travail a été abordée, la contribution du médecin dans la prévention les pistes d'action pour soutenir le retour au travail, la collaboration du milieu de travail avec l'équipe pour le rétablissement et un exemple de programme de retour au travail en première ligne ont été présentés.

Le programme Alliance a pour but de soutenir les médecins de première ligne dans une perspective de soins de collaboration. Cette journée aura permis de créer une synergie entre les services en santé mentale et les médecins vers une meilleure compréhension des enjeux, d'approfondir les connaissances et de s'approprier de meilleures pratiques cliniques touchant la gestion des arrêts de travail.



Les conférenciers accompagnés du comité organisateur :
Robert James Borris, Chantal Sylvain, Ph.D.,
D^{re} Danielle Laurier, D^{re} Claire Gamache,
D^{re} Jocelyne Bonin, Élisabeth Hamel,
Jean-Pierre Demers, M.Ps. et
André Champagne, animateur.

Programme d'accompagnement spécialisé (PAS)

Un programme d'accompagnement spécialisé afin de soutenir au quotidien le développement du leadership clinico-administratif des gestionnaires en hébergement-milieu de vie a été développé. L'objectif de ce programme est de clarifier les attentes face aux gestionnaires et de cibler l'accompagnement dont ils peuvent avoir besoin. Ce sont 3 compétences « parapluie » (générique), 9 compétences spécifiques à l'hébergement, 29 pratiques de gestion en amélioration continue et 72 actions de gestion concrètes et mesurables qui ont été définies dans le profil de compétences qu'un gestionnaire en hébergement se doit de développer ou de posséder. Cet outil est maintenant une référence pour tous les gestionnaires de la Direction adjointe soutien à l'autonomie des personnes âgées-hébergement.



Un accent sur l'amélioration continue des pratiques et des processus

Amélioration continue à la transcription

Le projet d'analyse de la performance des activités en transcription en imagerie médicale a permis de déployer des solutions permettant d'atteindre une cible fixée, au meilleur coût possible. De multiples problématiques ont été résolues comme l'organisation du travail, la performance des outils de travail, le problème de connexion informatique pour le télétravail, la pénurie de personnel, le suivi des indicateurs et la coordination de la répartition du travail de transcriptionniste. La pérennité des actions est assurée par la mise en place d'une équipe de transcriptionniste constituée d'un amalgame du personnel des équipes internes, d'une liste de rappel, d'une firme externe et d'un partage multisites des ressources peu importe la provenance des dictées.

La cible ministérielle de moins de 7 jours entre la dictée médicale et la transcription a été dépassée. Les résultats atteignent des délais de 2 à 3 jours alors qu'ils étaient à 60 jours l'an dernier. Plus de 325 000 examens sont transcrits annuellement au CISSS.

Amélioration continue en ultrasonographie

Un projet d'amélioration continue en imagerie médicale à l'Hôpital Pierre-Boucher a été réalisé, de septembre 2017 à février 2019, visant à repérer et à réduire les éléments qui compliquent le travail du personnel ou qui n'ont pas de valeur pour le patient dans le service de l'ultrasonographie.

Une analyse préalable a été effectuée sur des processus-clés (planification du rendez-vous, préparation du dossier usager, acheminement des usagers, examen, réapprovisionnement de la pharmacie) et sur certaines activités spécifiques (préparation des biopsies et nettoyage des sondes endovaginales). Au total, plus de 3 800 observations instantanées et plus de 38 heures d'observation en continu ont été réalisées. Elles ont été complétées par la rétroaction de plus de 150 patients et d'une soixantaine de médecins et professionnels référents ayant recours à l'ultrasonographie.

Les projets et actions potentiels identifiés ont été mis en œuvre permettant une meilleure organisation du travail, offrant davantage de fluidité dans les processus, donc un gain en qualité et en sécurité pour la clientèle, et procurant ainsi des conditions de travail plus agréables pour le personnel. En fait, il en est résulté une récupération de 5,5 heures par mois par la réduction d'activités à non-valeur ajoutée et une augmentation de 482 examens de plus en ultrasonographie pour une même période. De plus, les suggestions émises pendant l'exercice ont été considérées et certaines ont été retenues et mises en œuvre dans les services d'imagerie de l'Hôpital Honoré-Mercier et de l'Hôtel-Dieu de Sorel.

Soutien clinique et encadrement de la pratique en soins infirmiers

La Direction des soins infirmiers a élaboré et déployé plus de 13 règles de soins infirmiers au cours de la dernière année, soit plus qu'à l'habitude, afin d'améliorer l'encadrement de la pratique en soins. Elle a contribué à l'élaboration et l'implantation de 37 ordonnances et protocoles de soins pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Par l'élaboration de plusieurs dizaines d'outils cliniques, le déploiement de sessions de formation et par le soutien clinique, les conseillères en soins ont été au cœur du développement de la pratique en soins.

Une carte d'assurance maladie pour la clientèle itinérante

Un nouveau processus d'identification de la clientèle itinérante visible ou cachée a été instauré afin de leur offrir un processus simplifié et accéléré pour l'obtention d'une carte d'assurance maladie. Ce processus repose sur deux grands volets : la confirmation de l'identité assurée par la participation de treize organismes qui joue ce rôle en plus de quelques services du CISSS et l'authentification de la demande effectuée par l'accueil de certains CLSC du territoire.

Ainsi, lorsque la personne en situation d'itinérance se présente dans un lieu d'authentification en CLSC, son formulaire est acheminé à la RAMQ avec une photo prise au CLSC. Considérant que la personne en situation d'itinérance n'a pas de domicile fixe, la carte est acheminée à l'organisme qui a confirmé l'identité de la personne. La mise en place de ce nouveau service fait partie des mesures élaborées afin de contribuer à un meilleur accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance visible ou cachée.

Poursuite des efforts en santé environnementale

Services alimentaires

La vision de la santé environnementale du CISSS s'est transportée au Campus de Valleyfield durant l'année avec l'introduction de bacs de recyclage pour le plastique, le verre, le métal et le carton. Il est aussi possible d'y récupérer le papier, les piles usées, les cartouches d'encre, les cannettes et leurs goupilles d'aluminium ainsi que les attaches à pain. Le compostage des résidus alimentaires a été débuté dans certaines installations du CISSS. Les services alimentaires récupèrent la majorité des matières recyclables, incluant les huiles usées de cuisson.

Recyclage des plastiques hospitaliers

Projet novateur dans le réseau de la santé, le CISSS poursuit la mise en place d'un système de récupération des plastiques hospitaliers qui vise ses trois hôpitaux. Jusqu'à présent, les plastiques sont issus de 15 services cliniques des hôpitaux Pierre-Boucher et Honoré-Mercier (urgences, salles d'opération, endoscopies, pharmacies, hémodialyse, etc.). Un partenariat a été initié par l'entremise de plateau de travail en réinsertion socioprofessionnelle dont l'un à l'Hôpital Pierre-Boucher, opéré par l'organisme D'un couvert à l'autre, et d'un plateau de travail chez l'organisme Ateliers Transition afin d'assurer le recyclage de certains plastiques, la traçabilité de la matière ainsi que la pérennité des actions. À titre d'exemple, à l'Hôpital Honoré-Mercier, ce sont plus de 12 tonnes métriques de plastiques qui ont été récupérées en une année et qui sont donc détournées des sites d'enfouissement. En 2019, le projet se transportera à l'Hôtel-Dieu de Sorel avec la mise en place d'un 3^e plateau de travail.



Josée Alain, aide-cuisinière;
Line Soucy, cuisinière-chef d'équipe;
Pierre Daoust, préposé en hygiène et salubrité et
Chantal Juteau, cuisinière au
Campus de Valleyfield.

Harmonisation du processus d'approvisionnement des fournitures spécialisées

Un atelier d'amélioration continue a été organisé dans le cadre du projet d'harmonisation du processus d'approvisionnement des fournitures spécialisées pour le bloc opératoire, l'endoscopie et l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) des trois réseaux locaux de services (RLS) du CISSS de la Montérégie-Est. Cet atelier visait la réduction des gaspillages, l'harmonisation du processus d'approvisionnement des trois secteurs visés dans les trois RLS et la définition précise des rôles de chaque intervenant du processus afin de permettre au personnel clinique de maximiser leur temps de travail pour offrir un maximum de soins et de services à la clientèle.

Cent trente-quatre opportunités d'amélioration ont été identifiées. L'équipe a également établi le nouveau processus visé qui s'est traduit par une quarantaine d'actions à concrétiser dans les différentes installations. Ces actions ont été sélectionnées en évaluant les efforts à fournir par rapport aux impacts attendus à court terme. Ainsi, huit projets ont été identifiés pour la Direction adjointe santé physique chirurgie, dont le suivi est fait en salle de pilotage.

Fusion des systèmes GRH-Paie

Le CISSS de la Montérégie-Est harmonise de manière continue ses processus administratifs afin d'améliorer l'efficacité de ses activités. La fusion des systèmes de gestion GRH-Paie (rémunération, horaire, relevé de présence, relevé de paie, etc.), réalisée en février 2019, est un projet organisationnel d'envergure qui permet d'utiliser maintenant un seul système pour l'ensemble de l'établissement. Le projet, coordonné par la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques et la Direction des ressources financières, en partenariat avec le Service régionalisé de la paie, a requis un important travail d'arrimage entre les différents services. Les avantages et bénéfices de cette fusion sont multiples : utilisation, entretien et mise à jour d'une seule base de données, plus grande facilité dans l'échange et la recherche d'information, simplification du déploiement d'indicateurs de gestion et de performance, transparence dans les processus de gestion des ressources humaines (affichage de postes, profil de formation, horaires de travail, etc.), mobilisation d'équipe, vision plus globale du fonctionnement en CISSS et une plus grande mobilité au sein des équipes.



Plusieurs nouvelles ressources intermédiaires en 2019

L'année 2018-2019 aura été une année de changements et de déménagements pour plusieurs usagers hébergés en ressources intermédiaires sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Est. Suite à la fin d'ententes avec certaines ressources intermédiaires, des appels d'offres publics ont été réalisés incluant les critères qui doivent être répondus afin d'accueillir des clientèles en perte d'autonomie.

Ainsi, en 6 mois, près de 150 usagers ont déménagé pour se retrouver dans une nouvelle ressource intermédiaire respectant les dernières normes en matière de bâtiments et permettant de répondre aux exigences de la clientèle qui présentent de plus grands besoins lorsqu'elle est admise en ressource intermédiaire. Cette clientèle demeure plus longtemps à domicile, donc elle nécessite davantage de soins et de services lorsqu'elle est hébergée.



Tournée médiatique de la directrice de la protection de la jeunesse

En octobre 2018, le bilan des directrices et des directeurs de la protection de la jeunesse du Québec ayant pour thème « La cause des enfants tatoué sur le cœur », a été déposé. Une tournée des médias de la Montérégie a été organisée par l'établissement afin que la directrice de la protection de la jeunesse de la Montérégie présente les données du bilan. Il s'agit d'une première pour une directrice de la protection de la jeunesse de la Montérégie d'aller à la rencontre des médias dans toute la région.

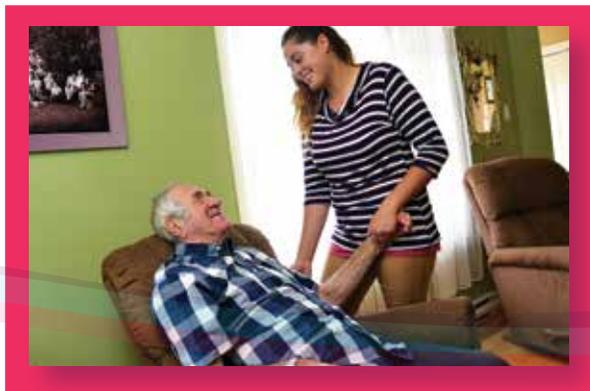


Josée Morneau,
directrice de la protection de la jeunesse et
directrice provinciale
accompagnée d'un intervenant.

Un accent sur la poursuite de la performance

Un million d'heures en soutien à domicile

Un plan de développement de 6,6 millions du MSSS a permis d'augmenter de plus de 80 000 heures le temps direct de services offerts à domicile pour les usagers. Plus de 17,8 postes équivalents à du temps complet ont été affichés afin d'offrir davantage de services. Le CISSS a également utilisé cette somme pour des services achetés en aide à domicile auprès d'organismes communautaires, pour des services rehaussés dans les résidences privées pour aînés pour l'attribution d'allocations directes en chèque-emploi service (CES), pour des fournitures médicales et du prêt d'équipement. Au total, le CISSS de la Montérégie-Est a offert plus d'un million d'heures de soutien à domicile, dans la dernière année, ce qui représente plus de 250 000 heures de services de plus en trois ans.



Anabelle Tardif,
auxiliaire de santé et de services sociaux et
Fernand Bernard.

Réalisation de l'étape 1 du projet Coût par Parcours de Soins et Services

Pour l'année 2018-2019, une équipe multidirections a été assignée pour déployer le projet provincial consistant à évaluer le coût des soins et des services reçus tout au long du parcours des usagers. Cette étape constitue la base pour permettre l'introduction du financement axé sur le patient. Un des objectifs principaux est d'améliorer toutes les dimensions de la performance ayant un impact sur l'usager.

L'équipe de projet a réussi avec succès la phase 1 qui consistait à comprendre et à utiliser l'outil PPM (Power Performance Manager), en faisant la modélisation et l'analyse des données de tous les systèmes cliniques, financiers et administratifs pour certains secteurs, avec l'année de référence 2016-2017.

La phase 2 devrait se compléter en 2019-2020 avec la complétion de la modélisation des secteurs et l'automatisation des extractions de données.

Activités d'amélioration continue

Les membres de l'équipe de l'amélioration continue et performance organisationnelle ont effectué de nombreuses activités dans l'exercice 2018-2019 contribuant ainsi à développer la culture d'amélioration continue et performance organisationnelle au sein du CISSS.

