

Rapport annuel de gestion



S'épanouir
ensemble

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest

200, boulevard Brisebois, Châteauguay (Québec) J6K 4W8
Téléphone : 450 699-2433 | Télécopieur : 450 699-2525
santemonteregie.qc.ca/ouest

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

Ce document est disponible en version électronique sur le site Internet et l'intranet de l'établissement.
ISBN : 978-2-550-86943-6 (imprimé)
ISBN : 978-2-550-86944-3 (PDF)
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020

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

Table des matières

5 Préface

- 6 Liste des sigles et des acronymes
- 8 Message des autorités
- 14 Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

15 Présentation de l'établissement et des faits saillants

- 16 Notre mission
- 17 Notre vision
- 17 Nos ambitions
- 18 Nos valeurs
- 20 Carte du territoire
- 22 Services offerts
- 24 Structure de l'organisation
- 26 Comité de direction
- 27 Conseil d'administration
- 28 Comités, conseils et instances consultatives
- 29 Faits saillants de l'établissement

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

- 34 Entente de gestion et d'imputabilité

50 Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

- 51 Sécurité et qualité des soins et des services
- 58 Personnes mises sous garde
- 59 Examen des plaintes et promotion des droits
- 60 Information et consultation de la population

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

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

65 Ressources humaines

- 66 Répartition de l'effectif par catégorie de personnel
- 67 Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

69 Ressources financières

- 70 Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme
- 72 Équilibre budgétaire
- 72 Contrats de service

73 État du suivi des réserves

- 74 État du suivi des réserves

79 Divulgence des actes répréhensibles

- 80 Divulgence des actes répréhensibles

81 Annexe

- 82 Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration

Préface

Liste des sigles et des acronymes

- A -

AMM Aide médicale à mourir
AVC Accident vasculaire cérébral

- C -

CA Conseil d'administration
CEC Comité d'éthique clinique
CEPAB Candidats à l'emploi de préposés aux bénéficiaires
CFP Centre de formation professionnelle
CHSGS Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés
CHSLD Centre d'hébergement de soins de longue durée
CIE Comité immobilisation et environnement
CII Conseil des infirmières et infirmiers
CISSS Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC Centre local de services communautaires
CM Conseil multidisciplinaire
CMDP Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRDI Centre de réadaptation en déficience intellectuelle

CRDP Centre de réadaptation en déficience physique
CRSP Comité régional sur les services pharmaceutiques
CUCI Comité des usagers du centre intégré

- D -

DI Déficience intellectuelle
DP Déficience physique
DPD Direction des programmes Déficiences
DPHVS Direction Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges
DPJASP Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique
DPSAPA Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées
DPSMD Direction des programmes Santé mentale et Dépendance
DQEPE Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
DRF Direction des ressources financières
DRHCAJ Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

DRIM Direction des ressources informationnelles de la Montérégie
DRMG Département régional de médecine générale
DSIEU Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers
DSMREU Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire
DSPERM Direction des services professionnels et de l'enseignement médical
DST Direction des services techniques

- E -

ENA Environnement numérique d'apprentissage
ETC Équivalent temps complet

- G -

GMF Groupe de médecine de famille
GMF-R Groupe de médecine de famille réseau
GRF Gestion des ressources financières

- I -

IAPQ Institut d'administration publique de Québec

IPSPL Infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne

ITSS Infection transmissible sexuellement et par le sang

- J -

JED Jeunes en difficulté

- L -

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

LSSSS Loi sur les services de santé et les services sociaux

- M -

MOI Main-d'œuvre indépendante

MSSS Ministère de la Santé et des Services sociaux

- N -

NSA Niveau de soins alternatifs

- O -

ODIS Outil de détermination de l'Intensité de Services

- P -

PAB Préposé aux bénéficiaires

PCFI Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière

PCI Prévention et contrôle des infections

PEM Plan d'effectifs médicaux

PHVS Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges

- R -

RAC Résidence à assistance continue

RDM Résorption du déficit de maintien

RI Ressource intermédiaire

RLRQ Recueil des lois et des règlements du Québec

RSIPA Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées

RTF Ressource de type familial

- S -

SAD Soutien à domicile

SIA Science-innovation-action

SISSS Système d'information sur la sécurité des soins et des services

SQETGC Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement

SQI Société québécoise des infrastructures

- T -

TSA Trouble du spectre de l'autisme

- U -

UHB Unité d'hospitalisation brève

URFI Unité de réadaptation fonctionnelle intensive



Yves Masse
Président-directeur
général



Claude Jolin
Président du conseil
d'administration

Message des autorités

Durant l'année 2019-2020, le CISSS a su se positionner pour se projeter vers l'avenir, et ce, malgré l'urgence sanitaire qui a frappé en mars 2020. Vous trouverez dans le présent rapport annuel la description de plusieurs projets qui témoignent de la vivacité de notre organisation et des individus qui la composent.

Le conseil d'administration (CA)

Durant la dernière année, les membres du conseil d'administration ont procédé à l'adoption d'une quinzaine de règlements, politiques ou procédures et ont traité une cinquantaine de dossiers. Ils ont aussi suivi de près plusieurs chantiers d'envergure dans l'organisation, dont les actions mises en place pour contrer la pénurie de personnel et d'effectifs médicaux, le taux d'assurance salaire et les mesures prises pour retenir les employés. Tout en maintenant leur mission d'assurer des soins et des services de qualité à la population et d'offrir un milieu de travail sain pour le personnel, les membres du conseil d'administration se sont aussi tenus informés, notamment, de l'évolution de la situation dans nos hôpitaux, nos centres d'hébergement et nos résidences à assistance continue.

La séance d'information annuelle a été une opportunité de présenter au public les résultats de l'année 2018-2019 de même que les objectifs prioritaires pour l'année 2019-2020. Durant celle-ci, une table ronde abordant la gestion de l'anxiété chez les enfants et les adolescents a donné lieu à plusieurs échanges enrichissants entre les différents intervenants, qui ont pu offrir de précieux conseils sur le sujet aux parents présents. Près de 70 personnes, dont des partenaires et des représentants des médias, ont assisté à cette séance.

L'équilibre budgétaire

Une fois de plus, le CISSS de la Montérégie-Ouest a atteint l'équilibre budgétaire. Toutes les précisions se trouvent à la section des ressources financières aux pages 70 à 72.

Quelques faits marquants de notre année

Des avancées notoires pour notre clientèle

Dans le cadre du grand projet de rénovation de l'Hôpital du Suroît, des travaux majeurs ont permis de commencer le réaménagement du Service d'endoscopie, situé au 6^e étage, ainsi que des unités de soins des 7^e et 8^e étages du bloc A. Les rénovations des 7^e et 8^e étages sont financées en partie par la Fondation de l'Hôpital du Suroît, qui a amassé 1 million de dollars pour ce projet aux plus hauts standards de qualité, de sécurité et de prévention des infections. Les nouveaux aménagements ont aussi été pensés pour faciliter le travail du personnel soignant et des médecins, et améliorer le confort des usagers.

Dans leur mandat régional, les équipes de la réadaptation ont continué de bonifier le niveau de services offerts aux usagers. Le nombre d'usagers desservis en unité de réadaptation fonctionnelle intensive en déficience physique (URFI-DP) a augmenté de 66 % depuis l'année 2018-2019.

Sur une autre note, la gestion de la liste d'attente en imagerie médicale ne cesse de s'améliorer. Les listes d'attente sont gérées adroitement par les équipes pour permettre à tous d'être suivis dans les meilleurs délais.

Aussi, l'accès en physiothérapie externe a progressé. Le délai de prise en charge a été réduit de 60 % grâce à l'implantation des bonnes pratiques en lien avec le remplacement des prothèses de hanches et du genou et les douleurs chroniques, entre autres.

Le Soutien aux personnes âgées a triplé depuis trois ans le nombre d'heures directes de services à cette clientèle en perte d'autonomie à domicile. De nouveaux intervenants ont également rejoint l'équipe soignante. À ce titre, une première gériatre a été accueillie au sein de notre CISSS en 2019, ce qui a renforcé notre offre de services auprès d'une clientèle très âgée et atteinte de plusieurs maladies.

Des événements marquants

Au printemps 2019, des inondations ont éprouvé à nouveau la population de Vaudreuil-Soulanges. Des intervenants furent déployés dans les villes de Rigaud, Pointe-Fortune, Île-Cadieux, Vaudreuil-Dorion, Vaudreuil-sur-le-Lac, L'Île-Perrot, Hudson et Terrasse-Vaudreuil pour offrir du soutien psychosocial aux sinistrés. Ils sont venus en aide en dirigeant ces derniers ou leurs proches vers les bonnes ressources. Leur travail exemplaire et en continu par l'intermédiaire de cafés-rencontres auprès des citoyens n'a pas manqué d'être remarqué par nos partenaires politiques locaux et nationaux. Bravo à tous!

En collaboration avec les CISSS de la Montérégie-Est et Centre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a été l'hôte du 8^e Rendez-vous de l'amélioration continue du réseau en mai 2019. Sous le thème «Le partenariat, une alliance créatrice de valeurs pour nos usagers», les trois jours du colloque ont permis de mettre en lumière: l'interdisciplinarité, la cogestion, l'importance d'impliquer l'utilisateur et la collaboration, soit quatre éléments clés de la réussite du parcours de soins des usagers. Plusieurs professionnels, gestionnaires et membres de nos équipes ont eu l'occasion de partager leurs bons coups, d'échanger sur les méthodes d'amélioration continue, de parfaire leurs connaissances et de revenir la tête pleine d'idées de bonnes pratiques pour faire évoluer nos façons de faire et offrir les meilleurs soins et services possibles à notre population.

Le 14 juin 2019, près de 200 personnes ont participé à la toute première Journée Science-innovation-action (SIA) de notre CISSS. Des membres du personnel impliqués dans un projet de recherche touchant à la formation des stagiaires ou à toutes autres activités visant l'amélioration des pratiques étaient présents. Cet événement unique en son genre a permis aux participants de s'interroger sur leurs pratiques et de réseauter entre intervenants de plusieurs directions. Il s'agissait d'une belle occasion d'en apprendre davantage sur les projets de recherche et d'innovation dans notre organisation et d'échanger sur le sujet.

**«Le CISSS de la
Montérégie-Ouest
est en plein essor et
c'est grâce à ses équipes,
à leur investissement
et à leur mobilisation
que nous pouvons
clore l'année par un
bilan aussi positif. C'est
tournés vers l'innovation
et les idées créatives
que les employés,
les gestionnaires et
les médecins ont su
maintenir et améliorer
les soins et les services
que nous offrons à notre
population.»**

Le CISSS de la Montérégie-Ouest a signé une entente novatrice avec Le Tournant, La Maison sous les arbres, les différents corps policiers de la région et Info-Santé pour mettre en place de meilleures pratiques d'interventions centrées sur les besoins des personnes en crise et qui limiteront, par la même occasion, les visites à l'urgence. Les différents partenaires ont approuvé une nouvelle entente qui définit le rôle de chaque entité lors d'interventions policières auprès de gens vulnérables. Lors d'interventions auprès d'une personne en détresse, les policiers feront appel aux intervenants en santé mentale pour décider de la marche à suivre avec la personne. Félicitations à toutes les équipes impliquées!

Afin de mieux informer la population sur nos services, un nouveau site Web a été lancé. Le [Portail Santé Montérégie](#) regroupe les coordonnées des installations, de l'information utile sur près de 100 services offerts, des offres d'emploi et des nouvelles du réseau.

Des chantiers d'envergure

Situation dans nos urgences

L'achalandage dans nos urgences augmente d'année en année. Le déploiement d'actions structurantes s'est poursuivi en 2019-2020; à ce titre, notons l'ajout de lits additionnels, l'achat de nouvelles places d'hébergement, l'ajout de civières à l'Hôpital du Suroît et à l'Hôpital Anna-Laberge ainsi que le démarrage des travaux de construction d'un complexe modulaire à l'Hôpital du Suroît. Ce dernier prévoit une nouvelle unité de médecine de 20 lits et une unité d'hospitalisation brève (UHB) de 10 civières. Ce projet permettra de répondre partiellement aux besoins croissants de la population dans la région et de présenter une meilleure offre de service, et ce, en attendant l'arrivée du nouvel hôpital à Vaudreuil-Soulanges. Le ministère de la Santé et des Services sociaux est également impliqué dans la mise en place de solutions.

Enjeux de main-d'œuvre

Les enjeux de main-d'œuvre demeurent un défi de taille. En 2019-2020, différentes actions ont été mises de l'avant, dont l'adoption de notre nouvelle image de marque et le déploiement d'une campagne de recrutement audacieuse permettant de mettre en valeur les talents de nos employés.

Ces deux grands chantiers sont détaillés dans la section *Faits saillants de l'établissement*.

Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges

Le Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges a continué d'avancer afin de respecter les échéanciers. Les partenaires de ce projet majeur d'infrastructure publique québécois, soit le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le CISSS de la Montérégie-Ouest et la Société québécoise des infrastructures, demeurent mobilisés en vue de la réalisation de cet hôpital de 404 lits, dont l'ouverture est prévue en 2026. Cette année, le devis de performance (feuille de route guidant l'entrepreneur à être sélectionné) a progressé, de même que le concept général architectural et l'aménagement détaillé des unités fonctionnelles. La réflexion entourant la transition, dans laquelle s'inscrit notamment la planification de la main-d'œuvre, de la formation et de la mise en service de l'hôpital, s'est poursuivie. À ce jour, les estimés préliminaires montrent un besoin d'environ 2 500 nouvelles ressources, incluant employés, gestionnaires et effectifs médicaux.

Notre CISSS sous les projecteurs

L'expertise des intervenants de la Direction des programmes Déficiences (DPD) a rayonné cette année. Le programme NEXUS a reçu le prix de l'innovation du Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC). Les équipes ont été primées pour leurs techniques de comportement prosociales auprès de jeunes vivant avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA). De plus, l'équipe 0-6 ans s'est vu remettre une mention spéciale aux Prix de l'Institut d'administration publique de Québec (IAPQ) dans la catégorie Collaboration scientifique pour son projet de recherche conjoint avec l'Université du Québec à Montréal nommé *Évaluer et améliorer les comportements problématiques chez les jeunes enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme ou un retard global de développement*.

Nos équipes ont aussi reçu deux mentions d'honneur aux Prix d'excellence du MSSS. Le projet *Outil de détermination de l'Intensité de Services* (ODIS) pour les enfants ayant une hypothèse ou un diagnostic TSA âgés entre 0 et 5 ans et le projet Rehaussement explosif en soutien à domicile se sont illustrés à l'échelle de la province. Une belle fierté!

Une fin d'année mouvementée

Notre mois de mars 2020 a grandement été ébranlé à la suite de la déclaration de la situation d'urgence sanitaire, pandémie COVID-19. Malgré l'inconnu qui se présentait à nous, nous avons senti la grande mobilisation des équipes à prêter main-forte afin de nous préparer à toute éventualité pour la santé de notre population.

Simplement, merci!

Le CISSS de la Montérégie-Ouest est en plein essor et c'est grâce à ses équipes, à leur investissement et à leur mobilisation que nous pouvons clore l'année par un bilan aussi positif. C'est tournés vers l'innovation et les idées créatives que les employés, les gestionnaires et les médecins ont su maintenir et améliorer les soins et les services que nous offrons à notre population. Ce travail exceptionnel n'aurait pu se faire sans le soutien de nos partenaires, bénévoles, fondations et organismes communautaires. Aussi, soulignons la contribution marquée des membres du conseil d'administration qui veillent, de par leur implication, à la santé et au bien-être de notre population. Pour conclure, nous tenons à remercier tous nos usagers et leurs proches pour la confiance qu'ils nous témoignent.

Bonne lecture!

Le président du conseil d'administration,



Claude Jolin

Le président-directeur général,



Yves Masse

Déclaration de fiabilité

des données et des contrôles afférents

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 décrits dans l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2019-2020 du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest :

- 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 2020.

Le président-directeur général,



Yves Masse

Présentation de l'établissement et des faits saiillants

Notre mission

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

Notre vision

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

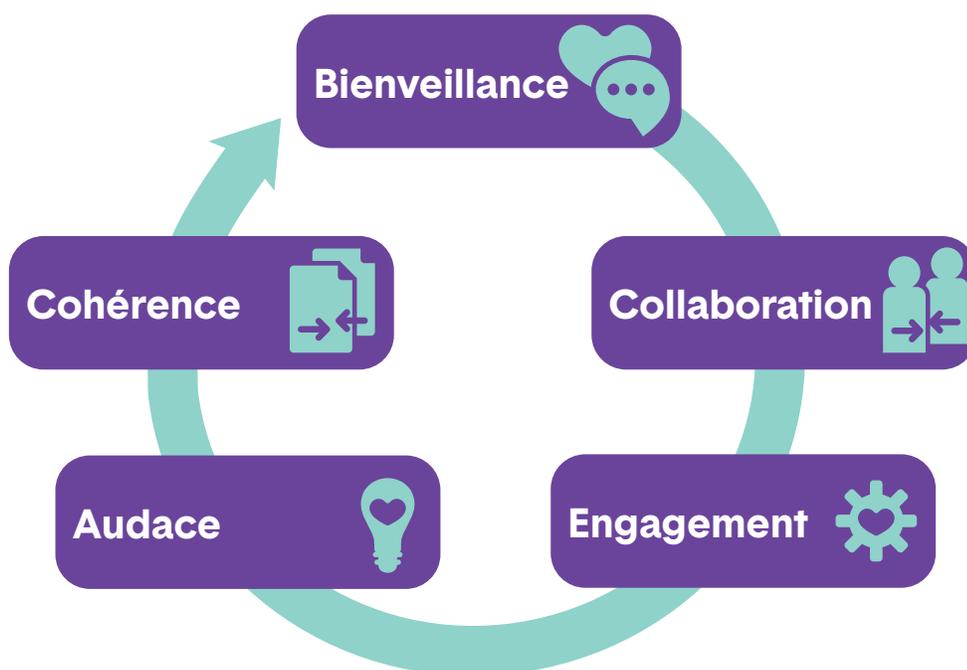
Nos ambitions

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

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

Nos valeurs

Cinq valeurs en équilibre et interdépendantes animent notre établissement. Si le CISSS de la Montérégie-Ouest a décidé de faire siennes ces valeurs et d'amener l'ensemble des personnes œuvrant dans notre organisation à les partager, c'est parce qu'elles sont gages d'un ancrage et d'une mobilisation forts. Des individus engagés qui s'approprient les valeurs et qui comprennent leur pertinence contribuent nécessairement à une culture organisationnelle solide et inspirante.



Bienveillance

Démontrer un souci pour les autres et entretenir des relations basées sur l'écoute et des échanges courtois qui témoignent du respect de tous.

« Faisons preuve de considération, d'ouverture et de générosité envers les autres. »

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

Collaboration

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

« Créons le Nous. »

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

Engagement

S'impliquer et contribuer activement pour concrétiser nos ambitions, respecter nos obligations professionnelles et développer un sentiment d'appartenance fort.

« Prenons part à la réalisation des objectifs du CISSS de la Montérégie-Ouest pour faire la différence. »

- Affirmer notre engagement envers l'organisation;
- Être solidaire, adhérer aux orientations;
- Participer aux projets, s'impliquer, contribuer et se mobiliser;

- Bâtir ensemble un projet commun et développer un sentiment d'appartenance;
- Croire que c'est possible de faire la différence et travailler avec enthousiasme, plaisir, passion, énergie et positivisme;
- Être loyal.

Audace

Se donner un espace pour innover dans nos façons de faire, afin de réaliser nos ambitions.

« Ayons le courage de remettre en question dans le but de faire les meilleurs choix et d'agir. »

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

Cohérence

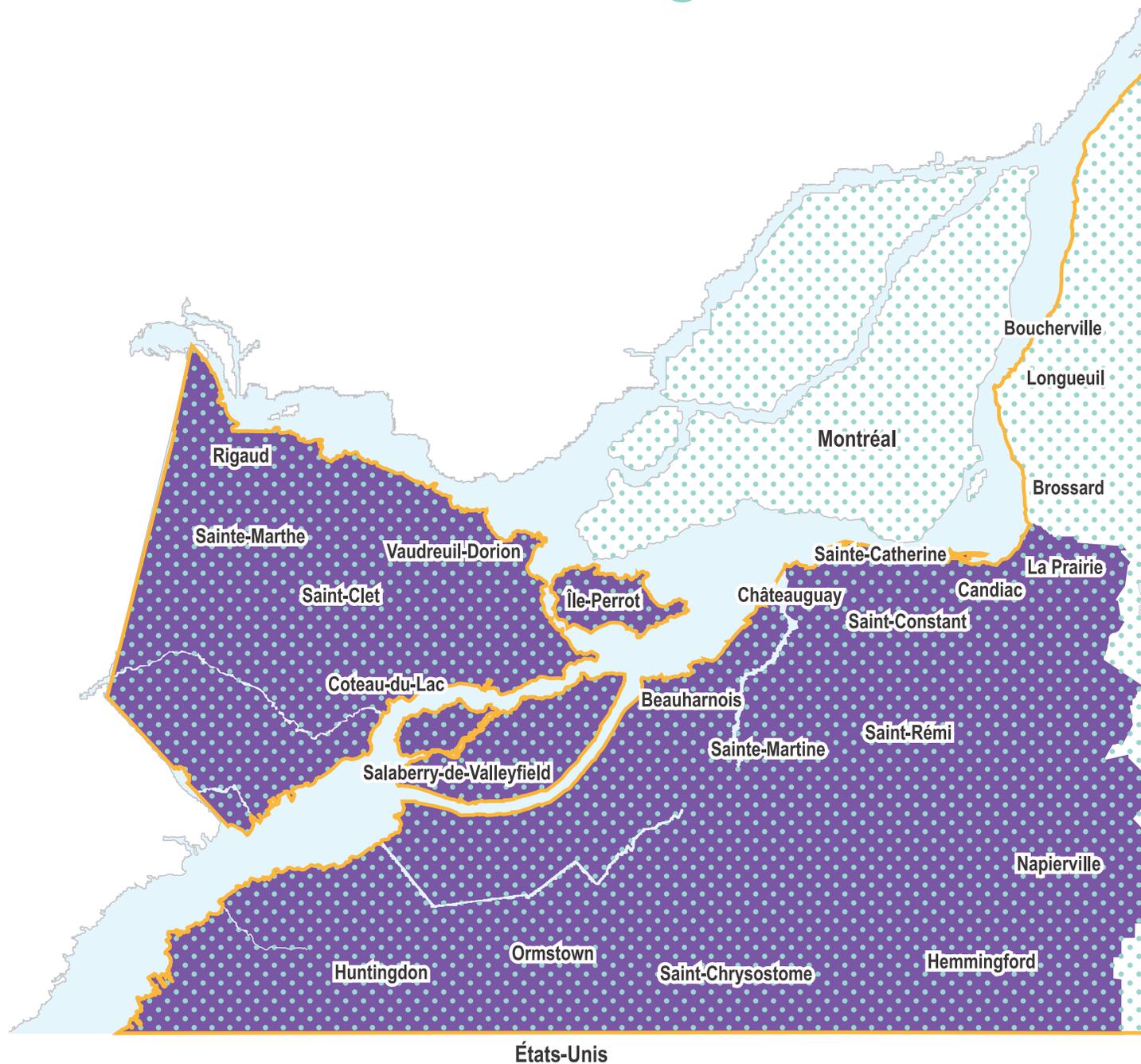
Décider et agir avec pertinence et équité, et être solidaire de nos orientations communes.