Activités de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Nombre d'ateliers animés	14
Taux de satisfaction moyens des ateliers	91,5 %
Nombre de formations et coaching donnés	441
Taux de satisfaction moyen des formations	89 %
Nombre de salles de pilotage déployées	11

Déploiement des OCCI

Des outils de cheminements cliniques informatisés (OCCI) ont été développés pour assurer le suivi des usagers à domicile selon leurs profils d'incapacités. Développés selon les meilleures pratiques, ces outils sont des guides pour les intervenants dans l'évaluation, la détermination des besoins et la planification des services s'adressant aux adultes (soutien à domicile, déficience intellectuelle, déficience physique ou trouble du spectre de l'autisme) ayant des incapacités fonctionnelles ou cognitives pour une période de trois mois et plus, facilitant ainsi le suivi systématique de ces clientèles. Dans le cadre de l'implantation de ces nouveaux outils informatisés, 350 portables ont été remis aux professionnels en soins à domicile. Ils peuvent maintenant remplir toutes les informations de l'usager à domicile dans l'outil clinique. Au-delà de 600 intervenants de différents programmes ont été formés par une trentaine de formateurs accrédités par le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. Les usagers et leurs proches peuvent être plus actifs dans l'identification des besoins et le choix des réponses et ressources et le CISSS peut avoir un portrait complet de l'ensemble des besoins et des services dispensés et être en mesure de bien répondre aux besoins de la population.



Maude Arpin, infirmière clinicienne et Julie Mathieu, technicienne en réadaptation physique du CLSC Gaston-Bélanger

Augmentation du niveau de services en réadaptation

Une enveloppe budgétaire récurrente a été attribuée au CISSS afin de développer des lits supplémentaires en hébergement. Ainsi, un projet d'augmentation du niveau de services de réadaptation a été élaboré et a permis de centraliser les lits de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) du RLS Richelieu-Yamaska dans la même unité, soit à l'Unité du Verger du Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe. Ces dix lits ainsi libérés au 9^e étage de l'Hôpital Honoré-Mercier sont dorénavant utilisés pour des admissions en médecine générale. De plus, les 32 lits de l'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF), qui étaient à l'Unité du Verger, ont intégré la nouvelle ressource intermédiaire, le Manoir Deauville à Saint-Hyacinthe, libérant ainsi des lits qui seront dédiés à la création de lits de longue durée pour le Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe, une fois les rénovations complétées.

Amélioration de la performance dans les urgences

La situation des urgences des trois hôpitaux de l'établissement continue de s'améliorer, la durée moyenne de séjour de la clientèle à l'urgence a atteint 16,9 heures, soit le meilleur résultat depuis la création du CISSS de la Montérégie-Est. Il est important de noter que l'amélioration est en partie due aux efforts mis en place dans toutes les directions afin de faciliter la prise en charge de la clientèle, ainsi que l'accessibilité à un lit d'hospitalisation. D'ailleurs, le délai moyen entre la demande d'hospitalisation et l'accès à un lit s'est amélioré de 2,8 heures, démontrant bien les efforts soutenus de toutes les équipes.



Félix Des Roches,
assistant supérieur immédiat et
D^r Pierre Turgeon,
microbiologiste-infectiologue
ainsi que Karine Samson, agente administrative qui
écoute attentivement le D^r Éric Sauvageau.

Taux d'utilisation des blocs opératoires

Les trois centres hospitaliers du CISSS de la Montérégie-Est font partie du 30 % des hôpitaux du Québec qui rencontrent la cible ministérielle de 85 % de taux d'utilisation de blocs opératoires. La gestion des listes d'attente en chirurgie a contribué à cette performance.

	Taux d'utilisation des blocs opératoires	
	2017-2018	2018-2019
CISSS de la Montérégie-Est	90 %	94,2 %
Hôpital Honoré-Mercier	94 %	91,2 %
Hôtel-Dieu de Sorel	93 %	93,7 %
Hôpital Pierre-Boucher	87 %	98,5 %

Nouvelle Direction des soins critiques et de coordination des activités hospitalières

À la suite d'une réorganisation administrative au sein de la Direction générale adjointe programme santé physique, à l'automne 2018, la Direction adjointe à la coordination des soins critiques et des continums de services est devenue la Direction des soins critiques et de coordination des activités hospitalières. Par la suite, un poste de directeur adjoint des activités hospitalières à l'Hôtel-Dieu de Sorel fut créé afin d'améliorer la coordination et l'efficacité dans la gestion quotidienne des opérations de l'Hôtel-Dieu de Sorel. Le CISSS se donne ainsi les moyens et les outils nécessaires afin de poursuivre l'accroissement et le développement de services, tout en assurant une coordination efficace des efforts et du travail des équipes de toutes les directions qui œuvrent à l'Hôtel-Dieu de Sorel. Le directeur adjoint aura la responsabilité de coordonner les activités quotidiennes autant des secteurs cliniques que de soutien, afin de faciliter et d'améliorer la trajectoire des usagers dans l'hôpital et leur transfert dans la communauté.

Prix et reconnaissance

25 ans de bénévolat de M^{me} Simone Paul

Le 10 mai 2018, les membres du conseil d'administration ont souligné l'engagement bénévole de M^{me} Simone Paul, présidente sortante de la Boutique Jeanne-Mance de l'Hôtel-Dieu de Sorel, pendant plus de 25 ans. Dès son entrée en poste, elle a su teinter la Boutique Jeanne-Mance de sa vision. Au fil des ans, la Boutique s'est agrandie et son offre de service a été bonifiée. Au cours des années où elle en a occupé la présidence, près de 500 000 \$ en dons ont été retournés à l'Hôtel-Dieu de Sorel pour l'acquisition d'équipements de soins pour l'intervention auprès des usagers



Louise Potvin, PDG du CISS; Simone Paul, présidente sortante de la Boutique Jeanne-Mance et Geneviève Grégoire, présidente du conseil d'administration du CISS.

Une résidente honorée au Centre d'hébergement de Mgr-Coderre

Le 26 août 2018 a été l'occasion pour M^{me} Monique Bouchard, résidente au centre d'hébergement depuis 31 ans, d'être honorée. Elle s'est en effet illustrée en recevant la médaille du souverain de la Gouverneure générale du Canada. Cette distinction vise à reconnaître les réalisations de bénévoles exceptionnels de partout au Canada. M^{me} Bouchard s'est démarquée notamment par son implication dans le scoutisme, dans la vie communautaire de Longueuil et au sein du comité des résidents du centre d'hébergement, ainsi que dans de nombreux conseils d'administration de notre organisation. C'est M^{me} Sylvie Parent, mairesse de Longueuil, qui a été désignée pour remettre la médaille à M^{me} Bouchard au nom de la très honorable Julie Payette.



Sylvie Parent, mairesse de Longueuil
et Monique Bouchard.

L'équipe Mobilis reçoit la médaille du 150^e anniversaire du Sénat

L'équipe Mobilis, composée d'intervenants de la Direction de la protection de la jeunesse du CISSS de la Montérégie-Est et de policiers du Service de police de l'agglomération de Longueuil, s'est vue décerner la médaille du 150^e anniversaire du Sénat canadien lors de la cérémonie du 23 novembre 2018 en présence de l'honorable sénateur Pierre-Hugues Boisvenu. Depuis maintenant dix ans, l'équipe est engagée dans une lutte contre l'exploitation sexuelle et la traite humaine des adolescents en Montérégie et bien plus, par le biais de ses partenaires régionaux, provinciaux, nationaux et internationaux.



Service de police de l'agglomération de Longueuil,
l'équipe Mobilis, le sénateur Pierre-Hugues Boisvenu et
Louise Potvin, PDG du CISSS.

Le Programme « Bouge Plus Mange Mieux » reçoit un Prix de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal

Le 5 décembre 2018, actif depuis deux ans, le Programme « Bouge Plus Mange Mieux » s'est mérité le Prix de l'engagement social en 2018, décerné par la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (Prix de la Doyenne).

Prévenir l'obésité par la promotion et la prévention des saines habitudes de vie auprès de la population, voilà l'objectif du programme « Bouge Plus Mange Mieux » initié par le D^r François Chagnon, chirurgien bariatrique, ainsi que Denis Burdett, infirmier en chirurgie, à l'Hôpital Pierre-Boucher.

Les initiatives de promotion et de prévention du programme s'adressent non seulement aux patients ayant subi une chirurgie bariatrique, mais aussi à la population, aux jeunes ainsi qu'aux employés du CISSS de la Montérégie-Est, et ce, grâce à l'appui de partenaires engagés, dont la Fondation de l'Hôpital Pierre-Boucher.



D^r François Chagnon, chirurgien bariatrique du CISSS et chargé d'enseignement clinique à l'Université de Montréal et Denis Burdett, infirmier à l'unité de chirurgie bariatrique, Hôpital Pierre-Boucher.

Deux infirmières du CISSS de la Montérégie-Est mises à l'honneur lors du 4^e Colloque Marie-France Thibaudeau

Le 6 décembre 2018, lors du colloque « Marie-France Thibaudeau », deux prix Leadership décernés par la Table des soins infirmiers du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal, en collaboration avec la Faculté des Sciences infirmières, ont été remis. Ces prix sont décernés à deux infirmières préceptrices afin de reconnaître le leadership dans leur pratique lors de leur accompagnement d'étudiants en stage. Les candidatures proviennent de témoignages d'étudiantes de troisième année qui sont invitées à partager leur meilleure expérience de préceptorat vécue lors d'un stage. Le CISSS de la Montérégie-Est a eu l'honneur de briller; en effet, M^{me} Isabelle Dufour, infirmière clinicienne actuellement en poste à la ressource intermédiaire – Vivalia le Boisé (secteur Pierre-Boucher), s'est vue remporter cette prestigieuse distinction. À l'instar de ce qui précède, nous tenons aussi à souligner la mention d'honneur décernée à M^{me} Geneviève Gauthier, infirmière en santé mentale à l'Hôpital Pierre-Boucher, qui fût également finaliste pour ce prestigieux prix.



Pascale Larocque; Émilie Hubert, CEPI; Isabelle Dufour et les membres du jury du RUIS de Montréal.

L'équipe du Service de développement des compétences lauréate au Gala reconnaissance de la SOFEDUC!

Lors du Gala reconnaissance de la Société de formation et d'éducation continue (SOFEDUC), tenu en novembre 2018, le Service de développement des compétences (SDC) du CISSS de la Montérégie-Est s'est vu décerner le prix d'excellence en formation continue. Ce prix est attribué à un organisme qui s'est le plus distingué dans l'amélioration de la qualité en formation continue, notamment pour sa rigueur dans le traitement des demandes d'accréditation et dans la transmission du bilan annuel des unités d'accréditation émises, pour son souci du respect des 10 normes de qualité de la SOFEDUC, sa participation aux activités de formation de la SOFEDUC et pour son évaluation du transfert des apprentissages.

Le projet « Partenariat dans la gestion quotidienne de la qualité des soins et des services » reconnu comme pratique exemplaire

Dans le cadre du programme des Prix d'excellence dans l'implication des usagers pour la sécurité des usagers, le projet « Partenariat dans la gestion quotidienne de la qualité des soins et des services », présenté par la Direction adjointe de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique, a été reconnu comme une pratique exemplaire par l'Organisation de normes en santé (Health Standards Organization (HSO)) et ajouté à la Bibliothèque de pratiques exemplaires de HSO.

Ce projet d'amélioration continue a permis une réduction de 27 % du taux de chutes des usagers de l'unité de vie du Palais du Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe. Concrètement, l'équipe du projet a réinventé l'utilisation du formulaire AH-223 en tant que levier clinique et inclusif de la voix de l'utilisateur et de ses proches pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services. Fort de ce succès, ce projet pilote, issu du Programme FORCES 2017, est en cours de déploiement à l'ensemble des unités de vie des 16 CHSLD du CISSS de la Montérégie-Est.

50



Équipe de l'unité de vie du Palais –
Centre d'hébergement de
l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe.

Prix rayonnement

La D^{re} Julie Morin, pédiatre à l'Hôpital Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe, a reçu, le 24 janvier 2019, un prix rayonnement de l'Association des professeurs d'enseignement clinique de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke. Elle a reçu ce prix en raison de son implication humanitaire en formation de la réanimation néonatale à l'Hôpital Albert-Schweitzer à Deschappelles en Haïti.



Dr François Cormier,
président de l'Association des professeurs
d'enseignement clinique de la
Faculté de médecine de
l'Université de Sherbrooke et anesthésiologiste à
l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke ainsi que
D^{re} Julie Morin, pédiatre à
l'Hôpital Honoré-Mercier.

Prix citoyen d'exception pour le projet de Nana

Lors de la 2^e édition du Gala de Longueuil L'excellence d'ici, le 30 janvier 2019, Caroline Légaré et Danielle Proulx de l'équipe de la coordination des services à l'adolescence à la Direction adjointe programme jeunesse – services psychosociaux dans la communauté et partenariat, accompagnées de l'adorable chienne Nana, ont reçu le Prix Citoyen d'exception pour le volet aide à la personne.

Cette reconnaissance permet de souligner leur engagement et leur implication auprès des personnes vulnérables sur les plans socio-économique, physique et psychologique. Grâce à ses accompagnements spécifiques, Nana contribue à aider plusieurs enfants à traverser des moments difficiles. Rappelons que Nana, un labernois de 18 mois, intervient en tant que chien de soutien émotionnel et son travail consiste à accompagner les enfants dans leurs moments les plus difficiles.



Caroline Légaré et Danielle Proulx, lors du Gala de Longueuil L'excellence d'ici.

Prix Innovation clinique de l'ORIIIM : optimiser l'allaitement maternel du nouveau-né prématuré au CISSS de la Montérégie-Est

Le projet « Conduite pratique de l'allaitement maternel du nouveau-né prématuré de 32 à 36 6/7 semaines » a reçu le prix Innovation clinique Banque Nationale 2018 de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie (ORIIIM).

L'outil clinique développé vise à améliorer le taux d'allaitement des nouveau-nés de prématurité tardive, tout en mettant la mère au cœur des soins donnés à son enfant par l'utilisation d'un nouvel outil clinique. L'outil clinique permet de bien soutenir l'allaitement, de prévenir et de détecter les tétées inefficaces, d'observer la maturité de succion du nouveau-né et de s'assurer que celui-ci reçoit un apport suffisant en lait. Il propose les meilleures méthodes afin que la mère amorce et maintient de façon optimale sa production lactée.