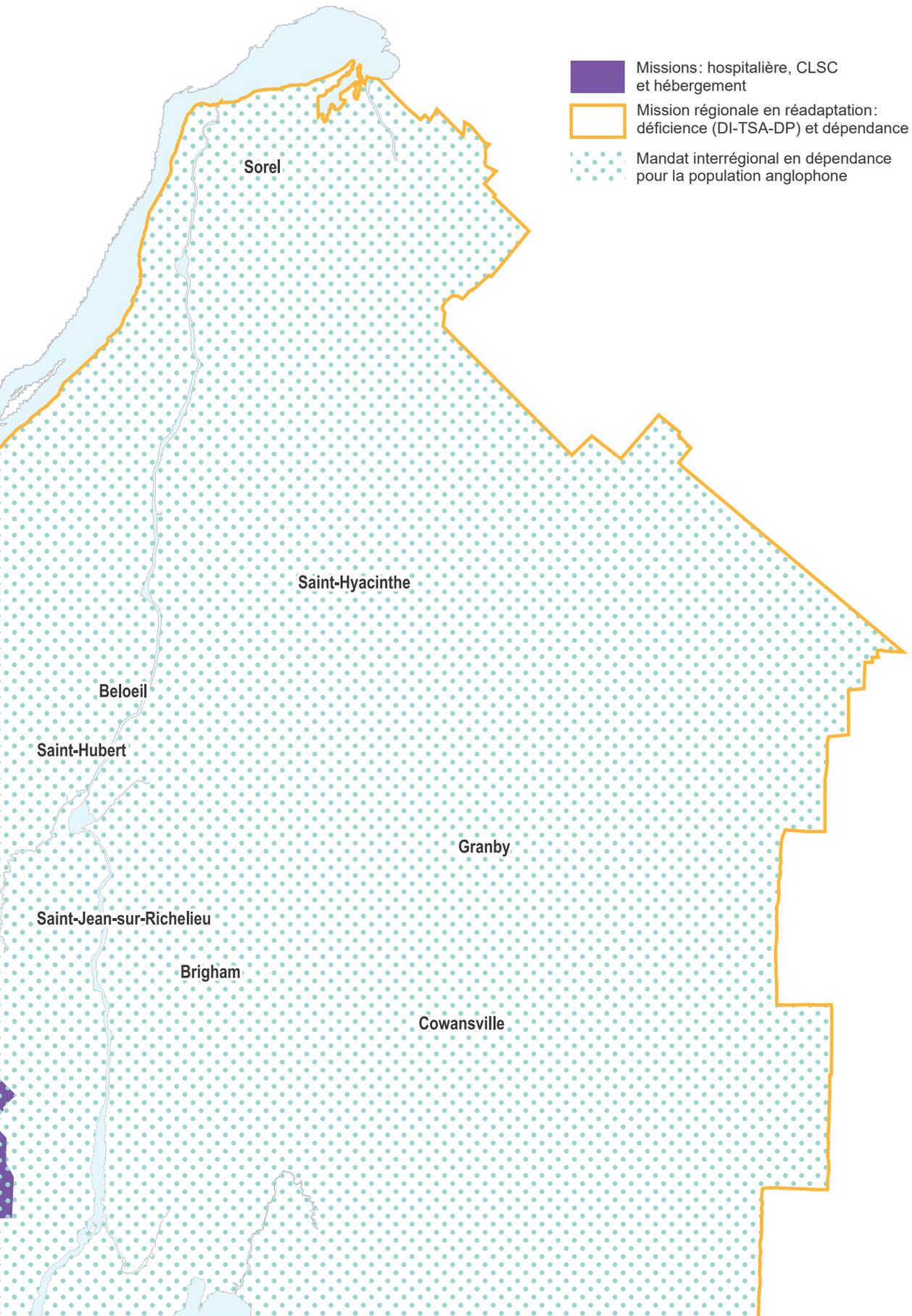
« Agissons avec cohérence pour donner du sens à nos gestes et paroles. »

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

Carte du territoire

CISSS de la Montérégie-Ouest





Services offerts

Le CISSS de la Montérégie-Ouest emploie plus de 9 500 personnes, 537 médecins*, dont 247 omnipraticiens et 290 spécialistes, répartis dans 122 installations. Offrant des services généraux et des soins courants spécifiques (1^{re} ligne), il se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, l'établissement a des responsabilités régionales en réadaptation, pour une clientèle ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou de la dépendance.

Soins et services offerts dans nos installations

Dans nos hôpitaux

- des services diagnostiques, de soutien (soins infirmiers, services sociaux, réadaptation, etc.) ainsi que des soins médicaux généraux et spécialisés (curatifs et préventifs).

Dans nos centres locaux de services communautaires (CLSC)

- des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion;
- des activités de santé publique;

Les services du CLSC sont dispensés également à domicile et à l'école.

Dans nos centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)

- des soins de longue durée de façon temporaire ou permanente en milieu de vie substitut au milieu naturel des personnes;
- des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance;
- des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel;
- des services de centres de jour pour la clientèle à domicile.

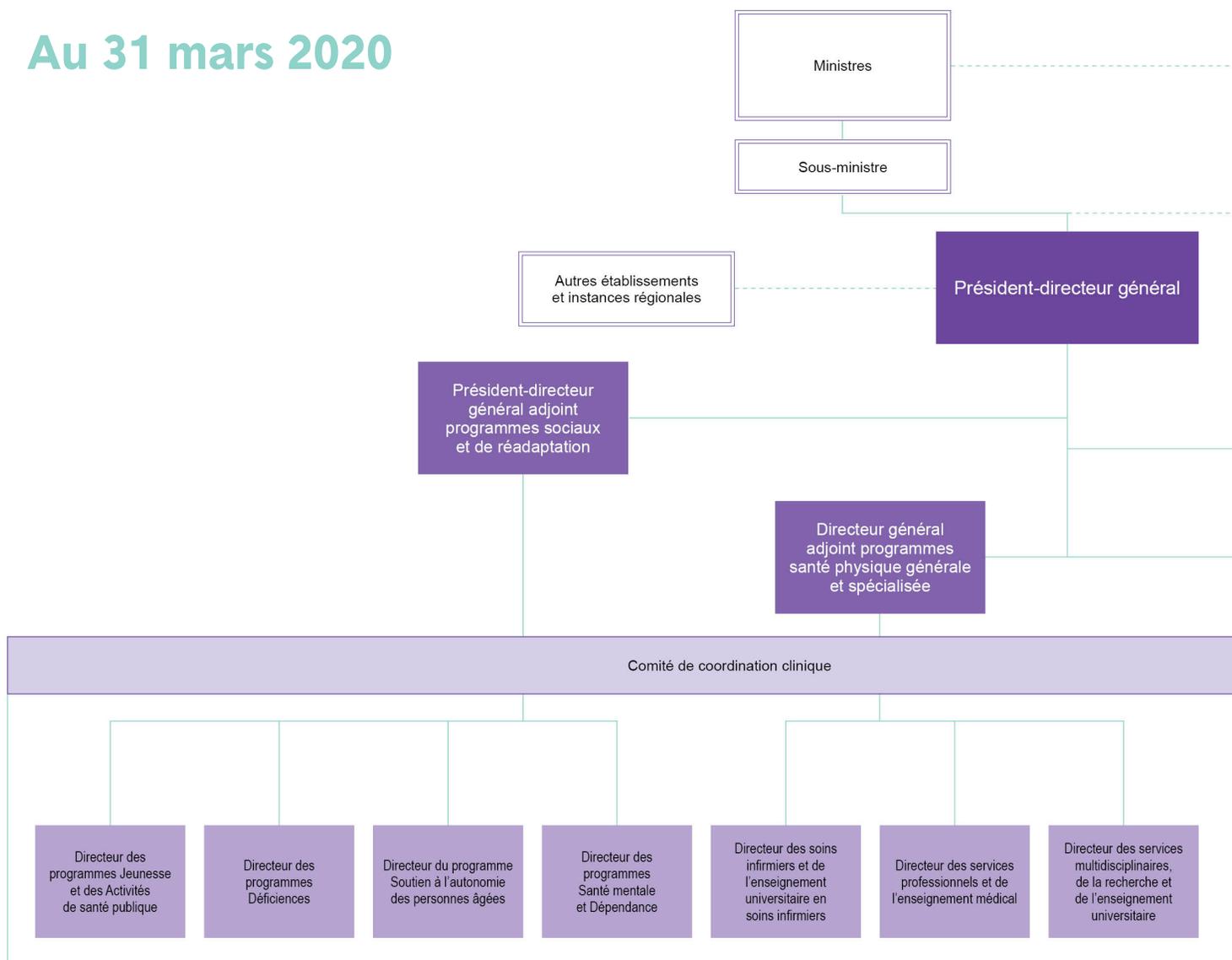
Dans nos centres de réadaptation (CR)

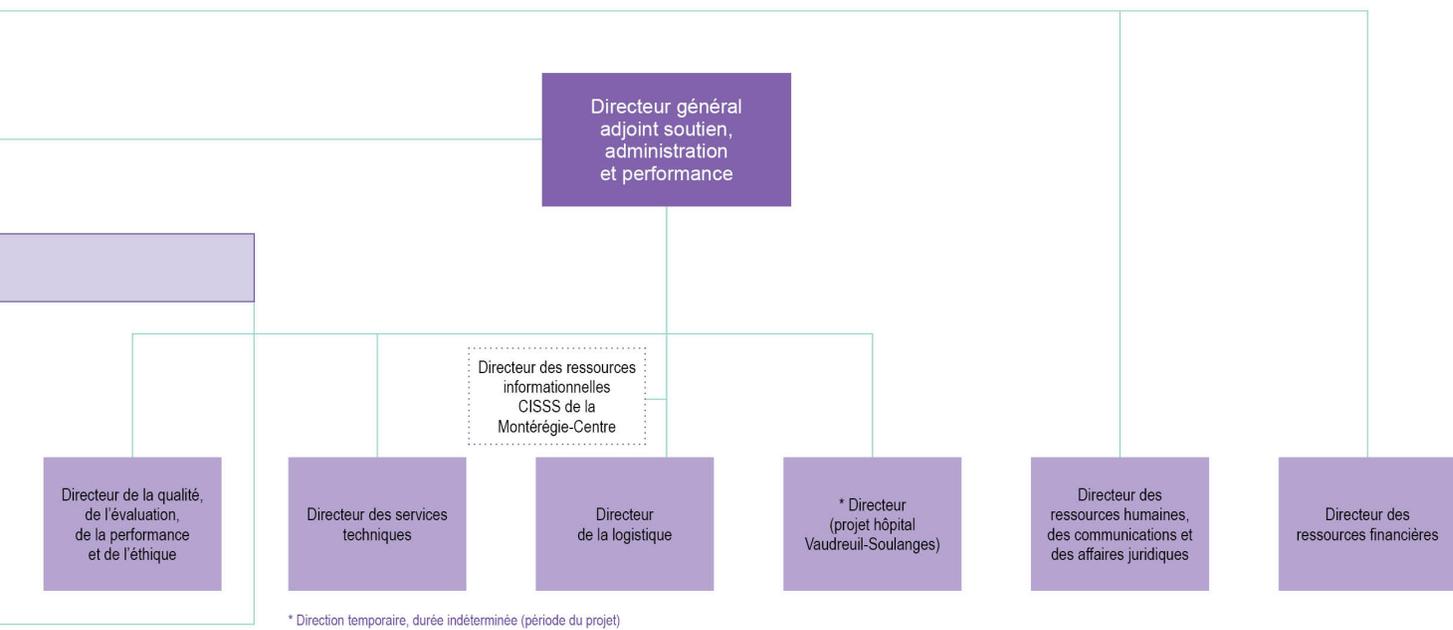
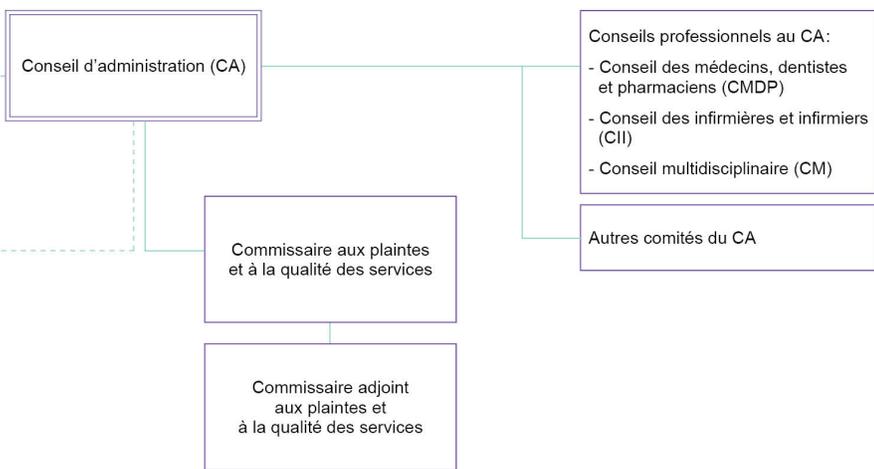
- des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme, des difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial, une dépendance à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent ou à toute autre dépendance;
- des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes.

Pour plus d'information sur l'ensemble des soins et services que nous offrons à la population, rendez-vous sur notre site Internet à : santemonteregie.qc.ca/ouest.