Félicitations aux conseillères en lactation et aux médecins du CISSS de la Montérégie-Est qui ont créé ce projet : M^{me} Claude Bonneau, infirmière et consultante en lactation, M^{me} Ghislaine Reid, consultante en lactation, agente de formation en allaitement, D^{re} Christiane Charette, pédiatre et D^{re} Chantal Boucher, pédiatre.

Prix SST responsable - « Transport-table »

Le 13 novembre 2018, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) a remis un Grand Prix santé et sécurité du travail dans la région de la Yamaska au CISSS de la Montérégie-Est – Centre d'hébergement Andrée-Perrault, pour le projet « Transport-table ». Un transporteur à roulettes a été conçu par l'équipe des services techniques afin d'éviter que les travailleurs ne se blessent en déplaçant plusieurs tables lourdes et peu maniables. Le transporteur se glisse facilement sous la table à peine soulevée et se manipule aisément d'une seule main sans problème d'instabilité. Tout le personnel peut désormais déplacer le mobilier sans effort, ce qui a augmenté l'efficacité au travail et éliminé les risques de blessure.



Bourses MJP Lassonde

Le 7 novembre 2018, La Fondation Honoré-Mercier a remis 20 000 \$ en bourse, lors de la soirée de remise des bourses MJP Lassonde, dédié à la médecine familiale. Les récipiendaires se sont mérité chacun une bourse de 10 000 \$. Ainsi, la première a été octroyée au D^r Jean-François Clément et à son équipe pour la diffusion de l'enseignement sous échographie avec des capsules vidéos de formation de l'examen locomoteur en médecine familiale. La deuxième a été octroyée aux D^{res} Geneviève Fontaine et Sandrine Langevin pour leur projet intitulé « La prescription adéquate d'un arrêt de travail ». Ce projet consiste en l'étude et la standardisation des octrois et suivis des billets médicaux d'absences au travail, en médecine familiale.



D^r Gilles Brien,
président de la Fondation Honoré-Mercier;
Cédric Fréchette, résident au
GMF-U Richelieu-Yamaska;
Michel Lassonde;
D^r Jean-François Clément;
D^r Jean Lassonde et
Éric Belleville, résident au
GMF-U Richelieu-Yamaska.



D^r Gilles Brien,
président de la Fondation Honoré-Mercier;
Michel Lassonde;
D^{re} Sandrine Langevin;
Jean-Pierre Demers,
psychologue-enseignant au
GMF-U Richelieu-Yamaska et
D^r Jean Lassonde.

Prix d'excellence du MSSS : le CISSS de la Montérégie-Est doublement récompensé

La 35^e cérémonie des Prix d'excellence du MSSS, célébrée le 31 mai 2018, deux projets du CISSS ont remporté les honneurs dans leur catégorie respective.

Catégorie Développement durable

Les deux plateaux de travail concernant le déchetage et la récupération de papier et de plastique, confiés à des organismes d'insertion et de santé mentale.

Deux projets ont ainsi vu le jour simultanément en vue de confier le déchetage du papier à des organismes d'insertion et de santé mentale. Bien que développés en parallèle, ces deux projets partagent les mêmes objectifs environnementaux, sociaux et économiques. L'un d'eux a été mis sur pied sur le territoire de Richelieu-Yamaska, en collaboration avec l'organisme Ateliers Transition, et l'autre à l'Hôpital Pierre-Boucher, avec l'organisme D'un Couvert à L'autre. Les deux organismes emploient des personnes ayant des problèmes de santé mentale qui désirent réintégrer le marché du travail.

Sur le plan financier, les deux initiatives combinées ont permis de réduire de manière importante les coûts liés au déchetage, générant une économie récurrente de l'ordre de 50 000 \$ annuellement. Ces mesures ont également eu un effet positif notable sur l'environnement, notamment grâce à une diminution des gaz à effet de serre. C'est toutefois sur le plan social que ces projets ont eu le plus d'impact : plusieurs personnes peuvent ainsi bénéficier d'une réinsertion socioprofessionnelle qui leur permet d'avoir un emploi bien rémunéré et qui les valorise. Cela contribue également à développer des aptitudes qui favoriseront leur autonomie et leur épanouissement.



Luc Castonguay, Catherine Lemay, Nathalie Robitaille, Carole Leroux, Maxine David, Louise Potvin, Marie-Françoise Fayolle, Nathalie Chauvin, Yves St-Arnaud, France Le Blond et Michel Fontaine.

Catégorie Partenariat

Le projet CLÉ qui vise à soutenir financièrement les jeunes qui ont un historique de placements et de familles absentes depuis plusieurs années et qui doivent quitter les services de la protection de la jeunesse.

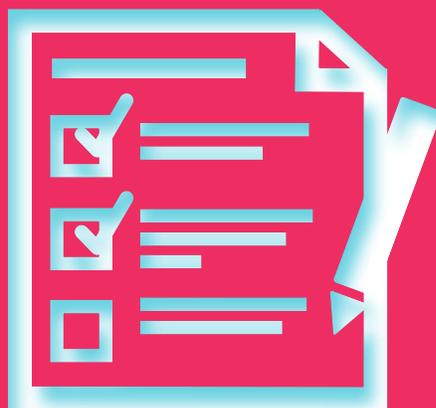
Des intervenants et des gestionnaires de la région de la Montérégie, préoccupés par l'avenir des jeunes, à l'aube de leur majorité, qui doivent quitter les services de la protection de la jeunesse, se sont mis en action pour trouver des solutions concrètes et leur permettre de réaliser leurs rêves. C'est ainsi que le projet CLÉ est né, afin de soutenir financièrement ces jeunes dans la poursuite de leurs études postsecondaires et l'obtention d'un logement. Ce projet se révèle un levier puissant pour briser le cycle intergénérationnel des familles en difficulté et donner à ces jeunes personnes vulnérables la chance de changer leurs trajectoires de vie.

Le succès de cette initiative repose sur le partenariat essentiel qui a été développé entre la Fondation du Centre jeunesse de la Montérégie, le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (CISSS), et la communauté d'affaires de la région. Afin d'optimiser ses chances de réussite, chaque jeune se voit jumeler à un mentor bénévole qui l'encourage et le conseille tout au long de son intégration socioacadémique. Ainsi, le projet apporte aux jeunes un soutien à la fois financier et affectif et des résultats probants.



Luc Castonguay, Louise Potvin,
Catherine Lemay, Nadia Gagnier,
Chantal Beauregard, Mélanie Gagné,
Sophie Roy, Louise Delisle, Suzie Roy,
Sophie Dubuc, Michel Beaulieu,
Martin Bélanger et Michel Fontaine.

Les résultats au regard DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ



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

Attentes spécifiques 2018-2019

RÉSULTATS AU REGARD DES ATTENTES SIGNIFIÉES 2018-2019

SECTION II : Santé publique

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
02.1 Implanter dans chaque établissement de santé et services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI)	<p>L'établissement doit mettre en place un CS-PCI et s'assurer qu'il remplisse son mandat :</p> <ul style="list-style-type: none"> réviser annuellement les objectifs et les priorités en PCI et faire des recommandations aux instances visées; suivre l'évolution de la situation épidémiologique au regard du risque infectieux; suivre l'application des mesures en PCI; suivre les données de surveillance sur les infections nosocomiales et les audits; adopter le bilan annuel de PCI et assurer le suivi auprès du C. A.; entériner le choix des indicateurs relatifs à l'évaluation du programme PCI; assurer l'harmonisation et la standardisation des pratiques PCI; recevoir et entériner les politiques et procédures en PCI et formuler les recommandations aux instances appropriées pour leur mise en œuvre; déterminer les enjeux et les recommandations de PCI à acheminer au CODIR; déterminer les enjeux de ressources matérielles et humaines qui nuisent à l'atteinte des objectifs du programme; acheminer les recommandations nécessaires au CODIR. <p>L'établissement doit s'assurer que le CS-PCI est rattaché au PDG ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le PDG.</p> <p>Le CS-PCI doit tenir au moins quatre rencontres par année.</p>	R

SECTION III : Services sociaux

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
03.1 Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC)	Le Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité constitue un outil de suivi d'implantation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience mis en place par la Direction des personnes ayant une déficience en 2008. L'établissement devra compléter et transmettre le plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité.	R
03.2 Plan d'action 2017-2022 sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA)	Le Plan d'action 2017-2022 sur le trouble du spectre de l'autisme a été publié et identifie les grandes priorités qui guideront le réseau dans les actions à poser afin de mieux soutenir les personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme et leurs familles. L'établissement doit compléter l'outil de suivi du plan d'action 2017-2022 sur le trouble du spectre de l'autisme par l'intermédiaire d'un formulaire dans le système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED).	R
03.3 Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir	<p>La Stratégie est un ensemble de moyens qui orientent les établissements ciblés en matière de santé et de services sociaux afin d'intensifier les soins et les services aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir et vise une contribution de tous les programmes-services. Plus précisément, l'implantation de la Stratégie permettra aux établissements :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'assurer le repérage et l'évaluation des besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir; • de les accompagner au moyen d'une offre de services et d'une organisation de services définies, adaptées à leur réalité et inspirées des meilleures pratiques afin de prévenir le passage à la rue ou d'en favoriser la sortie; • de mobiliser et de dynamiser l'ensemble des programmes-services dans l'atteinte des objectifs poursuivis; • de mettre en place et de consolider des collaborations formelles entre les intervenants du réseau et entre les différentes régions et, lorsque requis, avec les partenaires du milieu communautaire. <p>L'établissement doit élaborer un plan de travail pour l'implantation de la Stratégie et mesurer son taux d'implantation par l'intermédiaire d'un formulaire dans le système de suivi de gestion et de reddition de comptes GESTRED.</p>	R

SECTION III : Services sociaux

03.4 Trajectoire de services optimale pour les jeunes et leur famille en situation de négligence	Une trajectoire de services bien définie permet d'assurer la coordination optimale des services et le suivi systématique de l'utilisateur. Elle vise également à améliorer la qualité et l'efficacité des services. Pour chaque région sociosanitaire, l'établissement devra définir une trajectoire de services optimale pour les enfants et leur famille en situation de négligence.	Cette attente a été retirée par le MSSS
03.5 Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA	<p>1. L'établissement a des obligations dans la prévention et la réduction des niveaux de soins alternatifs (NSA). Ainsi, il doit produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien Niveau de soins alternatifs. L'établissement doit 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.</p> <p>2. L'établissement doit 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.</p>	Cette attente a été modifiée par le MSSS
03.7 Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (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 doit être produit.	R

Commentaires :

03.5 Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA

1. Suite à la réception des données quantitatives et qualitatives portant sur l'implantation des bonnes pratiques au sein de l'établissement, l'état de mise en œuvre en fin d'année a été annulée.
2. Cette attente n'est plus requise puisque le suivi des délais d'attente se fera dorénavant avec le système RQSUCH.

SECTION IV : Service de proximité, urgences et préhospitalier

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
04.1 État d'avancement du Plan d'action triennal 2016-2019 - Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs	Suite à l'Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1 ^{er} juin 2016, l'établissement devra produire un état de situation faisant état des réalisations dans l'établissement.	R
04.2 État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018 - Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC	L'établissement doit procéder à une autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	R
04.3 Mise en place d'un comité tactique télésanté en établissement	L'établissement doit compléter le gabarit produit par le MSSS indiquant l'existence du comité, les membres et le nombre de rencontres tenues au cours de l'année. Les établissements peuvent se référer au document décrivant le mandat et une proposition de composition de ce comité (http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/Gouvernance.aspx) et également préciser dans le cadre de référence sur la gouvernance, la gestion de projets et des services utilisant la télésanté à la même adresse.	R

SECTION V : Service de santé mentale et de psychiatrie légale

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
05.1 Poursuivre le déploiement des effectifs en santé mentale dans les équipes de soutien dans la communauté	L'établissement ayant reçu du financement doit fournir pour chaque type de services de soutien dans la communauté identifié, les informations requises sur les postes équivalents à temps complet créés, comblés et vacants, le nombre de places supplémentaires disponibles, le nombre d'utilisateurs supplémentaires desservis, le coût moyen par poste créé, de même que le total de la dépense engagée.	R

SECTION VII : Financement, infrastructures et budget

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
07.1 Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés	<p>Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour ce bâtiment.</p> <p>Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières (PCFI) et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.</p>	Cette attente a été retirée par le MSSS

SECTION VIII : Coordination réseau et ministérielle

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
08.2 Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux	<p>Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en assurant des liens avec la gestion intégrée des risques de l'établissement.</p> <p>À cet effet, l'établissement doit maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation.</p> <p>Ensuite, l'établissement doit mettre en place ou maintenir un comité formé de représentants de toutes les directions et programmes pour les travaux de gestion des risques en sécurité civile.</p> <p>L'établissement doit également déterminer, en fonction de son appréciation et de ses préoccupations, la portée retenue pour circonscrire le processus de la gestion des risques.</p> <p>Finalement, l'établissement doit compléter la phase d'appréciation des risques du processus, selon la portée retenue.</p>	R

SECTION VIII : Coordination réseau et ministérielle

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
08.3 Plan de maintien des services ou activités critiques – Santé et Services sociaux	Pour accroître sa résilience en matière de sécurité civile, l'établissement doit amorcer l'élaboration d'un plan de maintien des services ou activités critiques. À cet effet, pour 2018-2019, l'établissement doit procéder à l'identification de ces services et de ces activités jugés critiques.	R

SECTION VIII : Planification, évaluation et qualité

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
09.1 Mise en œuvre d'un Plan d'action en santé et bien-être des hommes par les établissements	Le plan d'action de l'établissement doit être rédigé et doit respecter les directives se trouvant dans le document « Lignes directrices - Plan d'action SBEH des établissements de santé et de services sociaux ». Lors de la transmission du plan d'action au MSSS, l'établissement doit transmettre la fiche de reddition qui démontre que les actions en place permettent de répondre aux principaux objectifs identifiés dans le document des lignes directrices.	R

Engagements annuels 2018-2019

RÉSULTATS DES ENGAGEMENTS ANNUELS DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Légende

Atteinte de l'engagement annuel à 100 %	
Atteinte de l'engagement annuel égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 %	
Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 90 %	
Non disponible	N/D

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement (2018-2019)	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique - Cancérologie				
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	74,9 %	90 %	82,1 %	90 %
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier	95,6 %	100 %	97,1 %	100 %

Commentaires :

1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier

L'engagement est non atteint. L'écart est de près de 8 % par rapport à l'engagement, bien qu'on note une légère amélioration (de 7 %) par rapport aux résultats de l'année précédente.

On note une difficulté à réaliser les chirurgies oncologiques à l'intérieur de 28 jours dans les trois installations en partie en raison d'absences imprévues de professionnels et de médecins. Cet impact équivaut à environ 7 jours de délai moyen additionnel pour atteindre la cible puisque les résultats atteignent 90,2 % de chirurgies réalisées à 35 jours d'attente.

Les efforts visent actuellement à combler les remplacements des absences en anesthésiologie afin de rencontrer la cible de 90 % réalisés dans un délai de 28 jours.

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 non atteint. Aucun changement significatif des résultats depuis 3 ans se situant autour de 97 %. La cible est atteinte à 99 % dans deux milieux hospitaliers sur trois (l'Hôtel-Dieu de Sorel et l'Hôpital Honoré-Mercier).

Certaines chirurgies oncologiques pouvant être réalisées dans un délai d'attente allant de 28 jours à trois mois compromettent l'atteinte de cette cible (par exemple : prostate, thyroïde, etc.). Ces informations sont connues du MSSS par l'entremise des rencontres sur les mécanismes d'accès et par le chantier de chirurgie.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement (2018-2019)	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD)	100 %	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 Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)	100 %	100 %	100 %	100 %
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse	100 %	100 %	100 %	100 %
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	61,4 %	75 %	60,3 %	80 %

Commentaires :

1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements

Engagement non atteint. Diminution du taux de conformité de 1,1 point de pourcentage par rapport aux résultats de l'exercice précédent.

Parmi les facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement, on note un taux de conformité d'hygiène des mains plus bas chez les médecins ce qui fait baisser la moyenne pour l'ensemble des quatre catégories de professionnels ou employés visés.

Les principales mesures mises en place comprennent :

- Un plan d'action est en cours avec le CMDP
- Une campagne régionale de sensibilisation à l'hygiène des mains à tout le personnel a débuté en collaboration avec les services de prévention et du contrôle des infections et les directions adjointes aux communications et relations médias des trois CISSS de la Montérégie. Cette initiative a pour but d'inciter les employés et la population à adopter les meilleures pratiques relatives à l'hygiène des mains.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement (2018-2019)	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Soutien à domicile de longue durée (SAD)				
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	833 069 heures	883 927 heures	1 015 554 heures	1 052 322 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)	7 882 personnes	7 000 personnes	8 064 personnes	7 258 personnes
1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	92,1 %	90 %	93,1 %	90 %
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	769 567 heures	751 003 heures	Cet engagement a été retiré par le MSSS	Cet engagement a été retiré par le MSSS
1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	5 496 personnes	5 440 personnes	Cet engagement a été retiré par le MSSS	Cet engagement a été retiré par le MSSS

Commentaires :

1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)

Le déploiement des outils de cheminements cliniques informatisés (OCCI) qui s'est déroulé de septembre à décembre 2018 a ajouté une pression additionnelle sur les intervenants. Les efforts déployés ont tout de même permis de maintenir les résultats de l'exercice précédent et même de légèrement les dépasser.

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

Cet engagement a été retiré par le MSSS. Cet indicateur a été retiré de l'EGI en cours d'année et transféré en suivi de programme.

1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14

Cet engagement a été retiré par le MSSS. Cet indicateur a été retiré de l'EGI en cours d'année et transféré en suivi de programme.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement (2018-2019)	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
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 %	0 %	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 %	0 %	100 %
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100 %	100 %	100 %	100 %
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	79,8 %	85 %	76,7 %	80 %

Commentaires :

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

ET

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 (AAPA)

Les engagements sont non atteints.

Cette année, la gouvernance de l'AAPA a été révisée au sein de l'établissement et l'ensemble des composantes a été évalué. Nous avons révisé à la baisse le niveau d'implantation des différentes composantes : 76 % pour les composantes 1, 2 et 6 et 52 % pour les composantes 3, 4 et 5. Les actions nécessaires à l'atteinte des cibles sont identifiées. Parmi ces mesures entreprises par l'établissement pour corriger la situation, on retrouve notamment :

- Implanter le plan de communication;
- Nommer un médecin co-porteur AAPA dans chaque hôpital (urgence et unité de soins);
- Définir les modalités de participation de la personne âgée et de ses proches;
- Intensifier la formation module 4-5-6 et le coaching pour l'équipe de soins et les professionnels;
- Assurer l'application des interventions cliniques associées au syndrome d'immobilisation et au délirium;
- Implanter l'évaluation Profil AINÉES sur toutes les unités ciblées par l'AAPA.

Commentaires :

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

L'engagement est non atteint. Pour l'année 2018-2019, le taux conformité est de 76,7 % ce qui représente une baisse de 4 % par rapport à la même période l'an dernier. L'atteinte de l'engagement est compromise par la capacité de développement de partenariat avec des ressources adaptées pour accueillir la clientèle avec profil 9 ou moins comportant soit des troubles de comportement ou un profil de soins palliatifs ne répondant pas aux critères des maisons de soins palliatifs.

Afin d'augmenter la conformité de nos résultats avec les attentes ministérielles, la modification de notre parc de lits en ressources intermédiaires s'est poursuivie en 2018-2019. De nouveaux partenariats ont été développés dans de nouvelles ressources de type B3, mieux adaptées pour accueillir la clientèle avec un profil 9. Toutefois, la pénurie de main-d'œuvre qui frappe le réseau ainsi que les résidences avec qui nous avons des ententes, rend plus difficile l'accueil de clientèle avec un profil plus complexe dans une ressource intermédiaire (RI).

Un comité d'orientation est en place pour l'étude des demandes d'hébergement de clients présentant des profils non conformes et plus complexes. Ainsi, toutes les contraintes à l'hébergement dans une ressource plus légère sont évaluées par des experts avant qu'une décision d'orientation ne soit prise.

L'admission de résidents avec profils inférieurs à 10 dans nos CHSLD s'explique majoritairement par les situations suivantes :

- L'état de santé du résident nécessite une évaluation infirmière ou médicale fréquente ou l'administration d'insuline sur échelle ou l'administration de médication au besoin (PRN) selon l'évaluation clinique;
- Le résident présente des troubles de comportement imprévisible avec impulsivité et présente un risque pour sa sécurité si l'encadrement est insuffisant;
- Le résident nécessite des soins palliatifs (fin de vie).

Malgré la modification en cours de nos diverses ressources d'hébergement, il demeure certaines ressources intermédiaires comportant des barrières architecturales qui limitent la capacité d'admettre des résidents avec profil ISO-SMAF 9 et plus.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement (2018-2019)	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Déficiences				
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	87,0 %	94,9 %	94,9 %	94,9 %
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	97,4 %	97,0 %	97,8 %	98 %
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	72,2 %	75 %	84 %	90 %

Commentaires :

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

ET

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

Les engagements sont atteints. Les mesures qui ont été prises en cours d'année par l'établissement et qui se poursuivent permettant de rencontrer les cibles sont :

- Vérification du rapport du plan d'accès hebdomadairement par les responsables de la liste d'attente du SAD, suivi hebdomadaire en comité de coordination SAD avec gestionnaires.
- Réanimation auprès des gestionnaires du SAD du plan accès et des fonctions « requis ultérieurement » ou « indisponibilité de l'utilisateur » dans le I-CLSC.
- Note de service pour expliquer l'importance que la première intervention se fasse dans le même objet que la codification inscrite à l'accueil.

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 est atteint. La mesure annuelle est exigible à la période 6 (au 15 septembre 2018) seulement.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement (2018-2019)	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Jeunes en difficultés				
1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	7,24 %	6,93 %	N/D	7 %

Commentaires :

1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence

Les données sont non disponibles dans le Portail du Système d'information décisionnel (source de données officielles du MSSS).

Les données préliminaires nous montrent que le nombre de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence est passé de 1 996 en 2017-2018 à 2 191 en 2018-2019, ce qui représente une augmentation de 10 %.

Selon les projections de population, le résultat en fin d'année (période 13) pourrait atteindre 7,85 % (2 191 / 279 079). L'engagement est non atteint. Une détérioration de 8 % est notée par rapport à l'année précédente.

Parmi les mesures mises en place, une intensification des interventions et une réduction des listes d'attente pour un premier service de première ligne.

On note une augmentation des signalements reçus par rapport à l'année précédente.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement (2018-2019)	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Dépendances				
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	88,9 %	90 %	92,1 %	90 %

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement (2018-2019)	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé mentale				
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	574,2 places	704 places	606,6 places	704 places
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	270 places	260 places	266,4 places	247 places

Commentaires :

1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère

L'engagement est non atteint. En soutien d'intensité variable (SIV), en 2018-2019, il y a une évolution de plus de 107 usagers par rapport à 2017-2018 (477 en 2017-2018 et 584 en 2018-2019). Les facteurs expliquant l'écart déficitaire de 98 places sont :

- Plusieurs absences dans les équipes, liées entre autres à des maladies et des maternités, n'ont pu être remplacées à la hauteur des besoins. Malgré les efforts de recrutement, la situation a fait en sorte de devoir remplacer des remplaçants.
- Beaucoup de mouvements internes qui laissent des postes dépourvus de leur titulaire le temps de compléter le processus d'embauche.
- La mise en place du premier épisode psychotique (PEP) a eu un impact en raison de l'orientation de certains clients vers ce programme plutôt qu'au SIV.
- La transformation de l'équipe de Sorel en équipe FACT (« Flexible Assertive Community Treatments ») a nécessité une formation ainsi qu'une période de transition pour les équipes, ce qui explique la diminution des admissions.
- Obligation de mettre fin à une entente avec un organisme communautaire n'étant pas en mesure d'offrir le suivi attendu auprès des 25 clients convenus.

Parmi les mesures entreprises par l'établissement pour corriger la situation, notons :

- Processus d'embauche en cours pour permettre de remplacer les personnes en absence;
- Ajout de postes pour consolider les équipes et pallier le mieux possible aux absences des intervenants;
- Fin de la transformation des équipes SIM-SIV du RLS Pierre-De Saurel en équipe FACT permettant de recommencer à recevoir de nouveaux dossiers;
- Mise en place d'un mécanisme hebdomadaire de communication sur les places disponibles aux psychiatres et aux équipes en santé mentale;
- Ouverture aux références provenant de la communauté.

La méthodologie de calcul de l'indicateur implique une reddition faite à partir de portraits à des moments bien précis. Cela ne traduit pas nécessairement le travail effectué sur le terrain et la clientèle réellement desservie. Il serait intéressant de tenir compte du nombre de clients différents rencontrés durant l'année.

1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère

L'engagement est atteint. En suivi intensif dans le milieu (SIM), on constate une augmentation de plus de 20 clients passant de 224 usagers en 2017-2018 à 245 en 2018-2019.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement (2018-2019)	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique - Urgence				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	17,54 heures	12 heures	16,89 heures	12 heures
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	48,2 %	70 %	47,9 %	85 %
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	45,9 %	70 %	49,6 %	85 %

Commentaires :

1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence

L'engagement n'a pas été atteint malgré une amélioration globale de la durée moyenne de séjour (DMS) du CISSS passant de 17,5 h à 16,9 h. À noter que deux milieux hospitaliers sur trois s'approchent de la cible de 12 h avec 13,5 h pour l'Hôpital Honoré-Mercier (HHM) et 14,1 h pour l'Hôtel-Dieu de Sorel (HDS). Pour l'Hôpital Pierre Boucher (HPB), la DMS est passée de 23 h en 2017-2018 à 21,9 h en 2018-2019, ce qui représente une amélioration de 1,1 h de DMS sur civière.

Parmi les mesures mise en œuvre par l'établissement pour corriger la situation :

Hôtel-Dieu de Sorel :

- Analyse d'opportunité de création d'une unité d'hospitalisation brève (UHB) afin d'améliorer l'efficacité des soins pour des séjours de 36 à 48 heures;
- Travaux d'optimisation des processus;
- Suivi et optimisation des processus concernant la clientèle nécessitant un niveau de soins alternatifs (NSA) afin de libérer des lits de courte durée;
- Consolidation de l'équipe médicale à l'urgence prévue en juin 2019.

Hôpital Honoré-Mercier :

- Travaux en cours pour la construction d'une nouvelle urgence;
- Travaux de relocalisation des secteurs de santé mentale;
- Révision des processus;
- Travaux de consolidation des équipes médicales.

Hôpital Pierre-Boucher :

- Début des travaux préparatoires à l'agrandissement de l'Hôpital Pierre-Boucher;
- Travaux de réaménagement de l'UHB et création d'une nouvelle unité de débordement d'ici la fin de l'automne 2019;
- Préparatifs à l'ouverture d'une zone évaluation rapide (ZER) prévue le 30 avril 2019;
- Travaux de réorganisation de l'horaire des médecins de l'urgence et de consolidation de l'équipe;
- Travaux d'optimisation de la gestion des séjours et de la planification de congés dans les unités de soins;
- Ajout d'infirmières de liaisons sur les unités;
- Consolidation de l'équipe interdisciplinaire à l'urgence;
- Travaux sur la gestion des grands utilisateurs à l'urgence.

Commentaires :

1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures

Engagement non atteint pour le pourcentage de clientèle prise en charge en moins de 2 heures. Par rapport à 2017-2018, on note un résultat stable pour l'Hôpital Honoré-Mercier, une amélioration de 0,8 % à l'Hôtel-Dieu de Sorel et une détérioration de 1,2 % à l'Hôpital Pierre-Boucher.

Les travaux de consolidation des équipes médicales sont en cours dans les trois urgences afin d'être en mesure d'augmenter le nombre de prises en charge. Plusieurs actions d'optimisation des processus sont en cours, tant à l'urgence que dans les autres services afin d'améliorer l'accessibilité pour la clientèle. Les actions nommées dans le point concernant la durée moyenne de séjour (DMS) contribueront à l'atteinte de la cible de cet indicateur.