Structure de l'organisation

Au 31 mars 2020





Comité de direction

Direction générale

Yves Masse

Président-directeur général

Céline Rouleau

Présidente-directrice générale adjointe
(jusqu'en septembre 2019)

Patrick Murphy-Lavallée

Président-directeur général adjoint
(depuis octobre 2019)

Michelle Harvey

Directrice générale adjointe
aux programmes de soutien,
administration et performance

Philippe Besombes

Directeur général adjoint des programmes
de santé physique générale et spécialisée
(depuis septembre 2019)

Marie-Ève Bernard

Adjointe au président-directeur général

Directions

Dominique Pilon

Directeur des programmes Jeunesse
et des Activités de santé publique

Jean-Marc Ricard

Directeur des programmes Déficiences

Chantal Arsenault

Directrice du programme Soutien
à l'autonomie des personnes âgées
(jusqu'en juin 2019)

Lydia Ingenito

Directrice du programme Soutien
à l'autonomie des personnes âgées
(depuis juin 2019)

Donald Massicotte

Directeur des programmes Santé mentale
et Dépendance

Philippe Besombes

Directeur des soins infirmiers
et de l'enseignement universitaire
en soins infirmiers (jusqu'en août 2019)

Chantal Careau

Directrice des soins infirmiers
et de l'enseignement universitaire
en soins infirmiers (depuis octobre 2019)

Dr Abdo Shabah

Directeur des services professionnels
(jusqu'en septembre 2019)

Dre Élise Gilbert

Directrice des services professionnels
(depuis janvier 2020)

Stéphane Dubuc

Directeur des services multidisciplinaires,
de la recherche et de l'enseignement
universitaire

Mélanie Dubé

Directrice de la qualité, de l'évaluation,
de la performance et de l'éthique

Bruno Roy

Directeur des services techniques
(poste intérimaire)

Vincent Tam

Directeur de la logistique
(depuis juillet 2019)

Vincent Veilleux

Directeur Projet Hôpital
Vaudreuil-Soulanges (poste temporaire)

Richard Cloutier

Directeur des ressources humaines,
des communications et des affaires
juridiques (jusqu'en juin 2019)

Jean-Philippe Ferland

Directeur des ressources humaines,
des communications et des affaires
juridiques (depuis mai 2019)

Martin Larose

Directeur des ressources financières

Conseil d'administration

Liste des membres au 31 mars 2020

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

Membres nommés

Jean-Claude Lecompte

Milieu de l'enseignement

Yves Masse

Secrétaire – président-directeur général du CISSS de la Montérégie-Ouest

Membres désignés

Dre Dorice Boudreault

Département régional de médecine générale (DRMG)

Mélanie Caron

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) (jusqu'en septembre 2019)

Alexandre Ferland

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) (depuis octobre 2019)

Dr Antoine Daher

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Annabelle Lefebvre

Conseil multidisciplinaire (CM)

Nicole Marleau

Comité des usagers (CU) (jusqu'en septembre 2019)

Richard Ménard

Comité des usagers (CU) (depuis octobre 2019)

Patricia Quirion

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Membres indépendants

Claude Jolin

Président – Compétence en gouvernance et éthique

Jean-Pierre Rodrigue

Vice-président – Expertise en santé mentale

Line Ampleman

Expertise en réadaptation

Hugo Desrosiers

Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux

Richard Gascon

Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité

Pierre Gingras

Compétence en ressources immobilières, informationnelles et humaines

Heather L'Heureux

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

Éric Tessier

Expertise en protection de la jeunesse

À combler

Expertise dans les organismes communautaires

Membre observateur

Madeleine Himbeault Greig

Désignée par les présidents des fondations de l'établissement

Manquement au code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Il est à souligner qu'aucun manquement au code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs n'a été constaté au cours de l'année 2019-2020. De plus, aucune décision de sanctions n'a été imposée de même qu'aucune personne n'a été révoquée ou suspendue au cours de la période couverte par le présent rapport.

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

Comités, conseils

et instances consultatives

Comités du conseil d'administration

Comité ad hoc – Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges

Comité d'évaluation du commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Comité de gestion des risques

Comité de gouvernance et d'éthique

Comité de révision

Comité de vérification

Comité de vigilance et de la qualité

Comité des ressources humaines

Comité immobilisation et environnement

Comité soins et services à la clientèle

Conseils professionnels

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Conseil multidisciplinaire (CM)

Instances consultatives

Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Comité d'éthique clinique (CEC)

Faits saillants de l'établissement

Un autre cycle d'agrément réussi!

L'automne 2019 a été marqué par la visite d'Agrément Canada, organisme indépendant et sans but lucratif qui établit des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé et de services sociaux. À cette occasion, plusieurs éléments positifs ont été identifiés. Cette visite s'est déroulée du 6 au 10 octobre 2019 et l'organisme a évalué l'équipe de direction, le conseil d'administration, les équipes de gestion des médicaments, de retraitement des dispositifs médicaux et de prévention et contrôle des infections des programmes Jeunesse, Activités de santé publique ainsi Santé mentale et Dépendance.

Nos défis

Parmi les défis identifiés par l'organisme se trouvent l'implantation du bilan comparatif des médicaments, la standardisation des plans d'intervention interdisciplinaire, le déploiement du plan de sécurité des usagers, et ce, dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre.

Bons coups

Parmi les points forts soulignés, notons le dynamisme des équipes interdisciplinaires, la collaboration, à plusieurs égards, avec les partenaires des trajectoires de services, la démarche d'amélioration continue bien ancrée, et ce, au sein de tous les paliers organisationnels, l'intégration de notre approche en éthique organisationnelle ainsi que notre préoccupation constante envers la qualité et la sécurité des soins et des services offerts aux usagers. Agrément Canada a salué notre approche sur le partenariat avec l'utilisateur et ses proches ainsi que notre grande volonté de vouloir les impliquer dans le développement de notre offre de soins et de services.

Un taux de conformité aux critères de qualité de 96 % a été attribué aux normes gouvernance, leadership, gestion des médicaments, prévention et contrôle des infections et retraitement des dispositifs médicaux réutilisables. Quant aux secteurs Santé mentale, Dépendance et Jeunesse, ils ont obtenu un résultat de 95 % de conformité. La Santé publique, visitée la semaine précédente, a obtenu un résultat de 98 %, grâce au travail efficace de collaboration entre les trois CISSS de la Montérégie. Nous sommes fiers d'être agréés à nouveau. À la suite de ces visites, les travaux visant à établir un plan de sécurité des usagers, le bilan comparatif des médicaments ainsi que l'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé ont été poursuivis afin de se conformer aux exigences de l'organisme d'accréditation.

Le recrutement au cœur de nos actions

Dans le but d'augmenter notre visibilité pour attirer, mais aussi pour mobiliser et retenir la main-d'œuvre dans un contexte de pénurie, le CISSS de la Montérégie-Ouest a développé son image de marque. Pour créer une marque employeur qui résonne auprès des employés, des réunions consultatives regroupant des employés, des gestionnaires et des médecins ont eu lieu à l'été et à l'automne 2019.

S'épanouir ensemble : une nouvelle image de marque pour le plus important employeur de la Montérégie-Ouest!

Les conclusions ont été unanimes : c'est grâce à la richesse des équipes de travail, aux humains qui composent le CISSS, incluant les usagers, que nos travailleurs peuvent collaborer à de belles réalisations et avoir du plaisir à le faire, et ce, malgré les défis importants à relever au quotidien. C'est pour cette raison que la signature «S'épanouir ensemble» a été choisie, car elle traduit adéquatement le sentiment exprimé lors des consultations. De plus, la section Emplois du site Web de l'établissement a été revue. Toutes les offres d'emplois se trouvent désormais sur le site sepanouirensemble.quebec.

Recruter différemment

Les établissements doivent renouveler leur façon de faire pour trouver de potentiels employés. Au CISSS de la Montérégie-Ouest, les recruteurs du Service de dotation, des membres du Service des communications, des membres de l'équipe du Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges et des représentants de directions cliniques sont allés à la rencontre des gens en leur offrant un café et en leur parlant d'emploi à la station de train de banlieue de Vaudreuil en février 2020.

Malgré le froid, l'équipe a engagé la conversation avec la population pour faire connaître nos besoins en termes de main-d'œuvre. Cet événement surprise n'a pas manqué d'attirer l'attention des journalistes du secteur et d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Le Projet de l'Hôpital Vaudreuil-Soulanges s'est aussi affairé à promouvoir différemment le futur hôpital. Puisque l'ouverture de l'établissement se fera en 2026, la direction responsable du projet mise sur les étudiants pour combler les besoins le moment venu. Plusieurs visites dans des écoles secondaires et cégeps ont eu lieu afin de faire connaître le projet, les possibilités d'emploi en lien avec le nouvel hôpital et les installations du CISSS. N'oublions pas que plus de 2 500 emplois seront à combler au sein de l'organisation en vue de l'ouverture de l'Hôpital Vaudreuil-Soulanges.

Une campagne de recrutement pour attirer et retenir la relève

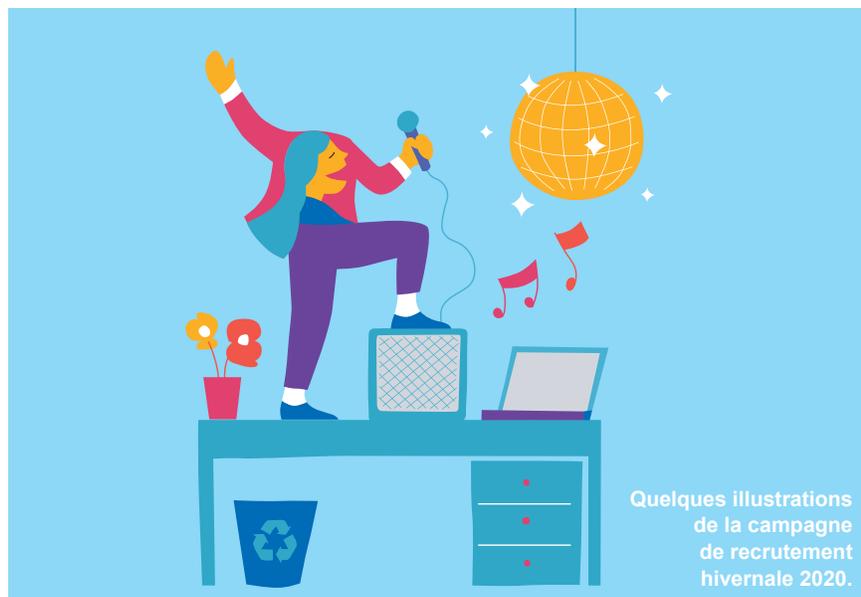
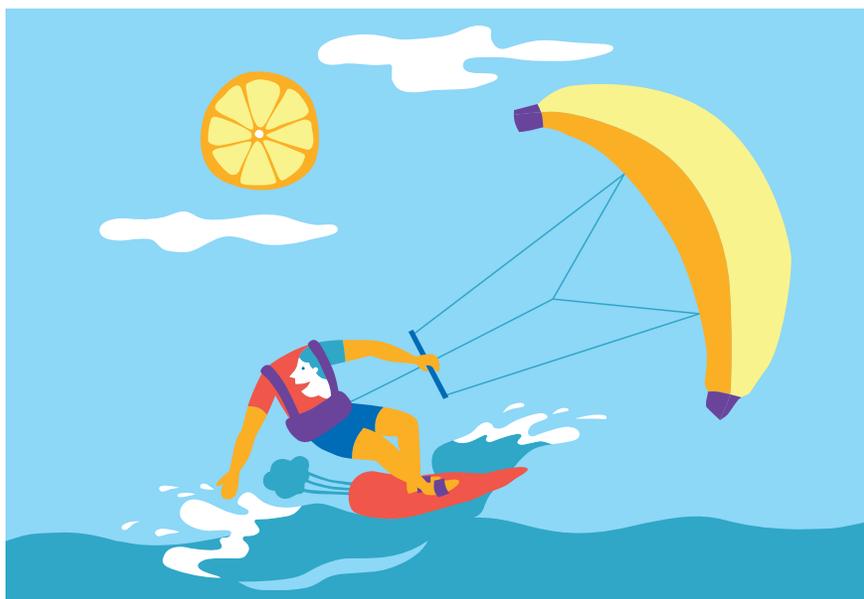
Afin de propulser notre nouvelle image et d'attirer de nouveaux talents, une campagne de recrutement 360° a été lancée en février 2020. Pendant sept semaines, tant sur le Web que dans les médias, le CISSS de la Montérégie-Ouest a déployé des stratégies sur plusieurs fronts pour attirer des candidats. L'établissement a réussi son pari d'augmenter sa notoriété et plusieurs équipes ont ressenti l'impact positif de la campagne de recrutement.

Des programmes travail-études novateurs

Certains emplois sont en demande au sein de notre établissement. C'est notamment le cas des postes de préposés aux bénéficiaires (PAB). Afin de faciliter l'embauche de personnel dans ce domaine, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a annoncé en août 2019 l'offre de bourses aux candidats désirant venir travailler en tant que préposés aux bénéficiaires. Au CISSS de la Montérégie-Ouest, les 60 bourses attribuées par le Ministère ont été remises!

Une deuxième cohorte de candidats à l'emploi de préposés aux bénéficiaires (CEPAB) a aussi démarré en septembre 2019 pour stimuler l'embauche de PAB en collaboration avec le centre de formation professionnelle (CFP) de la Pointe-du-Lac. Ce partenariat permet aux étudiants de suivre la formation d'assistance à la personne en établissement d'une durée de 10 mois tout en occupant un emploi dans l'un de nos centres d'hébergement, ce qui leurs assure un revenu tout en poursuivant leurs études.

Le CISSS de la Montérégie-Ouest a aussi implanté des mesures incitatives afin d'attirer et fidéliser les employés au sein de l'organisation. En décembre 2019, toutes les infirmières à temps partiel se sont fait offrir la possibilité d'avoir un poste à temps complet ou d'augmenter le nombre de jours de leur poste. De plus, tous les inhalothérapeutes et infirmières auxiliaires à temps partiel se sont fait offrir un rehaussement de leur poste, s'ils le désiraient. Le processus de rehaussement est entré en vigueur en février 2020. De plus, les employés concernés pourront demander le rehaussement à tout moment au cours des prochaines années.



Quelques illustrations de la campagne de recrutement hivernale 2020.

Une affluence élevée dans nos hôpitaux

La croissance et le vieillissement de la population en Montérégie créent un achalandage élevé dans nos services, particulièrement dans les urgences de nos trois hôpitaux. Cette situation occasionne des défis de taille. Grâce à la mobilisation et à la collaboration des employés, des médecins, des syndicats et des gestionnaires, des actions novatrices et créatives sont mises en place afin d'assurer une gestion rigoureuse et efficace avec les ressources qui sont disponibles.

Un des principaux enjeux est le manque de lits d'hospitalisation sur le territoire de la Montérégie-Ouest. L'hôpital de Vaudreuil-Soulanges, dont l'ouverture est prévue en 2026, comptera 404 lits et 41 civières. Grâce à ce dernier, le nombre de lits d'hospitalisation passera presque au double.

Plusieurs personnes qui occupent des lits d'hospitalisation sont aussi en attente d'une place en CHSLD. L'achat de nouvelles places d'hébergement a permis au cours de l'année de soulager partiellement les besoins de lits de soins de longue durée pour personnes âgées, mais les besoins demeurent importants. À ce titre, les travaux se poursuivent pour bonifier le parc de ressources afin de répondre aux besoins de la population.

Autres options à l'urgence

En 2019-2020, des efforts supplémentaires ont été fournis pour informer la population du territoire des autres solutions offertes pour remplacer une consultation à l'urgence : cliniques sans rendez-vous, groupes de médecine de famille (GMF), GMF-Universitaire, etc. On remarque d'ailleurs une baisse du nombre de priorités cotées 4 et 5 (P4-P5) à l'urgence. Cette clientèle (P4-P5) est actuellement réorientée notamment vers les trois GMF-Réseau et GMF du territoire. Ceci contribue à assurer un service de proximité, et ainsi, à diminuer la pression sur nos urgences. Ce sont plus de 4 750 usagers qui ont été réorientés. À titre indicatif, il s'agit de 6,6% des gens qui se sont présentés à l'urgence de nos hôpitaux et qui ont été redirigés vers un médecin dans un GMF partenaire du territoire.

Également, nos GMF partenaires ont participé en grand nombre aux cliniques hivernales sur le territoire.

Des actions qui portent fruit

Des efforts colossaux se sont poursuivis en soutien à domicile pour augmenter le nombre d'heures passées auprès des usagers et ainsi favoriser une meilleure fluidité des soins et des services auprès de la clientèle. Au cours de la dernière année, 1 382 225 heures de soutien à domicile ont été offertes. Il s'agit de 22% de plus que l'année précédente, soit une offre ayant triplé depuis trois ans.

Une gestionnaire au soutien à domicile a aussi commencé à travailler à l'urgence de l'Hôpital du Suroît pour offrir des alternatives à l'hospitalisation, comme un retour à la maison avec un panier de services adaptés aux besoins. Ce sont 67% des usagers en soins longue durée qui sont âgés de 75 ans et plus qui ont pu bénéficier de ce suivi.

En 2019-2020, le CISSS s'est vu octroyer 26 nouveaux médecins à son plan d'effectifs médicaux (PEM) et six médecins français se sont joints au personnel. Les efforts de recrutement médical se poursuivent afin de pourvoir les postes disponibles.

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

Entente de gestion et d'imputabilité

Chapitre III Attentes spécifiques

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation : R = Réalisé à 100 % N. R. = Non réalisé à 100 % N. A. = Non applicable	Commentaire
SANTÉ PUBLIQUE			
Implanter, d'ici le 31 mars 2020, le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche dans tous les CHSLD publics et privés conventionnés de la province de Québec. (1.1)	Tout d'abord, les CISSS et CIUSSS pourront participer à une rencontre d'information avec l'équipe du MSSS afin de bien comprendre le cadre de référence pour implanter le programme. Les établissements devront ensuite faire parvenir un plan de déploiement au MSSS. Le personnel de l'équipe de soins (infirmières, infirmières auxiliaires et PAB) ainsi que les professionnels embauchés (hygiénistes, dentistes et denturologistes) devront suivre une formation en ligne. Selon le financement accordé aux établissements, ceux-ci devront envoyer la liste de tous les professionnels embauchés au fur et à mesure. Une reddition de comptes sera demandée sur les dépenses octroyées : à la formation de l'équipe de soins, aux salaires des hygiénistes, aux déplacements de celles-ci, à l'achat d'équipement portatif, à l'achat de matériel de soins d'hygiène et aux honoraires des dentistes et denturologistes. D'autres indicateurs sont en développement et pourront être appliqués en lien avec les activités réalisées par les professionnels dentaires.	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation : R = Réalisé à 100 % N. R. = Non réalisé à 100 % N. A. = Non applicable	Commentaire
PROGRAMMES DÉDIÉS AUX PERSONNES, AUX FAMILLES ET AUX COMMUNAUTÉS			
Bonnes pratiques des établissements pour la prévention et la réduction des usagers en NSA (2.1)	Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des niveaux de soins alternatifs (NSA). Ainsi, ils doivent remplir un état de situation de l'implantation des bonnes pratiques pour prévenir et résoudre le phénomène des usagers en niveau de soins alternatifs.	N. A.	Cette attente a été retirée par le MSSS
Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD (2.2)	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 ainsi que sur les résultats du 2 ^e soin d'hygiène complet par semaine, est demandé aux établissements.	N. A.	Cette attente a été retirée par le MSSS
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) (2.3)	Le PTAAC constitue depuis 2008 un outil de suivi d'implantation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. L'établissement doit remplir et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation.	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation : R = Réalisé à 100 % N. R. = Non réalisé à 100 % N. A. = Non applicable	Commentaire
PROGRAMMES DÉDIÉS AUX PERSONNES, AUX FAMILLES ET AUX COMMUNAUTÉS – SUITE			
Plan d'action TSA (2017-2022) (2.4)	<p>Un suivi des mesures inscrites au Plan d'action TSA publié à l'hiver 2017 est demandé aux établissements afin d'évaluer son implantation et l'impact des investissements.</p> <p>Les établissements doivent remplir l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.</p>	R	
Déploiement du programme Agir tôt (2.5)	<p>Le projet consiste à renforcer le dépistage des potentiels difficultés ou retards de développement chez les enfants avant leur entrée à la maternelle, notamment en utilisant une plateforme numérique, et à rehausser l'offre de services d'intervention auprès de ces enfants et de leurs familles, dans le cadre des programmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vaccination (détection et réponse à un questionnaire par l'infirmière); • programme Jeunes en difficulté (JED) (stimulation précoce); • programme Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA) (services spécifiques et spécialisés). 	R	
Offrir des milieux résidentiels adaptés aux besoins des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA (2.6)	<p>Les délais d'attente et l'adéquation entre les options résidentielles disponibles et les besoins des usagers sont des enjeux rencontrés dans toutes les régions, pour toutes les clientèles des programmes DP et DI-TSA et tous les types de milieux résidentiels. Des engagements en termes de résultats seront établis par rapport aux usagers en attente dans les ententes de gestion et d'imputabilité subséquentes.</p>	R	
Suivi de l'ajout d'effectifs en CHSLD (2.7)	<p>Le milieu des CHSLD est témoin d'enjeux de main-d'oeuvre, d'attraction et de rétention. C'est pourquoi un plan d'action a été développé visant à améliorer l'attraction et la rétention des équipes interdisciplinaires en CHSLD, un plan touchant notamment la promotion, la formation, l'accueil, le développement des compétences, la stabilité des équipes, l'organisation du travail ainsi que la santé et sécurité au travail. De plus, dans la foulée de la présentation du budget 2019-2020 à l'Assemblée nationale, de nouveaux budgets ont été annoncés pour l'ajout d'effectifs en CHSLD.</p>	R	



Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation : R = Réalisé à 100 % N. R. = Non réalisé à 100 % N. A. = Non applicable	Commentaire
AFFAIRES UNIVERSITAIRES, MÉDICALES, INFIRMIÈRES ET PHARMACEUTIQUES			
Consolider l'organisation des soins et des services offerts aux personnes atteintes d'Alzheimer (et autres troubles neurocognitifs) et à leurs proches (4.1)	Le MSSS procède, depuis avril 2016, au déploiement des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles en ce qui a trait à la prise en charge et au suivi des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs. Il a été convenu que le plan triennal 2016-2019 serait prolongé d'une année afin de permettre aux établissements d'atteindre les cibles.	N. R. (en cours)	Cette attente a été reportée par le MSSS au 14 septembre 2020
État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan national 2016-2018 – Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC (4.2)	L'établissement a la responsabilité de développer son continuum de services en AVC sur son territoire. Un plan d'action national a été produit et il demeure toujours en implantation. Il décrit les pratiques optimales pour toutes les phases du continuum, assorties de moyens et d'indicateurs. Autoévaluation sur la poursuite du Plan d'action déposé le 31 octobre 2016, composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'état d'avancement des travaux au 31 mars 2020, ainsi que les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action de l'établissement, doivent être évalués.	N. A.	Cette attente a été retirée par le MSSS
Contribuer au déploiement provincial de la télésanté (4.3)	À cet effet, la contribution des établissements s'avère essentielle notamment en maintenant actif un comité tactique local, en contribuant au répertoire provincial des services cliniques ainsi qu'à la réalisation du plan d'action 2018-2020. Les établissements devront démontrer leur contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions sont réalisées dans le cadre du plan d'action en télésanté 2018-2020 et que le répertoire des services cliniques en télésanté est à jour. Pour ce faire, un gabarit pour chacune des trois actions sera fourni aux établissements par le MSSS pour être rempli et retourné en périodes 6 et 13.	R	
État d'avancement du Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2017-2018 – Continuum de services, phase hyperaigüe, pour les personnes ayant subi un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) (4.4)	L'établissement a la responsabilité de développer son continuum de services pour le traitement de l'IAMEST sur son territoire. Un plan d'action national a été produit. Il décrit les pratiques optimales pour toutes les phases du continuum assorties de moyens et d'indicateurs. Autoévaluation au 31 mars 2020 du plan d'action déposé le 22 juin 2017, composée à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'avancement des travaux et les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être évalués.	N. R. (en cours)	Cette attente a été reportée par le MSSS au 31 juillet 2020