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

Engagement non atteint pour le pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de quatre heures. Amélioration de 0,1 % à l'Hôpital Honoré-Mercier (HHM), 4,4 % à l'Hôtel-Dieu de Sorel (HDS) et de 5,5 % pour l'Hôpital Pierre-Boucher (HPB).

Les travaux sont en cours dans les trois urgences afin de consolider les équipes médicales pour être en mesure d'augmenter la prise en charge. L'optimisation des processus tant à l'urgence que dans les autres services/unités de soins afin d'améliorer la trajectoire interne des usagers. Les actions nommées dans le point concernant la durée moyenne de séjour (DMS) contribueront à l'atteinte de la cible de cet indicateur.

Les principaux facteurs qui ont contribué au fait que les cibles des trois indicateurs n'ont pas été atteintes sont :

- Le manque de lits de courte durée dans le CISSS de la Montérégie-Est, principalement à HPB, mais aussi à HHM dans une moins grande proportion. La difficulté d'accessibilité à un lit de courte durée.
- Le manque de ressources médicales accroît l'écart entre l'achalandage et la capacité de prise en charge (PEC) de la clientèle. Les délais de PEC augmentés allongent le séjour de la clientèle à l'urgence.
- L'engorgement de l'urgence, par la difficulté d'accessibilité à un lit de courte durée, ajoute de la pression sur les équipes de l'urgence et ralentit les processus.
- L'augmentation de l'achalandage année après année vient ajouter à la pression, mais également à rendre l'atteinte de la cible plus laborieuse, particulièrement à HPB. Également, il faut mentionner que pendant toute l'année, l'urgence de l'Hôpital Pierre Boucher a fonctionné en même temps que des travaux étaient réalisés dans les cabines d'examen, l'aire de santé mentale et la salle de réanimation.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement (2018-2019)	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
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	1 488 usagers	1 700 usagers	1 458 usagers	1 700 usagers
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	57 lits	57 lits	57 lits	57 lits
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	20,1 %	20,2 %	17,9 %	20,2 %

Commentaires :

1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile

ET

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

Les engagements sont non atteints. Les facteurs expliquant la non-atteinte de l'engagement et les mesures à venir sont :

- Difficulté à augmenter le nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) à domicile puisqu'il n'existe aucune liste d'attente en soins palliatifs à domicile. L'offre de service à domicile est complète pour le décès à domicile.
- En attente des travaux du MSSS pour déployer le repérage qui aura un impact pour augmenter le nombre d'usager desservis.
- Projet organisationnel en cours en SPFV.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement (2018-2019)	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Services de première ligne				
1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)	18 GMF	18 GMF	20 GMF	20 GMF
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	76,94 %	85 %	78,01 %	85 %
1.09.48-PS Nombre total de groupes de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	1 GMF-R	1 GMF-R	1 GMF-R	1 GMF-R

Commentaires :

1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille

Engagement non atteint, mais amélioration d'un point de pourcentage par rapport à l'exercice précédent.

- Pour corriger la situation, l'établissement poursuit les démarches pour obtenir plus de nouveaux médecins et le recrutement actif de médecins d'autres régions en mobilité interrégionale (MR). De plus, une démarche est en cours avec le MSSS pour obtenir l'autorisation de recruter des médecins français hors Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM). Si l'établissement avait cette autorisation cela pourrait améliorer de beaucoup la situation.
- La priorisation de la couverture médicale des urgences et des hospitalisations au dépend de la prise en charge de la population explique en partie le niveau d'atteinte de l'engagement auquel s'ajoute les départs à la retraite des médecins.
- L'indicateur est ajusté annuellement en janvier par le MSSS en lien avec l'accroissement de la population, cela apporte une pression accrue sur les résultats à atteindre.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement (2018-2019)	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique - Chirurgie				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies	15 demandes	0 demande	5 demandes	0 demande

Commentaires :

1.09.32.00 PS Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies

L'engagement est non atteint.

La cible est atteinte à l'Hôtel-Dieu de Sorel et presque atteint à l'hôpital Honoré-Mercier avec 1 seul cas en attente de plus d'un an. On note une nette amélioration (73 %) à l'Hôpital Pierre-Boucher passant de 15 demandes en 2017-2018 à quatre en 2018-2019.

Au 31 mars 2019, la chirurgie est programmée, mais non réalisée pour les cinq cas en attente.

Cet indicateur comprend les patients en attente d'une chirurgie bariatrique. Pour le moment, nous les excluons de la démarche entreprise pour atteindre la cible d'aucune attente de plus d'un an compte tenu du faible nombre de chirurgiens pratiquant ce type de chirurgie. De plus, les actions concertées portent sur les patients en attente de plus de 6 mois ce qui nous laisse croire que nous atteindrons la cible pour 2019-2020.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement (2018-2019)	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Imagerie médicale				
1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	57,9 %	65 %	72,8 %	70 %
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	100 %	100 %	67,5 %	50 %
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	98,8 %	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 %	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	41,7 %	80 %	28,5 %	50 %

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement (2018-2019)	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Imagerie médicale				
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	74,9 %	85 %	99,5 %	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	46 %	80 %	68,6 %	65 %
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	88,4 %	100 %	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	62,9 %	85 %	88,5 %	100 %

Commentaires :

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 non atteint. Deux sites sur trois atteignent la cible à 100 %. Les efforts se poursuivent pour s'assurer de combler les besoins en ressources humaines.

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 non atteint. Un plan d'action a été rédigé et est en cours. Un projet est prévu au portefeuille de projet 2019-2020. Pour atteindre un pourcentage élevé de requêtes en attente de moins de trois mois, il faut d'abord résorber le nombre élevé de requêtes en attente plus de trois mois, ce sur quoi nous travaillons présentement.

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 est non atteint. La priorité des requêtes d'échographie est attribuée par les radiologues en fonction des diagnostics cliniques. Présentement, la demande excède l'offre pour ce type d'examen. L'épuration se fait en continue.

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 non atteint. Une amélioration des résultats de près de 6 % est notée. Les requêtes plus de trois mois qui sont présentement en attente sont presque toutes des non disponibilités de l'usager (en attente de compléter les trois appels).

Il y a eu une évolution positive de tous les indicateurs face à l'année précédente.

Une seule exception en échographie cardiaque (1.09.34.05) pour deux raisons. La première est que les efforts sont mis sur la résorption des requêtes en attente de plus de trois mois. La seconde consiste au fait que, de la période 9 à la période 13, la compilation des données du RLS Pierre-Boucher a cessé afin de permettre le passage d'une liste d'attente virtuelle à une liste d'attente réelle (numérisation de toutes les requêtes en attente). Début prévu en début de l'année (à la période 1) 2019-2020.

Durant l'année, des travaux ont été réalisées permettant d'améliorer la qualité des redditions. Pour le RLS Pierre-De Saurel, la compilation manuelle des données de la reddition a cessé. Le rapport GESTRED développé par MedImage a été implanté et utilisé pour produire les redditions depuis la P10.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement (2018-2019)	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
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 %	100 %

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement (2018-2019)	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Ressources humaines				
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	8,18 %	6,53 %	8 %	7,36 %
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	4,44 %	3,16 %	4,90 %	3,16 %
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	3,10 %	2,78 %	3,04 %	2,78 %

Commentaires :

3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire

L'engagement n'est pas atteint. On constate cependant une diminution soutenue et considérable depuis la P1. Il ne fait pas l'ombre d'un doute que cela découle du plan d'action organisationnel et des plans de prévention par direction adjointe qui sont présentés à tour de rôle mensuellement au comité de direction. Il y a tout lieu de croire que les résultats vont continuer de s'améliorer notamment avec l'arrivée des équipes de soutien à l'amélioration continue en prévention.

3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires

L'engagement n'est pas atteint. La pénurie de main-d'œuvre, l'augmentation du volume d'activités dans plusieurs secteurs et les développements récents ont généré du temps supplémentaire dans les dernières périodes de l'année qui ne nous ont pas permis de maintenir le taux sous la cible.

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

L'engagement n'est pas atteint cette année puisque la cible 2018-2019 avait été revue à la baisse de façon considérable l'an dernier. La pénurie de main-d'œuvre, l'augmentation du volume d'activités dans plusieurs secteurs et les développements soutenus nous ont obligés à devoir recourir à l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante, et ce, afin d'assurer l'offre de service attendue.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement (2018-2019)	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Multiprogrammes				
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	57,8 %	70 %	57,8 %	75 %

Commentaires :

7.01.00-PS : Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)

L'engagement est non atteint. Le résultat identique à l'année précédente présente une amélioration de 2 % au RLS Pierre-Boucher (55 %), mais des baisses de 4 % au RLS Pierre-de-Saurel (56 %) et 0,5 % au RLS Richelieu-Yamaska (61 %). L'indicateur est composé de plusieurs programmes. Selon les projections, la composante jeunesse de cet indicateur (CA5910) n'atteindra pas la cible de 70 %. Un indicateur propre au CA5910 est suivi par le ministère.

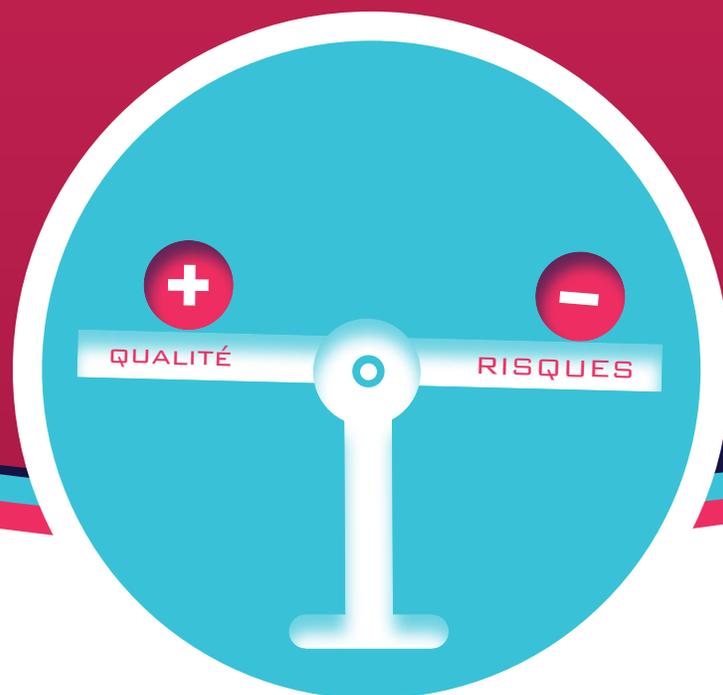
Les mesures qui seront entreprises pour corriger la situation :

- L'établissement a mis en place un nouveau mécanisme d'accès ainsi qu'une nouvelle offre de services pour les jeunes en difficulté depuis le 1^{er} avril 2019, afin de pouvoir intervenir dans les 30 jours.
- En santé mentale, les mécanismes d'accès ont aussi été revus durant l'exercice et l'amélioration du temps de traitement des demandes se poursuit afin de réduire le délai pour pouvoir intervenir.
- Cet indicateur regroupe des services dont les cibles, en terme de délai, sont très variables (allant d'un délai de deux heures pour un programme d'intervention de crise jusqu'à un délai d'un an dans le cadre du plan d'accès en déficience). Cette agrégation rend difficile l'interprétation des résultats. L'établissement poursuit ses travaux d'analyse dans chacun des services pour cibler les zones d'amélioration.

Les principaux facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement sont :

- Plusieurs besoins de main-d'œuvre non-comblés en raison de la pénurie.
- L'indicateur ne tient pas compte des volumes desservis. Les volumes et les délais sont intimement liés. Avec des ressources humaines constantes, une hausse du volume desservi devrait augmenter les délais de prise en charge et à l'inverse une baisse du volume desservi devrait diminuer les délais de prise en charge. À titre d'exemple, le volume d'usagers desservis est passé de 6 556 en 2016-2017 à 7 857 en 2018-2019, ce qui correspond à une hausse de 1 301 usagers (+19,8 %). L'augmentation du nombre de prises en charge d'usagers en attente a un effet négatif sur l'indicateur, puisque les dossiers en attente ont tous plus de 30 jours d'attente.
- L'étendue des clientèles comprises dans l'indicateur et les niveaux de priorité clinique d'accès définis contreviennent à la cible administrative de 30 jours. Le plan accès à l'égard des personnes handicapées en est un bel exemple avec les trois niveaux d'intervention, soit urgent, élevé ou modéré. La majorité des dossiers des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) ou ayant une déficience physique (DP) sont en modéré, soit un délai maximal de 360 jours. Le MSSS est bien au fait que l'indicateur ci-haut n'est pas conforme avec le plan accès à l'égard des personnes handicapées.

Les activités relatives à la GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ



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

L'agrément

Des mesures de suivi ont été exigées par Agrément Canada et lui ont été transmises le 27 mai 2018 et le 27 novembre 2019 pour l'ensemble des normes suivantes :

- Risques Gouvernance (13.4)
- Imagerie diagnostique (3.8)
- Leadership (14.5)

Le Comité d'approbation du type d'agrément a revu les preuves soumises par le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est en guise de suivi à la récente décision relative à l'agrément de l'organisme. À la suite de cet examen, l'établissement a respecté les exigences en matière de suivi et maintient son statut « agréé » jusqu'au 31 décembre 2023.

Un nouveau cycle de cinq ans s'est amorcé en 2018. Le CISSS de la Montérégie-Est soutient les efforts de toutes les équipes d'amélioration continue de la qualité des programmes santé publique, jeunesse et santé mentale et dépendance dans l'atteinte de la conformité aux normes d'agrément et aux pratiques organisationnelles requises pour la sécurité de la clientèle pour la visite qui aura lieu du 29 septembre au 4 octobre 2019.

Agrément des maisons de soins palliatifs

Conformément au Cadre de référence sur les mécanismes de surveillance de la qualité des soins dans les maisons de soins palliatifs de notre territoire, nous avons effectué la visite annuelle des maisons de soins palliatifs Source Bleue et La Maison Victor-Gadbois et nous avons recommandé à la ministre de la santé et des services sociaux Madame Danielle McCann que leur agrément soit maintenu.