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation : R = Réalisé à 100 % N. R. = Non réalisé à 100 % N. A. = Non applicable	Commentaire
INFRASTRUCTURES, LOGISTIQUE, ÉQUIPEMENTS ET APPROVISIONNEMENT			
<p>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 (7.1)</p>	<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 un bâtiment déficitaire inspecté en 2015 (lot 1) ou en 2016 (lot 2) et au 31 mars 2022 pour un bâtiment déficitaire inspecté en 2017 (lot #3). Si la cible de RDM d'un bâtiment inspecté en 2015 est de 80 % et que le différentiel entre l'IVP et le seuil d'état est de 3 %, l'IVP de ce bâtiment doit, au 31 mars 2020, minimalement avoir diminué de 2,4 % (80 % de 3 %), c'est-à-dire minimalement ramené à 15,6 %.</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 assurer les liaisons requises entre les projets du Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière (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-delà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.</p>	R	
COORDINATION, PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ			
<p>Sécurité civile (8.1)</p>	<p>Consolider les mécanismes de base en sécurité civile de façon que l'établissement puisse assumer son rôle dans le déploiement de la mission Santé du Plan national de la sécurité civile. À cet effet, l'établissement doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • disposer d'un plan de sécurité civile à jour présentant le système de garde 24/7, les comités internes de sécurité civile et le processus d'alerte et de mobilisation des ressources; • s'assurer que le personnel affecté à la sécurité civile a bénéficié d'une formation de base recommandée par le MSSS; • établir ou raffermir des liens de partenariat en sécurité civile. 	R	



Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation : R = Réalisé à 100 % N. R. = Non réalisé à 100 % N. A. = Non applicable	Commentaire
COORDINATION, PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ – SUITE			
Gestion des risques en sécurité civile – Santé et Services sociaux (8.2)	Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit poursuivre sa démarche de gestion des risques en sécurité civile (GRSC) et traiter au minimum un risque identifié comme prioritaire.	R	
Plan de continuité des activités – Santé et Services sociaux (8.3)	Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit lancer le projet d'élaboration d'un plan de continuité des activités (PCA) pour une portée d'établissement. Pour ce faire, la haute direction de l'établissement doit approuver une charte de projet présentant, entre autres : <ul style="list-style-type: none"> • la durée estimée du projet; • le calendrier de réalisation des étapes prévues au Guide pratique pour l'élaboration d'un plan de continuité des activités en établissement; • la structure de gouvernance. Cette dernière doit notamment identifier le porteur de dossier et le comité tactique qui collaborera à l'élaboration du PCA. 	R	
Révision des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise (8.4)	Un programme d'accès indique la manière, le service et l'installation pour lesquels il y a obligation de rendre les services de santé et les services sociaux accessibles en langue anglaise pour la population d'expression anglaise. Les établissements ont reçu au printemps 2018 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le CA et ensuite transmis par courriel à l'adresse ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca ainsi qu'au Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise, à l'attention de M. Iannick Martin iannick.martin@msss.gouv.qc.ca .	R	

Chapitre IV Engagements annuels

Légende	
■	Atteinte de l'engagement annuel à 100 %
■	Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
■	Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %
N. A.	Non applicable
N. D.	Non disponible

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
SANTÉ PUBLIQUE – PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES			
Plan stratégique 15-20 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 <i>Clostridium difficile</i> (installations offrant des services de la mission-classe en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS))	100 %	100 %	100 %
Plan stratégique 15-20 1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	66,7 %	100 %	66,7 %
Plan stratégique 15-20 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 (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	100 %	50 %
Plan stratégique 15-20 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	54,2 %	80 %	56,6 %
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS) : L'engagement n'est pas atteint. Une de nos installations n'a pas eu un taux conforme au taux établi. Cette situation a été causée par la présence de deux cas porteurs de la bactérie à l'admission.			
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 (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS) : L'engagement n'est pas atteint. Nous observons une augmentation des cas dans une de nos installations notamment pour les cathéters veineux centraux tunnelisés. Une analyse plus poussée sera effectuée afin de déterminer les problématiques spécifiques pour chaque cas. Également, une analyse sera réalisée concernant l'implantation des meilleures pratiques en hémodialyse au regard du programme des soins sécuritaires.			
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements : L'engagement n'est pas respecté. Le Service de prévention et de contrôle des infections poursuit ses activités de sensibilisation à l'adhésion aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains. Une centaine d'auditeurs ont été formés afin d'assurer une surveillance des pratiques. Des mesures correctives spécifiques sont requises pour les unités ayant des résultats en dessous de 50 %.			

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE			
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues selon les différents modes de dispensation de services	N. D.	1 135 521	1 382 225
Plan stratégique 15-20 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	4 912	5 100	5 010
Plan stratégique 15-20 1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée, ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	93%	90%	85,1%
<p>1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) : L'atteinte de 98 %, au lieu de 100 %, de l'engagement est due essentiellement aux difficultés de recrutement pour les nouveaux postes de professionnels en raison de la pénurie de la main-d'œuvre et pour le remplacement du personnel absent.</p> <p>1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) : Le non-respect de l'engagement est causé par le manque d'effectifs et par l'instabilité du système informatique des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA).</p>			

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES			
Plan stratégique 15-20 1.03.07.00-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	N. D.
Plan stratégique 15-20 1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	N. D.
Plan stratégique 15-20 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	N. D.
Plan stratégique 15-20 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100 %	100 %	N. D.
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD et ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	86,9 %	85 %	83,1 %
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public et ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	90,9 %	90 %	87,8 %
<p>1.03.07.00-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée; 1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée; 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée; 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale : Ces redditions de comptes sont annulées par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).</p> <p>1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD et ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14 ET 1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public et ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention : L'engagement est atteint à 98 %. Dans les dernières années, nous avons rehaussé de manière significative notre offre de service en soins d'assistance à domicile en dispensant dorénavant des services 24 heures sur 24, 7 jours sur 7; nous gardons une clientèle à domicile qui, auparavant, aurait été admise plus rapidement en ressources intermédiaires ou en CHSLD. Nous constatons, surtout depuis la dernière année, que la clientèle dirigée en ressources intermédiaires et en CHSLD est de plus en plus complexe (exemple profil 9), car les cas plus stables sont maintenus dans leur milieu de vie avec une offre de service adaptée. Nos partenaires en ressources intermédiaires (RI) vivent également une pénurie de personnel et une difficulté de rétention de personnel qualifié, ce qui fait que les cas complexes ne peuvent pas toujours être pris en charge de manière sécuritaire par les RI et sont redirigés vers les CHSLD. Nous sommes actuellement en démarche avec certaines ressources intermédiaires pour les soutenir dans leurs efforts de recherche de personnel et nous assurer du niveau de service attendu auprès des résidents réorientés.</p>			

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
DÉFICIENCES			
Plan stratégique 15-20			
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	85,05	83	89,47
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	93,3 %	90 %	83,5 %
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	76,2 %	90 %	70,2 %
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	94,7 %	90 %	88,9 %
<p>1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA: L'engagement n'est pas respecté. Nous constatons une augmentation des demandes en TSA 0-6 ans (60 % d'augmentation entre 2016-2017 et 2019-2020). Les mesures non récurrentes du Plan d'action TSA se sont terminées en 2019, ce qui a eu un impact sur nos résultats de cette année. Des actions sont mises en place pour améliorer nos processus; nous devons toutefois réfléchir à l'équilibre à maintenir entre le respect des délais d'accès et la continuité des services une fois l'épisode de services entamé.</p> <p>1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS: L'engagement n'est pas respecté. Plusieurs facteurs ont contribué à cette non-atteinte, notamment la difficulté de joindre certains usagers pour établir un premier contact avec l'intervenant et le manque de personnel en réadaptation durant les premiers mois de l'année 2020, ce qui a affecté la prise en charge de nouveaux usagers dans les délais requis.</p> <p>1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS: L'engagement n'est pas atteint. Cette situation est attribuable à plusieurs facteurs, dont l'augmentation constante de la clientèle au cours des dernières années, notamment en déficience du langage, en déficience auditive et en traumatisme craniocérébral léger chez l'adulte. En outre, l'ouverture de nouveaux lits en URFI en déficience physique et la responsabilité de nouveaux lits en URFI en déficience physique de Montréal (nous sommes passés de 35 à 96 lits pour la Montérégie), la mise en place du guichet unique URFI en déficience physique, la mise en place du cadre de référence pour les URFI en santé physique et en déficience physique et du continuum AVC sont tous des éléments importants ayant eu un impact sur les services internes et externes. Ces éléments génèrent une augmentation du volume de demandes, mettant ainsi une pression sur une continuité de services rapides. De plus, la pénurie de personnel a un impact sur l'atteinte des cibles du plan d'accès. La disponibilité d'une nouvelle enveloppe budgétaire devrait contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la clientèle.</p> <p>1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS: L'engagement est atteint à 99 %. Quelques difficultés de pénurie de personnel du guichet d'accès ont été à l'origine de la non-atteinte de la cible. Ces difficultés ont été résolues.</p>			

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
DÉFICIENCES – SUITE			
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	85,1 %	90 %	84,5 %
Plan stratégique 19-23 1.45.45.05 Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement et ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais	N. D.	90 %	72,2 %
Plan stratégique 15-20 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	81 %	81 %	74,1 %
Plan stratégique 19-23 1.47 Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	N. D.	1 755	2 848
<p>1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS : L'engagement n'est pas atteint. Les résultats de cet indicateur demeurent stables. L'allocation budgétaire reçue en vue de développer des places en ressources de type familial (RTF) a nécessité le déploiement des équipes en place à cet effet. La pénurie de personnel a également affecté l'accessibilité aux services.</p> <p>1.45.45.05 Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement et ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais : L'engagement n'est pas atteint. Les enjeux d'accessibilités concernent essentiellement la clientèle avec une déficience physique. La révision des critères d'admissibilité ainsi que la trajectoire du programme « Agir tôt » devraient améliorer l'accès aux services pour la prochaine année.</p> <p>1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA, venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail : L'engagement n'est pas atteint. Cet indicateur comprend les usagers en service, en attente de services ainsi que ceux qui ne sont pas connus de nos services. Nous n'avons donc pas le contrôle de l'entièreté des résultats. Nous disposons actuellement de places disponibles en centre d'activité (en installation) et en plateau de travail, ce qui sous-tend que nous répondons aux besoins de la clientèle qui fait une demande de services. De plus, dans une optique de fluidité de services, nous avons conclu des ententes avec nos partenaires (CISSS de la Montérégie-Centre et CISSS de la Montérégie-Est) afin d'accueillir dans nos centres d'activité (installations) la clientèle sous la responsabilité des services spécifiques. L'ensemble des places développées en activités de jour en organismes communautaires (investissement du MSSS) sur le territoire de la Montérégie-Ouest est comblé.</p> <p>1.47 Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme : Cet indicateur inclut les places en CHSLD, ce qui explique l'augmentation du résultat.</p>			

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
DÉPENDANCES			
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	91,4 %	93 %	89,7 %
Plan stratégique 15-20 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	87,5 %	90 %	92,9 %
Plan stratégique 19-23 1.07.07 Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	N. D.	10 161	10 717
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées : L'engagement est respecté à 96 %. Le résultat obtenu est supérieur à la cible du plan stratégique 2015-2020, fixée à 80 %.			

SANTÉ MENTALE			
Plan stratégique 15-20 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le MSSS	565,2	580	612
Plan stratégique 15-20 1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le MSSS	267,3	267	267,3

URGENCE			
Plan stratégique 19-23 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	22,36	12	25,47
Plan stratégique 19-23 1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire (valeur en minutes)	211	145	217
Plan stratégique 15-20 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de deux heures	51,1 %	70 %	51,5 %
Plan stratégique 15-20 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de quatre heures	47,2 %	70 %	46,6 %
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence : L'engagement n'est pas atteint. Des actions afin de renforcer l'offre de service en amont et en aval de l'urgence sont mises de l'avant (ex. : réorientation, intensification du soutien à domicile, etc.). Toutefois, l'achalandage soutenu attribuable aux besoins de la population de Vaudreuil-Soulanges représente un défi en attendant le futur Hôpital de Vaudreuil-Soulanges. L'actualisation du plan de contingence en collaboration avec le MSSS se poursuit.			
1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire (valeur en minutes) ; 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de deux heures ; 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de quatre heures : Les engagements ne sont pas respectés. L'achalandage accru, le taux d'occupation et la pénurie de médecins ont ralenti la progression du résultat de cet indicateur. En revanche, la réorientation des priorités 4 et 5 dans trois GMF-Réseau a contribué à l'amélioration des délais de prise en charge, mais il faut poursuivre l'ajout de plages horaires pour la prise en charge de ces priorités.			