La sécurité et la qualité des soins et des services

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

Afin de promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents et des accidents, l'établissement met en œuvre diverses actions.

Les actions de promotion réalisées au cours de l'année sont les suivantes :

- Poursuite de la diffusion et de la consolidation de la connaissance des différents outils de gestion intégrée des risques par les équipes :
 - Feuille de route d'aide à la décision;
 - Aide-mémoire Revoir;
 - Les comportements tout 9;
 - Guide et outils d'accompagnement sur la divulgation subséquente;
 - Aide-mémoire pour une divulgation réussie;
 - Diffusion d'un nouvel outil de gestion des risques, soit le Guide sur le rapport de déclaration des incidents et des accidents (AH223).
- Consolidation de la connaissance du Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) au Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA).
- Neuf cent vingt-trois employés et gestionnaires ont reçu la formation relative à la déclaration d'un événement indésirable.
- Élaboration d'une formation adaptée aux secteurs RI-RTF sur la déclaration d'un événement indésirable.
- Cinquante propriétaires et employés des RI-RTF volets santé mentale et SAPA ont reçu la formation relative à la déclaration d'un événement indésirable.

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

Tableau comparatif des événements déclarés

	2017-2018		2018-2019	
	Nb	%	Nb	%
Événements déclarés				
Nb total d'événements déclarés	29 599	100 %	28 387	100 %
Incidents	1 346	4,55 %	1 451	5,11 %
Accidents	28 253	95,45 %	26 936	94,89 %

Note : Nombre de déclarations pour l'année 2018-2019 au 14 mai 2018. L'établissement a jusqu'au 15 juin 2019 pour comptabiliser les données de 2018-2019.

	Incidents de gravité A et B 2018-2019	
	Nb	% de l'ensemble des événements
Total des événements A et B déclarés	1 451	5,11 %
Nature des trois principaux types d'incidents de gravité A et B		
Traitement/Intervention	107	0,38 %
Autres	362	1,28 %
Médicaments	600	2,11 %
	Accidents de gravité C à I 2018-2019	
	Nb	% de l'ensemble des événements
Total des événements C à I déclarés	26 936	94,89 %
Nature des trois principaux types d'accidents de gravité C à I		
Autres	3 329	11,73 %
Médicaments	8 017	28,24 %
Chutes	11 677	41,14 %

Note : Nombre de déclarations pour l'année 2018-2019 au 14 mai 2019. L'établissement a jusqu'au 15 juin 2019 pour comptabiliser les données de 2018-2019.

Les actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents identifiés précédemment

Afin de gérer les risques et d'améliorer la sécurité, nous avons favorisé une gestion globale, proactive et continue des risques de toute nature, dans tous les secteurs d'activités et à tous les niveaux hiérarchiques de l'organisation.

Les mesures mises en place par l'établissement au cours de l'année sont les suivantes :

- Une analyse prospective concernant l'accessibilité aux objets dangereux ou pouvant causer des blessures a été finalisée à l'unité de psychiatrie du RLS Pierre-Boucher avec l'apport d'un usager. Celle-ci va donner lieu à la mise en place d'actions d'amélioration pour 2019-2020.

- Suivi des activités de maîtrise des risques organisationnels identifiés au registre des risques organisationnels 2016-2019 ainsi que la mise en œuvre d'une surveillance des risques résiduels auprès de chacune des directions responsables des risques.
- Déploiement du caucus qualité-sécurité dans les CHSLD du RLS Richelieu-Yamaska. Cette pratique a permis de réinventer l'utilisation du AH-223 en tant que levier clinique et inclusif de la voix de l'utilisateur et de ses proches pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services et ainsi diminuer de 27 % les chutes à l'unité de vie du Palais du Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe.
- Analyse rétrospective des erreurs de médicaments (dose-débit et omission) en cours. Cette recension va permettre l'intégration d'actions préventives à l'intérieur du circuit du médicament.
- Analyse rétrospective des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) des résidents vivants en CHSLD. Les résultats de cette analyse permettront d'émettre des recommandations en s'appuyant sur une démarche en interdisciplinarité et inclusive de la voix de l'utilisateur/proche pour diminuer la fréquence et l'intensité des comportements perturbateurs des résidents présentant des symptômes comportementaux et psychologique de la démence (SCPD) admis dans les CHSLD du CISSS de la Montérégie-Est.

Les actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

Le Comité de coordination clinique de prévention et contrôle des infections a poursuivi son plan d'action qui consiste à appliquer les meilleures pratiques pour assurer la sécurité des usagers et surveiller la qualité des soins offerts dans les installations.

Des formations de niveau provinciales ont été élaborées par l'équipe de prévention et du contrôle des infections du CISSS de la Montérégie-Est, notamment, la prévention et le contrôle des infections lors des travaux de construction et la désinfection des petits équipements et milieu de soins.

De plus, une campagne montérégienne d'hygiène des mains, débutée en 2017, est encore en cours. Un volet médical pour la conformité d'hygiène des mains est également en cours d'actualisation.

Outre le volet hygiène des mains, l'établissement a principalement actualisé divers processus :

- Diffusion du tableau des précautions additionnelles pour les services ambulatoires;
- Diffusion de dépliants sur l'hygiène des mains à l'accueil pour les usagers;
- Collaboration pour la formation pour le transport des usagers;
- Implantation de l'outil aide-mémoire en prévention et contrôle des infections lors des transferts;
- Création d'une affiche harmonisée des pratiques de base;
- Rehaussement des installations de distribution de solution hydro-alcoolique en ambulatoire et des postes d'étiquette respiratoire dans les hôpitaux, les centres d'hébergement et les CLSC.

Par ailleurs, plusieurs surveillances sont obligatoires par le MSSS, mais l'établissement a défini la surveillance d'autres processus afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins offerts :

- Audits des services alimentaires;
- Surveillance des infections sur les chantiers de construction;
- Rehaussement prévention et contrôle des infections à l'accueil et à la gestion des lits;
- Plusieurs audits environnementaux ont été réalisés : unité de retraitement des dispositifs médicaux, ophtalmologie, unités de soins, etc.;
- Surveillance des pneumonies acquises sous ventilation et amélioration continue;
- Surveillance des infections des sites opératoires.

La prévention et le contrôle des infections demeurent une priorité pour l'établissement.

Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art. 118.1 de la LSSSS)

Taux de contention

Volet hospitalier

Hôpital	RLS Pierre-De Saurel		RLS Richelieu-Yamaska		RLS Pierre-Boucher		CISSS de la Montérégie-Est	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
	10,86 %	3,7 %	5,94 %	7,2 %	4,33 %	4,6 %	7,04 %	5,2 %

En milieu hospitalier, tout comme l'an dernier, une mesure de prévalence relative à l'utilisation des mesures de contrôle a été effectuée. On observe un taux d'utilisation des mesures de contrôle stable à l'Hôpital Honoré-Mercier et l'Hôpital Pierre-Boucher et une nette amélioration de ce taux à l'Hôtel-Dieu de Sorel. L'utilisation des ridelles représente 80 % des contentions utilisées. Un projet stratégique est actuellement en cours dont l'objectif est d'élaborer et implanter des mécanismes harmonisés assurant l'encadrement dans les sites concernés, des mesures de contrôle à l'égard des usagers.

Volet hébergement

En milieu d'hébergement, l'utilisation des mesures de contrôle est comptabilisée à chaque période financière. Voici les données annuelles :

Centre d'hébergement (2019*)	RLS Pierre-De Saurel		RLS Richelieu-Yamaska		RLS Pierre-Boucher	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
	2 %	5,2 %	11 %	13,5 %	8 %	9,6 %

*Les données 2019 sont comptabilisées au 31 mars 2019.

Une augmentation d'utilisation des mesures de contrôle est observée dans tous les RLS en lien avec une hausse de clientèle ayant des besoins de soins plus complexes et d'importants symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. L'évaluation de cette clientèle est prise en charge par une équipe interdisciplinaire qui évalue rigoureusement toutes les alternatives à la contention. De plus, le projet OPUS-AP et le projet Caucus qualité-sécurité présentement en déploiement sont deux moyens pour suivre encore plus assidûment l'utilisation des mesures alternatives et de contrôle au sein des unités de vie. L'achat de matériel, comme des lits à quatre ridelles, ainsi que toutes les autres mesures proposées par les équipes pour réduire les mesures de contrôle sont actualisées sur une base continue.

Fugues, isolements, contentions, encadrement intensif – Programme jeunesse-hébergement

		2017-2018	2018-2019
Jours présence		135 451	134 264
Nombre de jeunes hébergés		918	848
Fugues	Nombre de fugues	1 712	1 498
	Nombre de fugeurs différents	238	226
	Ratio (fug./j.héb. diff.)	26 %	26,7 %
Isolements	Nombre d'isolements	3 930	3 382
	Nombre de jeunes différents	175	178
	Ratio (j. iso/j. héb. diff.)	19 %	21 %
Contentions	Nombre de contentions	3 953	4 256
	Nombre de jeunes différents	236	233
	Ratio (j. con./j. héb. diff.)	26 %	27,5 %
Encadrement intensif	Nombre d'admissions en E.I.	197	200
	Nombre de jeunes différents	109	116
	Ratio (j. e.i./j. héb. diff.)	16 %	13,7 %

Mesures de contention en RI – Programme jeunesse- services psychosociaux à la communauté et partenariat

		2017-2018	2018-2019
Nombre de jeunes différents hébergés en RI et RTF	Total	1 245	1 521
Mesures de contention RI/ RTF	Cumulatif	37	102

Des actions pour contrer les fugues

Une nouvelle procédure sur la planification de l'intervention en contexte de fugue a été réalisée. Les employés des campus jeunesse, des « milieux fermés » (où les adolescents ne peuvent pas sortir du campus), ont été formés sur cette nouvelle procédure, sur l'utilisation des technologies de l'information ainsi que sur le développement de partenariats. Ces efforts ont permis de réaliser une diminution significative du nombre de fugues en agissant ainsi sur l'environnement des jeunes adolescents hébergés. Durant la prochaine année, l'ensemble des éducateurs qui interviennent dans des « milieux ouverts » sera formé pour cette procédure.

Il y a eu une diminution de 12,5 % des fugues comparativement à l'année 2017-2018. Il s'agit de la deuxième année consécutive où l'on peut observer une diminution des fugues. De plus, une baisse significative de 27 % a été observée chez les « grands fugeurs », c'est-à-dire que 20 jeunes ont cumulé 497 fugues en 2018-2019 comparativement à 680 fugues en 2017-2018.

Le recours à l'utilisation de l'isolement et à la contention

Une baisse de 14 % des isolements en 2018-2019 a été observée comparativement à l'année précédente, cependant le pourcentage de contention a augmenté de 7 %.

Quarante-neuf pour cent (49 %) des isolements et 41 % des contentions surviennent en unités à traitement individualisé. Ces jeunes en grande souffrance ne représentent pourtant que 5 % de tous les jeunes hébergés (23/415). Plusieurs actions sont mises en œuvre pour assurer le suivi clinique de ces jeunes : suivi pédopsychiatrique, étude de cas, partenariat interdirections continu. Une grande réflexion sera entamée durant la prochaine année sur l'isolement et les contentions afin d'établir des actions qui permettront de les réduire.

Mesures de contention en RI

À la suite de l'implantation en 2017-2018, de la procédure visant les mesures de contrôle ainsi que de nouvelles modalités de monitoring spécifiques, une augmentation importante du nombre de contentions en RI a été observée. Plus spécifiquement, les mesures de contrôle recensées concernent un petit nombre de jeunes hébergés en famille d'accueil ou en ressources intermédiaires.

Ainsi, durant l'année précédente, les mesures de contrôles concernaient 18 jeunes, comparativement à 26 jeunes différents en 2018-2019. Une bonne partie des mesures de contrôle touchent des jeunes de 6 à 12 ans, sont de très courtes durées (moins de 5 minutes) et visent exclusivement à assurer la sécurité du jeune lui-même ou de ses pairs.

Des moyens sont mis en place auprès des ressources intermédiaires, dont l'analyse clinique rigoureuse systématique et des mesures alternatives, pour réduire le recours aux mesures de contrôles soit en prévention ou dès leur survenance afin d'éviter la récurrence.

Les mesures mises en place par l'établissement à la suite des recommandations formulées par les instances suivantes :

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Aperçu des thématiques abordées par les recommandations et résumé ou exemples des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

Accessibilité des services

En réponse à la recommandation émise par la Commissaire aux plaintes pour améliorer l'accessibilité des services, 29 mesures ont été mises en place par l'établissement. On note, entre autres, un rappel effectué au personnel des mécanismes d'accès à l'hébergement, de toujours transmettre l'information aux professionnels des milieux hospitaliers lors d'éclosion d'influenza en centre d'hébergement avant le transfert d'un résident vers l'hôpital. Une sensibilisation auprès du personnel a été effectuée pour rappeler l'importance de bien prendre en note les conditions cliniques pouvant influencer la préparation préopératoire et une procédure a été instaurée pour les demandes de consultation en dermatologie, en hématologie et en plastie.

Aspect financier

Afin de répondre aux 57 recommandations de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services en matière de facturation concernant différents services, l'établissement a mis en place 14 mesures, dont un rappel de bien documenter la notion de consentement éclairé et des règles à suivre entourant la facturation pour les usagers (usagers non-résidents canadiens, les nouveaux résidents canadiens et résidents canadiens sans leur carte d'assurance-maladie ou avec une carte expirée) quant aux frais reliés aux soins et services rendus. Un rappel est fait aux usagers que le transport ambulancier n'est pas toujours gratuit, même pour les personnes âgées de 65 ans et plus en expliquant qu'il doit y avoir une nécessité démontrée. La facturation pour les frais de choix de chambres est effectuée après la signature du formulaire par la clientèle.

Droits particuliers

L'établissement a répondu aux 14 recommandations de la Commissaire aux plaintes quant aux droits des particuliers en mettant en œuvre 33 mesures. Parmi ces mesures, on compte un rappel de l'importance d'informer les parents de leur droit d'avoir recours à un délai de 10 jours avant d'accepter ou de refuser l'entente proposée. De plus, les parents et leur famille sont maintenant informés de leur droit à l'accompagnement lors des rencontres avec la Direction de la protection de la jeunesse. Une sensibilisation est effectuée quant à l'importance de bien documenter les allergies/intolérances. Des actions ont également été prises afin de réduire le délai d'attente au Service des archives.

Organisation du milieu et ressources matérielles

Aux 24 recommandations émises par la Commissaire aux plaintes quant à l'organisation du milieu et des ressources matérielles, l'établissement a répondu par la mise en place de 60 mesures.

Une procédure indique au personnel comment signifier tout problème en lien avec les installations matérielles ainsi que comment procéder au nettoyage des lieux lorsque survient un imprévu au cours de la journée qui nécessite une intervention rapide. Des mesures sont également prises afin d'informer la clientèle de se référer à l'agent de sécurité ou à la réceptionniste lors d'un bris de fonctionnement des guérites de stationnement. L'organisation des repas a été revue afin de maximiser la présence des préposés pour mieux répondre aux besoins des résidents. Des audits ont été réalisés sur les délais d'attente de réponse aux cloches d'appel.

Relations interpersonnelles

La Commissaire aux plaintes a formulé six recommandations en matière de relations interpersonnelles auxquelles l'établissement a répondu en mettant en œuvre 75 mesures parmi lesquelles on compte un rappel du code d'éthique aux employés et un rappel des bases du service à la clientèle. Un rappel a également été réalisé à certains employés sur les notions d'empathie, sur l'importance de rassurer la clientèle et sur les valeurs organisationnelles. La politesse, la courtoisie et le respect guident le service à la clientèle. Le personnel a été informé de nouveau sur l'importance de toujours s'identifier auprès de la clientèle et leur proche.

Protecteur du citoyen

Liste des recommandations adressées à l'établissement et résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

Motifs	Action/mesure	Recommandation	Suivi
Aspect financier Frais d'hébergement Placement Contribution placement Hébergement Facturation inadéquate	Ajustement financier	R-1. D'annuler la facturation relative à l'hébergement de l'usagère à la RI pour la période du 20 février au 7 mars 2018, et cela, dans les 30 jours de la réception des présentes conclusions.	Une note de crédit a été émise.
Aspect financier Frais d'hébergement Placement Frais de chambre	Ajustement financier	R-1. Réduire de moitié la facturation de la chambre semi-privée occupée à l'hôpital le 20 octobre 2017, et cela, dans les 30 jours de la réception des présentes conclusions.	L'état de compte de l'usager a été ajusté pour refléter le crédit.
Aspect financier Frais d'hébergement Placement Contribution placement hébergement\crédit	Ajustement financier	R-1. De prendre les moyens appropriés pour facturer à la succession une contribution financière à l'hébergement au tarif journalier de l'occupation d'un lit en salle (38,75 \$), pour la période du 13 au 22 février 2018, et d'annuler la facture précédente	L'état de compte de l'usagère a été ajusté pour refléter la modification du tarif.

Motifs	Action/mesure	Recommandation	Suivi
Droits particuliers Sécurité du processus de prestation sécuritaire des soins et des services (incident ou accident)\ autre	À portée systémique/ Communication/ Promotion	R-1. Rappeler à l'ensemble du personnel des soins du CHSLD la marche à suivre pour l'application du processus de déclaration d'incident et d'accident ainsi que les consignes pour remplir le formulaire de déclaration prévu à cet effet.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rencontre d'équipe sur la divulgation et les rappels sur les rapports d'accidents. 2. Histoires de cas. 3. Rencontre d'équipe sur les rapports d'accidents. 4. Capsule par la gestion des risques pour les infirmières et infirmières auxiliaires. 5. Rappel aux PAB de leurs rôles dans la gestion des risques.
Soins et services dispensés Traitement intervention Services (action faite)	Adoption/ Révision/ Application de règles et procédures/ Politiques et Règlements/ Élaboration, Révision et Application	R-1. Poursuivre les démarches d'optimisation des soins à l'urgence afin que soient respectés, même en contexte d'achalandage élevé, les délais de réévaluation prescrit par l'ÉTG.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introduction de l'infirmière-auxiliaire à l'aire ambulatoire 2. Rappel des attentes concernant les délais de réévaluations au triage effectué dans le journal de l'urgence 3. Rencontre du comité de triage 4. Mise à jour du plan de contingence – volet main-d'œuvre en soins infirmiers 5. Suivi périodique des indicateurs 6. Implantation d'un nouveau tableau de suivi des effectifs pour les AIC

Coroner

Liste des recommandations adressées à l'établissement et résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

Le CISSS de la Montérégie-Est a reçu deux rapports du coroner au cours de la dernière année.

Le premier rapport du coroner ne comportait aucune recommandation en raison des actions d'amélioration identifiées par la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique suite à l'analyse interne de l'événement.

Le second rapport du coroner était en lien avec l'évaluation initiale et la réévaluation d'un usager au triage de l'urgence.

L'établissement a donc pris les mesures suivantes :

- Le dossier a été revu par le comité d'évaluation de l'acte du département de médecine d'urgence et par la Direction des soins infirmiers (DSI).
- L'exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CECMDP) a pris connaissance de ces rapports. Le CECMDP n'a pas d'autre recommandation et abonde dans le même sens que les démarches et les recommandations formulées par la DSI, telles que :
 - Mise à jour du plan d'action national rédigé par le MSSS et la Communauté virtuelle d'apprentissage et de pratiques en soins d'urgence du Québec (CVAP) portant sur les triages au Québec en collaboration avec les chefs d'unités, la DSI ainsi que la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique.
 - S'assurer que la réévaluation des usagers au triage en attente de prise en charge médicale réponde aux standards de la pratique en vigueur.

Autres instances

Principales recommandations et résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

Visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie

Les visites d'évaluation de la qualité constituent un des outils dont dispose le ministre de la Santé et des Services sociaux pour veiller à ce que toute personne qui vit dans un milieu de vie substitut rattaché ou faisant partie du réseau public puisse bénéficier de services adéquats et d'un environnement de qualité.

L'ensemble des rapports des visites d'évaluation de la qualité ainsi que les plans d'amélioration de l'établissement sont conformes à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Ils sont disponibles sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Suivis des visites ministérielles en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

L'établissement a reçu cinq visites ministérielles au cours de la dernière année selon les nouvelles exigences du 3^e cycle de visite du MSSS. Les plans d'action ont été élaborés et les actions requises à mettre en place sont en cours à la suite des recommandations émises.

- Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe
Visite les 5 et 6 septembre 2018 avec 7 recommandations émises
- Centre d'hébergement du Manoir-Trinité
Visite le 25 juillet 2018 avec 6 recommandations émises
- Centre d'hébergement René-Lévesque
Visite le 21 novembre 2018 avec 7 recommandations émises
- Centre d'hébergement de Montarville
Visite le 26 février 2019 avec 6 recommandations émises
- Centre d'hébergement De Contrecoeur
Visite le 28 février 2019 avec 2 recommandations émises

Visites d'inspection professionnelle

Visite d'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) à l'Établissement de détention de Sorel-Tracy - mai 2018

Le nouveau site de l'Établissement de détention à Sorel-Tracy est ouvert depuis septembre 2017. La dispensation des soins de santé est offerte dans le cadre d'une entente de partenariat entre le ministère de la Sécurité publique (MSP) et le CISSS de la Montérégie-Est.

Dans le cadre de son mandat d'inspection professionnelle de l'exercice infirmier, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a effectué une visite d'inspection à l'Établissement de détention de Sorel-Tracy du 28 au 30 mai 2018.

Nombre d'infirmières inspectées : 15

Six recommandations ont été émises suivant la visite. Le 19 septembre 2018, un plan d'amélioration de l'exercice infirmier à l'Établissement de détention de Sorel-Tracy a été déposé et approuvé par l'OIIQ. Un suivi de ce plan est attendu au plus tard le 20 décembre 2019.

En complément, l'équipe de visiteurs a proposé des suggestions d'amélioration organisationnelle :

- Favoriser une organisation du travail qui permet la dispensation des soins aux moments opportuns.
- Privilégier un environnement de soins qui favorise l'établissement d'une relation thérapeutique entre l'infirmière et les personnes incarcérées.
- Fournir l'encadrement nécessaire aux agents du service correctionnel afin de minimiser les risques associés à la distribution des médicaments.
- Mettre davantage à contribution l'expertise des infirmières lors de l'application de mesures de contrôle.
- Voir à ce que même les incidents liés à la médication fassent l'objet d'une déclaration afin de pouvoir mettre en place des mesures visant à les prévenir.
- Mettre en place un programme structuré de contrôle de la qualité des soins et services.

À ce jour, la réalisation du plan d'amélioration respecte les échéanciers.

Visite de surveillance générale de l'exercice de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ)

Dans le cadre de son programme de surveillance annuelle de l'exercice, le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) a procédé à l'évaluation des secteurs d'activités en inhalothérapie des installations de l'Hôpital Pierre-Boucher ainsi que des CLSC Simonne-Monet-Chartrand, Longueuil-Ouest et des Maskoutains.

Suivant l'analyse des audits de dossiers et des auto-évaluations individuelles des inhalothérapeutes, des recommandations ont été formulées et des plans d'action ont été soumis à l'OPIQ en ce qui concerne les trois CLSC. Les plans d'action réalisés par les secteurs concernés ont été entérinés par l'OPIQ, et fermés en décembre 2018 à la grande satisfaction de l'Ordre. Par ailleurs, l'OPIQ a procédé à une visite d'inspection à l'Hôpital Pierre-Boucher les 20 et 21 février 2019. Nous sommes toujours en attente du rapport de cette visite et des recommandations de l'OPIQ.

Visite du Vérificateur général du Québec

Un processus d'audit avec le Vérificateur général du Québec (VGQ) a été entamé en 2018 avec la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) ainsi que la Direction adjointe du programme jeunesse - services psychosociaux dans la communauté et partenariat du CISSS. La partie audité par le VGQ est spécifiquement la trajectoire de la protection de la jeunesse, soit les services de réception et traitement des signalements (RTS), de l'évaluation/orientation, de l'application des mesures et de la révision. Le rapport final sera déposé en novembre 2019 à l'Assemblée nationale du Québec.

Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission

Au cours de l'année 2018-2019, les mises sous garde du CISSS de la Montérégie-Est se dénombrent comme suit :

Établissement/installation	Mission Centre hospitalier (CH)	Total pour l'établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	797	797
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	198
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	190	190
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	160
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	149	149

L'examen des plaintes et la promotion des droits

La population peut accéder au rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et le respect de ses droits en consultant le site Internet : www.santeme.quebec

L'information et la consultation de la population

Près de 1103 personnes ont répondu, au cours de l'année 2018-2019, à différents sondages pour mesurer leur niveau de satisfaction au regard de la qualité des soins et des services, tant en milieu hospitalier, en CLSC, qu'en centre d'hébergement au sein du CISSS de la Montérégie-Est :

Hôpitaux

- Centre mère-enfant - Hôpital Pierre-Boucher
- Unité de néonatalité - Hôpital Pierre-Boucher
- Unité de santé mentale - Hôpital Honoré-Mercier
- Clientèle stomisée des trois hôpitaux du CISSS
- Unité du 5^e étage (chirurgie et orthopédie) - Hôpital Pierre-Boucher
- Clientèle ayant eu une chirurgie - sondage dans les trois hôpitaux du CISSS
- Clientèle ayant eu un examen endoscopique – sondage dans les trois hôpitaux du CISSS

CHSLD

- Centre d'hébergement de Montarville
- Évaluation pour les admissions en centre d'hébergement RLS Pierre-Boucher
- Appréciation de la démarche pour le plan d'intervention des résidents RLS Pierre-Boucher
- Évaluation pour les admissions en centre d'hébergement RLS Richelieu-Yamaska

CLSC et GMF

- Proches de personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer et autres troubles cognitifs majeurs GMF-U Richelieu-Yamaska, le GMF Clinique médicale Fusion et le GMF Des Îles Percées

Jeunesse

- Sondage de la satisfaction de la clientèle ayant fait l'objet d'une intervention de la DPJ - CISSS de la Montérégie-Est

Pour chaque sondage, plusieurs dimensions ont été évaluées et la section « commentaires » permet aux répondants d'identifier les améliorations à apporter aux soins et aux services.

En 2018-2019, dans le cadre de visites d'expérience usager et de projets de partenariat impliquant des usagers ressources, la voix de l'utilisateur ou de ses proches a été recueillie à **102** reprises. Les secteurs ayant profités de cette voix sont : soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) (hébergement et résidences pour personnes âgées (RPA)); Jeunesse (accès, hébergement, ressources intermédiaires (RI)-ressources de type familial (RTF), centre mère-enfant (CME), pédiatrie); santé mentale (unités de courte durée); urgence-observation; chirurgie; groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) et services techniques.