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE			
Plan stratégique 15-20 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 058	1 120	1 107
Plan stratégique 15-20 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	39	39	40
Plan stratégique 15-20 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	30,2%	30%	50,4%
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile : L'engagement est atteint à 99%. Plusieurs actions et mesures sont mises en place, il n'y a aucun délai d'attente pour l'accès aux services. Le travail de collaboration se poursuit en continu entre les médecins, l'équipe de soutien à domicile, les infirmières consultantes en soins palliatifs et différents partenaires; la mise sur pied d'une campagne de promotion des proches aidants et des ateliers de soutien démontre de bons résultats (indicateur 1.09.46-PS).			

SANTÉ PHYSIQUE – SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE			
Plan stratégique 15-20 1.09.25-PS Nombre total de GMF	17	17	18
Plan stratégique 19-23 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	78,73%	85%	79,91%
Plan stratégique 19-23 1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	254 769	269 272	264 186
Plan stratégique 15-20 1.09.48-PS Nombre de groupes de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	3	3	3
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille : L'engagement n'est pas atteint. Toutefois, le pourcentage est toujours en progression et a augmenté de 1,2% (13 211 personnes) depuis l'an passé.			
1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF : L'engagement n'est pas atteint. Le nombre de personnes inscrites est en croissance constante depuis plusieurs années. Le nombre de personnes a augmenté de 3,7% (+ 9 417) depuis la dernière année. Les arrivées significatives de nouveaux médecins de famille sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest devront contribuer à la prise en charge de plus d'usagers, ce qui permettra de se rapprocher davantage de la cible visée.			

SANTÉ PHYSIQUE – CANCÉROLOGIE			
Plan stratégique 19-23 1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	88%	90%	73,5%
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	99,5%	100%	96,8%
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier); 1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier) : Les engagements ne sont pas atteints. Cette situation est attribuable à la pénurie de main-d'œuvre, notamment en soins infirmiers.			

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
CHIRURGIE			
Plan stratégique 15-20 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour l'ensemble des chirurgies	19	0	282
Plan stratégique 19-23 1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de six mois	850	967	1 693
<p>1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour l'ensemble des chirurgies; 1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de six mois : Les engagements ne sont pas atteints. Bien qu'un plan d'action soit en cours pour optimiser l'utilisation de nos blocs opératoires, la pénurie de main-d'œuvre s'est accentuée au cours de la dernière année. À cela s'ajoute la pression associée au volume de demandes en attendant le futur hôpital de Vaudreuil-Soulanges. Les efforts se poursuivent par rapport à la rétention, au recrutement et à l'intégration de la main-d'œuvre dans ce secteur spécialisé.</p>			

SANTÉ PHYSIQUE – IMAGERIE MÉDICALE			
Plan stratégique 15-20 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	93,2 %	85 %	45,9 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	100 %	100 %	100 %
Plan stratégique 15-20 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 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	100 %	100 %	100 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	100 %	100 %	100 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	99,5 %	90 %	65,7 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	93,1 %	95 %	79,3 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	88,8 %	85 %	82 %
<p>1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies; 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies; 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries; 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques : Les engagements ne sont pas respectés. Plusieurs facteurs expliquent cette situation, notamment la pénurie de la main-d'œuvre (surtout des technologues) et les bris d'équipement ayant eu lieu durant la dernière année.</p> <p>Plusieurs actions ont été entreprises afin de redresser la situation et d'assurer aux usagers des examens dans les délais requis, notamment la priorisation des cas urgents, la mise en application d'un plan de renouvellement des appareils diagnostiques et l'assurance de plusieurs corridors de services. De plus, des efforts de gestion optimaux de la liste d'attente visent à offrir aux usagers la possibilité d'obtenir leur examen à d'autres sites où il y a de la disponibilité; toutefois, le choix demeure celui des usagers.</p>			

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 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 %

RESSOURCES HUMAINES			
Plan stratégique 15-20 3.01-PS Ratio d'heures en assurance salaire	7,98 %	7,88 %	8,79 %
Plan stratégique 19-23 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	4,83 %	4,59 %	5,79 %
Plan stratégique 15-20 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	5,21 %	4 %	6,16 %
Plan stratégique 19-23 3.05.03 Ratio de présence au travail	N. D.	89,39 %	88,65 %

3.01-PS Ratio d'heures en assurance salaire : L'engagement n'est pas atteint. L'accroissement de la demande de services et la pénurie de la main-d'œuvre fragilisent beaucoup les équipes, qui sont aux prises avec une plus grande charge de travail. L'équipe de soutien à l'amélioration continue en prévention met en place des plans d'action spécifiques dans les secteurs ciblés. En outre, le personnel en absence à long terme et représentant des cas plus complexes est réorienté vers une firme externe spécialisée en réadaptation. Enfin, l'établissement a mis en place un projet pour contrer la violence et les agressions dans les résidences à assistance continue.

3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires : L'engagement n'est pas atteint. La pénurie de main-d'œuvre dans certains titres d'emploi, l'augmentation de l'achalandage aux urgences, les demandes de ressources humaines en lien avec différents plans d'investissements et l'augmentation de l'assurance salaire contribuent à la situation actuelle. Différentes mesures sont mises en place afin de stabiliser la situation telles que le rehaussement des structures de poste, le plan de relève en pénurie d'effectifs, les plans d'action en prévention, le partenariat avec des commissions scolaires pour des programmes de formation en mode alternance travail-études et le déploiement d'une nouvelle image de marque.

3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante : L'engagement n'est pas atteint. La pénurie de main-d'œuvre dans certains titres d'emploi et l'accroissement de la demande de services contribuent à la situation actuelle. Les actions mises en place pour réduire le taux d'heures supplémentaires auront également un effet sur le recours à la main-d'œuvre indépendante.

3.05.03 Ratio de présence au travail : L'engagement est atteint à hauteur de 99 % de la cible. L'indicateur ratio présence au travail est une nouvelle donnée colligée pour peindre un meilleur portrait du taux de présence en heures travaillées des employés de l'établissement. Cet indicateur est influencé par les heures d'absence pour les motifs suivants : assurance salaire, accident de travail et retrait préventif.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
MULTIPROGRAMMES			
Plan stratégique 15-20 7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	66,4 %	66 %	62,7 %
Plan stratégique 15-20 7.02.00-PS Taux d'implantation de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir	15	100 %	N. D. (20 % à la période 6)
<p>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 atteint à hauteur de 95 % de la cible. Malgré les travaux visant l'amélioration de l'accès, la pénurie de personnel a fait en sorte de ralentir la prise en charge dans les délais administratifs attendus de 30 jours.</p> <p>7.02.00-PS Taux d'implantation de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir: La reddition de comptes de fin d'année a été reportée au 1^{er} décembre 2020.</p> <p>Il y a eu des délais dans le démarrage de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir, ce qui explique l'état d'avancement soumis en P6. Depuis cette reddition de comptes, des avancées ont été faites, soit la mise en place des mesures qui assurent l'accessibilité, la qualité et la continuité des services, sont en cours de déploiement et font partie des priorités de la reprise des activités post première vague de la COVID-19. Enfin, considérant les délais dans la livraison des outils cliniques, la cible visée a été révisée à 70 % par le MSSS.</p>			

Autres résultats

Indicateur	Résultat au 31 mars 2020	Commentaires
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	1 646	
Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	15 390	
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	1 459 452	
Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins	81,5 %	

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

Sécurité et qualité

des soins et des services

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

En cours d'année, les formations sur la gestion des risques et sur l'utilisation du Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS), système permettant de déclarer les incidents et les accidents, se sont poursuivies. Au total, 2 543 personnes, soit 436 de plus que l'année précédente, ont assisté à l'une des formations données par l'équipe de gestion de la qualité et des risques. Par ailleurs, des formations accessibles à l'extérieur de l'organisation, au moyen de la plateforme d'Environnement numérique d'apprentissage (ENA), ont été développées au cours de l'année en matière de gestion des risques et de divulgation des accidents impliquant des usagers.

De plus, une première Semaine nationale sur la sécurité des usagers a eu lieu du 29 octobre au 1^{er} novembre 2019 dans quatre installations du CISSS. Au total, 351 personnes ont visité le kiosque portant sur la sécurité des usagers. Finalement, des statistiques trimestrielles sur les tendances des déclarations d'incidents et d'accidents ont été transmises aux différentes instances de l'établissement aux fins d'analyse et de prise de mesures correctives.

Agrément

Vous trouverez tous les détails concernant la visite d'agrément dans nos **Faits saillants de l'établissement en page 29**.

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

Principaux types d'incidents	2019-2020		
	Nombre	% par rapport à l'ensemble des incidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Événements liés à la gestion des médicaments	848	36,8	4,1
Tests diagnostiques	300	13	1,5
Problème de retraitement des dispositifs médicaux et autres	285	12,4	1,4

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

Principaux types d'accidents	2019-2020		
	Nombre	% par rapport à l'ensemble des accidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Chutes	7 690	42,5	37,7
Événements liés à la gestion des médicaments	4 466	24,7	21,9
Autres	2 474	13,7	12,1

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

Principaux risques d'incidents et d'accidents

Dans le cadre de ses activités, le comité de gestion des risques a pris connaissance des différents risques encourus dans le cadre de la prestation de soins et de services et a suivi les tendances quant aux événements récurrents au sein de l'organisation, soit les chutes et les erreurs de médicaments. De plus, il a entériné les recommandations présentées par les trois services de gestion de la qualité et des risques suivant des événements avec conséquences graves.

Par ailleurs, en ce qui a trait aux événements liés au retraitement des dispositifs médicaux, le comité s'est assuré du suivi de la mise en place d'un système de traçabilité fonctionnel pour l'un des hôpitaux de l'établissement.

Surveillance, prévention et contrôle des infections (PCI) nosocomiales

De plus, aux rencontres du comité de gestion des risques, un suivi de l'état de situation sur la prévention et le contrôle des infections dans l'établissement est réalisé.

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

L'application d'une mesure de contrôle doit demeurer une intervention exceptionnelle et de dernier recours, et ce, seulement quand la personne représente un danger imminent pour elle-même ou pour autrui. Tous les efforts ont été mis en œuvre afin d'éviter qu'elle soit utilisée. L'application de mesures de remplacement a été préconisée.

Centres hospitaliers

Il est à noter que le type de clientèle et le secteur ont eu une influence sur l'utilisation des mesures de contrôle en centre hospitalier. Dans un portrait englobant les trois hôpitaux de l'établissement (Anna-Laberge, Suroît et Barrie Memorial), les données recueillies montrent une prévalence en médecine de 2,6%, en chirurgie de 0,4%, aux soins intensifs de 6,7%, en gériatrie et aux soins de transition de 2,8%, aux unités de santé mentale de 4% et finalement aux urgences de 0,5%. À cause du délestage de certaines activités durant le temps des Fêtes et du au contexte de la pandémie de la COVID-19, il y a une sous-déclaration à partir de la période 10, ce qui empêche une comparaison avec la dernière année.

Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)

La prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle chez les résidents dans les 11 centres d'hébergement se maintient depuis l'année 2018-2019. Elle varie entre 4 % et 6 %.

Secteur déficiences

Déficience physique

Au cours de l'année, 61 usagers sur un total de 8 488 ont fait l'objet d'un ou de plusieurs mesures de contrôle planifiées et non planifiées. De celles-ci, seulement trois épisodes d'application d'une mesure étaient non planifiés. Le peu d'utilisation de mesures de contrôle dans ces secteurs amène à la conclusion d'un recours faible et stable à ces mesures. La prévalence était de 1 % en 2017-2018, est passée à 0,9 % en 2018-2019 et est maintenant à 0,7 % en 2019-2020.

Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme

Au cours de l'année, 270 usagers sur un total de 7 953 ont fait l'objet d'une ou de plusieurs mesures de contrôle planifiées et non planifiées. Il y a une augmentation par rapport à l'an dernier, puisque la prévalence était de 2,7 % en 2018-2019 et qu'elle est passée à 3,4 % en 2019-2020. Toutefois, une réduction est maintenue par rapport à l'année 2017-2018, où la prévalence était de 3,8 %.