Nombre de visites d'expérience usager réalisé par secteur :

- **SAPA** : Une démarche 360, qui couvrirait deux années financières a été réalisée en CHSLD. Au total, 22 usagers-proches rencontrés dont sept durant cette année financière.
- **Urgence-observation** : Au total, 14 usagers ont été rencontrés (4 à l'Hôpital Honoré-Mercier, 6 à l'Hôpital Pierre-Boucher, 4 à l'Hôtel-Dieu de Sorel)
- **Chirurgie** : Au total, 14 usagers ont été rencontrés (6 à l'Hôpital Honoré-Mercier, 4 à l'Hôpital Pierre-Boucher, 4 à l'Hôtel-Dieu de Sorel)
- **Jeunesse RI-RTF** : Au total, 5 usagers ont été rencontrés
- **Jeunesse Centre mère-enfant (CME)** : Au total, 29 usagers (souvent des couples de parents) ont été rencontrés (21 à l'Hôpital Pierre-Boucher et 8 à l'Hôpital Honoré-Mercier)
- **Jeunesse pédiatrie** : Au total, 4 parents de jeunes usagers ont été rencontrés à l'Hôpital Honoré-Mercier
- **Santé mentale** : Dans le cadre d'un projet spécial « code blanc » couvrant les 2 années financières, au total, 10 usagers ont été rencontrés (3 à l'Hôpital Honoré-Mercier, 5 à l'Hôpital Pierre-Boucher et 2 à l'Hôtel-Dieu de Sorel)

Nombre d'utilisateurs ressources impliqués dans des projets, par direction ou équipe

Au total, 19 usagers impliqués dans 11 projets de 5 différentes directions :

- 1 usager consulté pour valider un dépliant sur l'aide médicale à mourir
- 1 usager consulté pour participer au comité de l'aide médicale à mourir
- 1 usager consulté pour le programme Force
- 3 usagers consultés pour un sondage sur l'Alzheimer
- 3 usagers consultés pour les valeurs-phrases identitaires de l'organisation
- 1 usager a livré un témoignage durant la journée des cadres
- 2 usagers consultés pour la signalisation de la nouvelle urgence à l'Hôpital Honoré-Mercier
- 2 usagers ont participé à des comités
- 3 usagers consultés pour la pochette d'accueil usager ressource (U.R .)
- 1 usager consulté pour la trajectoire des résidences pour personnes âgées (RPA) - Hôpital Pierre-Boucher
- 1 usager consulté pour le Projet accès jeunesse

L'application de LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE



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

La *Loi concernant les soins de fin de vie* a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. À cette fin, elle précise les droits de ces personnes de même que l'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie de façon à ce que toute personne ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité adaptés à ses besoins, notamment pour prévenir et apaiser ses souffrances. De plus, cette Loi reconnaît la primauté des volontés relatives aux soins exprimées clairement et librement par une personne, notamment par la mise en place du régime des directives médicales anticipées.

Des personnes se sont prévaluées de cette nouvelle offre de soins. Le tableau suivant présente les données couvrant la période du 10 décembre 2017 au 31 mars 2019.

Application de la politique portant sur les soins de fin de vie		
Activité	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	6 422
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	88
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	194
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	127
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs*	73

*Motifs : 13 patients ont retiré leur demande ; 13 patients sont inaptes ou deviennent inaptes à consentir aux soins; 20 patients non admissibles; 17 usagers décédés avant la fin du processus et 10 demandes en processus d'évaluation.

N. B. Les données contenues dans le rapport sur la Politique portant sur les soins de fin de vie, couvrant la période du 10 décembre 2017 au 31 mars 2018 et du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019, sont disponibles sur le site Internet de l'établissement.

Les RESSOURCES HUMAINES



Les ressources humaines

La gestion et le contrôle des effectifs

L'établissement avait pour l'année 2018-2019, une cible de 18 608 430 heures rémunérées en suivi de l'application de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État. Considérant que le nombre d'heures rémunérées a été de 19 057 030, il y a donc un surplus de 448 600 heures. (voir tableau ci-dessous).

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

L'augmentation des heures d'assurance-salaire, d'assignations-temporaires, d'orientation et de formation ont eu un impact important sur les heures rémunérées. L'ajout de ressources humaines pour rendre des services qui étaient antérieurement rendus par des fournisseurs (avocats, main d'œuvre indépendante (MOI) et centrale de transport) s'est traduit par une augmentation des heures rémunérées.

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

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Total des heures rémunérées 2014-04-06 au 2019-03-30 (comparaison sur 364 jours pour avril à mars)					
	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	Variation de 2014 à 2018
1. Personnel d'encadrement	940 951	840 983	791 799	743 814	736 150	(21,8 %)
2. Personnel professionnel	2 370 827	2 427 281	2 457 645	2 559 645	2 653 517	11,9 %
3. Personnel infirmier	4 687 589	4 755 132	4 922 843	5 186 777	5 362 105	14,4 %
4. Personnel de bureau, technicien et assimilé	8 076 620	7 936 022	8 083 765	8 125 709	8 343 757	3,3 %
5. Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 819 825	1 808 680	1 834 830	1 900 443	1 903 189	4,6 %
6. Étudiants et stagiaires	44 450	40 455	41 500	51 756	58 313	31,2 %
Total du personnel	17 940 261	17 808 552	18 132 382	18 568 144	19 057 030	6,2 %

Cible en heures rémunérées pour 2018-2019 : 18 608 430

Écart à la cible : 448 600

Écart à la cible en % : 2,4 %

Les RESSOURCES FINANCIÈRES



Les ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Dépenses par programmes-services

Programmes	Exercices précédent		Exercice courant		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	11 571 744 \$	1,21 %	11 676 497 \$	1,15 %	104 753 \$	0,20 %
Services généraux - activités cliniques et aide	33 823 832 \$	3,53 %	34 863 259 \$	3,44 %	1 039 427 \$	1,94 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	197 807 198 \$	20,63 %	211 931 698 \$	20,94 %	14 124 500 \$	26,40 %
Déficience physique	15 375 443 \$	1,60 %	17 501 996 \$	1,73 %	2 126 553 \$	3,97 %
Déficience intellectuelle et TSA	4 850 434 \$	0,51 %	6 039 992 \$	0,60 %	1 189 558 \$	2,22 %
Jeunes en difficulté	145 514 189 \$	15,18 %	154 060 106 \$	15,22 %	8 545 917 \$	15,97 %
Dépendances	- \$	0,00 %	- \$	0,00 %	- \$	0,00 %
Santé mentale	52 427 982 \$	5,47 %	55 464 503 \$	5,48 %	3 036 521 \$	5,67 %
Santé physique	289 247 640 \$	30,17 %	308 054 869 \$	30,43 %	18 807 229 \$	35,15 %
Programme soutien						
Administration	61 892 038 \$	6,46 %	58 292 376 \$	5,76 %	(3 599 662) \$	-6,73 %
Soutien aux services	78 050 077 \$	8,14 %	82 685 930 \$	8,17 %	4 635 853 \$	8,66 %
Gestion des bâtiments et des équipements	68 202 694 \$	7,11 %	71 703 320 \$	7,08 %	3 500 626 \$	6,54 %
Total	958 763 271 \$		1 012 274 546 \$		53 511 275 \$	

La population peut consulter les états financiers de l'établissement, inclus dans le rapport financier annuel AS-471, sur le site Internet www.santeme.quebec pour plus d'information sur les ressources financières.

L'équilibre budgétaire

Le CISSS de la Montérégie-Est présente un surplus consolidé de 5,3 M \$ (fonds d'exploitation 6,9 M \$ et fonds d'immobilisations -1,6 M \$). Ce surplus a permis de rembourser le déficit du fonds d'exploitation de 2017-2018.

L'établissement a augmenté de façon importante l'accessibilité aux services, notamment en soutien à domicile, en jeunesse, en déficience physique et intellectuelle, en imagerie médicale et en santé mentale en fonction des annonces ministérielles, et ce, afin de réduire les listes d'attente ainsi que de capter la croissance des besoins en santé de la population vieillissante. La croissance des coûts des médicaments oncologiques débutée l'an passé, c'est poursuivi tout au long de l'année. L'établissement déclare s'être conformé à son obligation légale de ne pas encourir de déficit à la fin d'une année financière.

L'établissement déclare s'être conformé à son obligation légale de ne pas encourir de déficit à la fin d'une année financière.

Les contrats de services

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril et le 31 mars 2019

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	6	590 096 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	139	42 022 162 \$
Total des contrats de services	145	42 612 258 \$

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

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

L'état du suivi
DES RÉSERVES,
COMMENTAIRES ET
OBSERVATIONS ÉMIS
PAR L'AUDITEUR
INDÉPENDANT



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

Non de l'établissement
CISSS de la Montérégie-Est

Code
1104-5309

Page / Idn.
140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2019

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

Signification des codes :

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

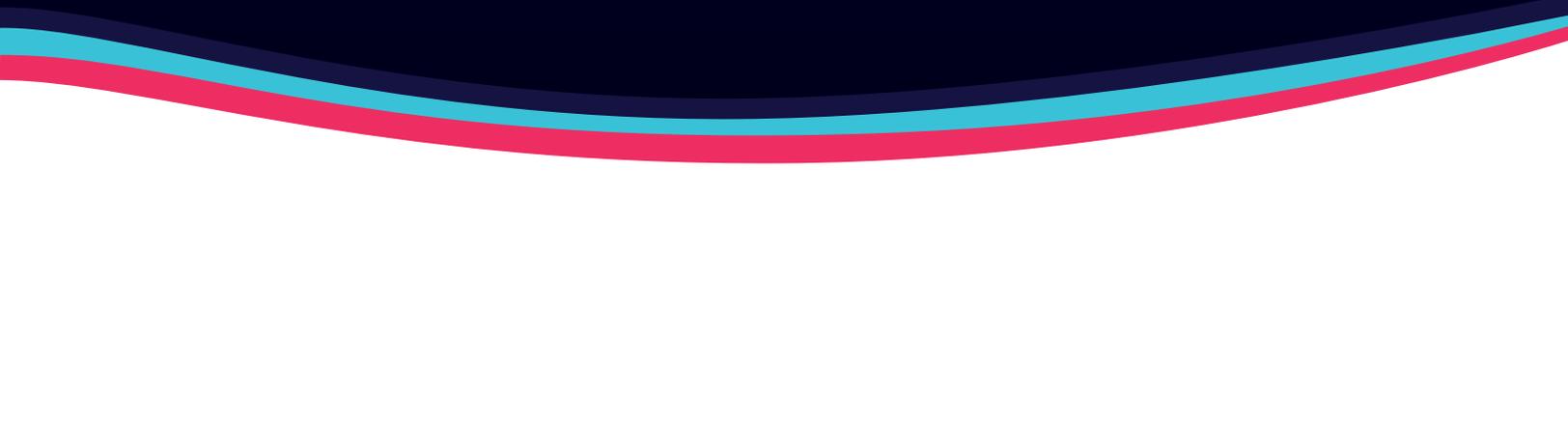
ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de contrats de location-acquisition conformément à la note d'orientation 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2011-2012	R	Aucune car directive 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'utilisateur" pour le centre d'activités 7062 - Accompagnement des usagers atteints de cancer par l'IPO n'a pas pu être validée avec exactitude puisqu'un changement de système à la période 10 n'a pas permis d'éliminer les doublons potentiels entre les périodes 10 à 13 et ceux des périodes 1 à 9.	2017-2018	C	Les corrections ont été apportées pour permettre la validation de l'unité de mesure "l'utilisateur" pour le centre d'activités 7062 - Accompagnement des usagers atteints de cancer par l'IPO.	X		
L'unité de mesure "l'utilisateur" pour le centre d'activités 7401 - Déplacement des usagers n'a pas pu être validée avec exactitude étant donné que le document de base ne permet pas d'identifier l'utilisateur ayant obtenu le service.	2017-2018	C	Les corrections ont été apportées pour permettre la validation de l'unité de mesure "l'utilisateur" pour le centre d'activités 7401 - Déplacement des usagers.	X		
Les établissements du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est doivent compiler l'unité de mesure "usagers distincts". Les systèmes de compilation des unités de mesure n'étant pas intégrés	2015-2016	C	L'établissement n'a pas procédé à l'intégration des systèmes de compilation des unités de mesure permettant d'identifier si un usager se présente à plus d'un site pour un même centre			X

entre les établissements, il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site pour un même centre d'activités.			d'activités.			
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
L'établissement présente un déficit au 31 mars 2018. Par conséquent, l'établissement déroge à la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux.	2017-2018	C	Le MSSS a autorisé l'établissement à rembourser le déficit au fonds d'exploitation de 10 338 710\$ sur deux ans. Une correction de 3 445 618\$ a été effectuée au 31 mars 2019 par une contribution des fonds de stationnement. Le solde du déficit 2017-2018 soit 6 893 092\$ correspond au montant du surplus de l'exercice 2018-2019 à la page 200 et vient réduire le solde à l'avoir propre	X		
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 ce qui ne permet pas d'atteindre la mesure 4.2.1 du Cadre global de gestion.	2010-2011	O	Les pilotes responsables d'attribuer les droits d'accès ne sont plus responsables d'effectuer les opérations financières. Ceci respecte une bonne séparation des tâches.	X		

La divulgation des actes répréhensibles

Il n'y a pas eu d'actes répréhensibles divulgués durant l'année 2018-2019.

Annexe :
LE CODE D'ÉTHIQUE ET
DE DÉONTOLOGIE DES
ADMINISTRATEURS



PRÉAMBULE

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

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

Section 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du Code civil du Québec.

Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).

Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2).

Les articles 57, 58 et 59 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2).

Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1).

Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

Section 2 – PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assure la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.

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.

- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 4 – APPLICATION

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

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen ad hoc

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

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

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

Je, soussigné,, membre du conseil d’administration du, déclare avoir pris connaissance du Code d’éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d’administration le, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s’il s’agissait d’un engagement contractuel de ma part envers le

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

J’affirme solennellement que je n’accepterai aucune somme d’argent ou considération quelconque, pour ce que j’aurai accompli dans l’exercice de mes fonctions, autre que la rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m’engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j’aurai connaissance, dans l’exercice de mes fonctions.

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

.....
Signature

.....
Date [aaaa-mm-jj]

.....
Lieu

.....
Nom du commissaire à l’assermentation

.....
Signature

**Annexe II –
Avis de bris du statut d'indépendance**

AVIS SIGNÉ

Je, soussigné,[prénom et nom en lettres moulées], déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration du due aux faits suivants :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

**Annexe III –
Déclaration des intérêts du membre**

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

1. Intérêts pécuniaires

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

.....
.....
.....

2. Titre d'administrateur

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

.....
.....
.....

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

.....

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

**Annexe IV –
Déclaration des intérêts du président-directeur général**

Je, soussigné, [prénom et nom en lettres moulées],
président-directeur général et membre d'office du déclare
les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

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

.....
.....
.....

2. Titre d'administrateur

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

.....
.....
.....

3. Emploi

« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

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

.....

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

**Annexe V –
Déclaration de conflit d'intérêts**

Je, soussigné, [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

**Annexe VI –
Signalement d'une situation de conflits d'intérêts**

Je, soussigné, estime que le membre suivant :
..... est en situation de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des
faits suivants :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Je demande que le conseil d'administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d'éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, chapitre A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d'examiner s'il existe ou non une situation de conflit d'intérêts apparente, réelle ou potentielle.

.....
Signature Date [aaaa-mm-jj] Lieu

**Annexe VII –
Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen**

Je, soussigné, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur.

.....
Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

Québec 