Il est à noter que la plupart des mesures de contrôle pour ce secteur ont été appliquées en résidence à assistance continue (RAC) ou à l'unité Saint-Charles. La prévalence est plus élevée dans ces milieux, puisque les RAC hébergent des usagers avec des troubles de comportement ou des troubles graves du comportement et en raison de la mission ultra spécialisée de l'unité Saint-Charles, qui héberge des usagers ayant un trouble grave de comportement avec dangerosité.

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

Au cours de la dernière année, le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à quatre reprises. Durant ces rencontres, il s'est notamment penché sur le bilan des activités du commissaire aux plaintes et à la qualité des services, incluant ses recommandations et la réalisation de celles-ci par les directions visées.

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Voici les thématiques des recommandations émises par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services abordées ainsi que les suivis qui ont été réalisés.

Mécanismes de sécurité :

- Mise en place d'un filet de sécurité pour une personne vulnérable (à la suite d'un signalement de maltraitance);
- Divulgence d'un accident survenu en prestation de service;
- Processus de contrôle qualité en ressource intermédiaire et ressource de type familial (RI-RTF);
- Modification d'un système de cloche d'appel.

Formation :

- Accompagnement, formation et plan d'action en prévention et contrôle des infections (PCI).

Communication :

- Rappel concernant les règles de tenue de dossier;
- Rappel concernant les règles entourant le consentement aux soins et aux services;
- Ajustement des horaires afin de favoriser le fait que les services soient rendus dans la langue de l'utilisateur;
- Élaboration de procédure administrative, clarification des rôles et des responsabilités;
- Rappel concernant les règles entourant le consentement aux soins et aux services;
- Sensibilisation clinique (capsule d'information, diffusion de procédure clinique).

Surveillance :

- Augmentation de la surveillance en présence de risques de chutes;
- Audits et supervision des activités, des soins et des services.

Protecteur du citoyen

Durant la dernière année, le comité de vigilance a été informé des recommandations du Protecteur du citoyen ainsi que leur application par l'entremise de l'établissement. Les thématiques abordées ainsi que les suivis qui ont été réalisés sont les suivants :

Formation :

- Formation adaptée pour le personnel de l'urgence afin d'optimiser son approche des patients, notamment en situation d'agressivité.

Gestion financière et communication :

- Élaboration d'une politique de gestion des avoirs des usagers qui précise notamment le mandat de gestion des dépenses des usagers ainsi que les modalités de reddition de comptes;
- Diffusion au personnel concerné, aux usagers ainsi qu'à leur représentant des orientations adoptées dans la politique de gestion des avoirs.

Mesures de contrôle :

- Rappel au personnel soignant de l'urgence et de l'unité psychiatrique de l'Hôpital Anna-Laberge des éléments devant être consignés aux dossiers des usagers quant à l'application des mesures de contrôle, notamment :
 - la mention détaillée quant au risque de lésions;
 - l'analyse postsituationnelle.

Mécanismes de sécurité :

- Révision du plan de services individualisés en précisant les volets pour lesquels l'assistance d'une infirmière est requise ainsi que les moyens privilégiés pour répondre aux besoins particuliers de l'enfant.

Coroner

Au cours de l'année 2019-2020, le Bureau du coroner a transmis au CISSS de la Montérégie-Ouest quatre rapports d'investigation, et ce, en conformité avec la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès. De ces rapports, **sept recommandations** ont été émises et pour lesquelles un suivi a été fait auprès du coroner en chef.

1. Revoir les mécanismes de suivi en place pour les personnes suicidaires après leur congé.
Bien que le congé de l'utilisateur n'ait pas été donné dans l'une des installations du CISSS, le rapport de coroner a été transmis au sous-comité de prévention du suicide afin que la situation vécue soit prise en compte dans la trajectoire de services en prévention du suicide à la suite d'un séjour à l'urgence. De plus, un suivi pour sensibilisation auprès d'un partenaire externe à la Montérégie a été fait.
2. Munir les fauteuils roulants de coussinets sensoriels (tapis avertisseurs) sans fil pour les usagers susceptibles de les déconnecter.
3. Revoir auprès du personnel l'importance de réactiver le coussinet sensoriel (tapis avertisseur) après le déclenchement d'une alarme.
4. Mettre en place un dispositif permettant aux usagers de demander de l'aide à partir du fumoir (ex. : cloche d'appel).
5. Mettre en place une routine de surveillance systématique dans le fumoir.
 - De nouveaux coussins sensoriels munis d'une alarme continue jusqu'à sa mise sous silence à l'aide d'un aimant ont été achetés pour la clientèle susceptible d'éteindre le moniteur d'alarme.
 - Le personnel a été sensibilisé à l'importance de réactiver les coussins sensoriels ainsi qu'à la transmission d'informations sur la condition de santé des usagers.
 - Une cloche d'appel a été installée à côté de la porte du fumoir.
 - Une routine de surveillance systématique de l'occupation du fumoir a été mise en place.
6. Évaluer la qualité des actes médicaux posés à l'endroit de l'utilisateur.
Après avoir pris connaissance du rapport, l'exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) a adressé une demande d'évaluation de la qualité des actes médicaux au comité d'évaluation de l'acte médical.
7. Revoir la qualité des soins offerts à l'utilisateur.
Après avoir pris connaissance du rapport, l'exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) a adressé une demande d'évaluation de la qualité des actes médicaux au comité d'évaluation de l'acte médical en l'incitant à porter son attention sur l'absence de diagnostic différentiel documenté au dossier.

Autre instance

Aucune recommandation n'a été émise par une autre instance.

Personnes mises sous garde

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

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

1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020

	Mission hospitalière	Total
Garde préventive		
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	597	597
Garde provisoire		
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	S. O.*	168
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	182	182
Garde autorisée		
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	S. O.*	153
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)	153	153

* La mention « sans objet (S. O.) » est indiquée, car les demandes de mises sous garde proviennent toujours de l'établissement. Ainsi, seul le total des demandes de l'établissement est inscrit dans la colonne « Total ».

Examen des plaintes

et promotion des droits

Le rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits sera disponible à : santemonteregie.qc.ca/ouest dès que le rapport du commissaire aux plaintes et à la qualité des services sera déposé à l'Assemblée nationale par le ministre. Il est possible de joindre le commissaire aux plaintes et à la qualité des services :

☎ 450 699-2425, poste 2462 | 1 800 700-0621
@ insatisfactions-plaintes.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca.

Des **formulaires de plaintes** sont également disponibles sur santemonteregie.qc.ca/ouest dans la section « Organisation », sous « Satisfaction et plaintes ».

Information et consultation

de la population

La consultation de la population permet à l'établissement de connaître le niveau de satisfaction des usagers quant aux soins et aux services que nous leur offrons. Grâce aux commentaires de la clientèle, nous pouvons ainsi nous évaluer pour mieux nous ajuster, s'il y a lieu. De plus, plusieurs canaux de communication ont été utilisés pour informer la population sur les différentes activités de l'établissement.



CISSS de la Montérégie-Ouest



La page d'accueil du site Internet
santemonteregie.qc.ca/ouest

La population du territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest a pu être informée grâce aux moyens de communication suivants :

- Le **site Internet santemonteregie.qc.ca**, présentant les trois CISSS de la Montérégie, facilite les recherches pour trouver les soins et les services offerts près de chez soi. La section du CISSS de la Montérégie-Ouest santemonteregie.qc.ca/ouest diffuse les informations relatives aux soins, aux services, aux activités de l'organisation de même que les campagnes de sensibilisation du MSSS, et facilite la recherche d'emploi. Il est possible pour la population, par les divers liens sur le site Web, de communiquer avec le CISSS pour poser une question ou émettre un commentaire.
- Les pages **Facebook**, **Instagram** et **LinkedIn** de l'établissement fournissent également des nouvelles à la population. On y diffuse des renseignements sur les événements de l'organisation, les mois et les semaines thématiques, les conférences de presse organisées, les formations ou les groupes de discussion offerts à la population ainsi que les offres d'emploi. En tout temps, il est possible d'y poser des questions ou d'y émettre un commentaire.
- Des **communiqués de presse** sont acheminés aux médias pour faire connaître les dernières nouvelles ainsi que les bons coups de l'organisation.
- La population est invitée à participer aux **séances du conseil d'administration**. Le volet « Conseil d'administration » qui se trouve dans la section « Organisation » du site Internet santemonteregie.qc.ca/ouest donne accès au calendrier des prochaines séances, à la liste des membres du conseil d'administration, aux ordres du jour et aux procès-verbaux des séances de même qu'à la chronique Zoom sur le CA, qui résume les faits saillants des différentes séances publiques. De plus, la population est invitée à la séance publique annuelle d'information. Cet événement est l'occasion pour l'établissement de présenter son dernier rapport annuel de gestion et pour le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, de présenter son rapport de la dernière année.
- L'établissement diffuse l'**espacePROJETS**, qui traite des dernières nouvelles du Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges, tant auprès de son public interne que de ses partenaires. De plus, une section spécifique du site Internet a été créée afin de suivre les avancements des travaux en temps réel. Pour plus d'information, rendez-vous au santemonteregie.qc.ca/ouest/projet-hopital-vaudreuil-soulanges.
- Des **formulaires de satisfaction** sont également distribués dans différentes installations de l'établissement. Ces formulaires permettent de connaître l'opinion des usagers au sujet des services qu'ils ont reçus.
- Le **comité des usagers** du centre intégré (CUCI) voit également à consulter et à informer la population au moyen de son assemblée annuelle ainsi que dans le cadre d'activités thématiques relatives à son mandat (LSSSS, articles 209 à 212). Il est possible de le joindre au :
☎ **450 699-2521**
@ info@comitedesusagers.ca.

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

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

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

1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	1 782
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	150
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	93
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	61
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et motifs : La personne a retiré sa demande ou a changé d'avis : (5) La personne répondait aux conditions au moment de la demande d'aide médicale à mourir (AMM), mais a cessé d'y répondre au cours du processus d'évaluation : (10) La personne est décédée avant l'administration : (3) La personne est décédée avant la fin de l'évaluation : (4) La personne ne répondait pas aux conditions au moment de la demande d'AMM : (3) Autres : (7)	32

Ressources humaines

Répartition de l'effectif par catégorie de personnel

Nombre de personnes occupant un emploi dans l'établissement et nombre d'équivalents temps complet (ETC)

	Nombre d'emplois au 31 mars 2019*	Nombre d'ETC en 2018-2019*
Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	2 391	1 847
Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	2 614	1 963
Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 123	974
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 771	2 293
Personnel non visé par la loi 30	41	28
Personnel d'encadrement	317	323
TOTAL	9 257	7 427

* Dernières données disponibles et fournies par le MSSS.

Nombre de personnes occupant un emploi

Nombre de personnes occupant un emploi dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant au moins une heure, rémunérée ou non, dans les trois mois suivant la fin de l'année financière. Les personnes qui, au 31 mars, occupent un emploi dans plus d'un établissement sont comptabilisées pour chacun de ces emplois.

Nombre d'équivalents temps complet (ETC)

L'équivalent temps complet permet d'estimer le nombre de personnes qui aurait été nécessaire pour effectuer la même charge de travail, à l'exclusion des heures supplémentaires payées, si toutes avaient travaillé à temps complet. C'est le rapport entre le nombre d'heures rémunérées, ce qui inclut les jours de vacances, les jours fériés et autres congés rémunérés, ainsi que les heures supplémentaires prises en congé compensé, d'une part, et le nombre d'heures du poste pour une année, lequel tient compte du nombre de jours ouvrables dans l'année, d'autre part.

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

CISSS de la Montérégie-Ouest	Comparaison sur 364 jours pour avril à mars		
	2019-03-31 au 2020-03-28		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
1 - Personnel d'encadrement	590 822	9 226	600 048
2 - Personnel professionnel	2 557 549	15 081	2 572 630
3 - Personnel infirmier	3 436 655	238 146	3 674 801
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	6 876 493	267 266	7 143 759
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	770 102	21 757	791 859
6 - Étudiants et stagiaires	19 726	72	19 799
Total 2019-2020	14 251 346	551 549	14 802 895
Total 2018-2019			14 189 863
		Cible 2019-2020	14 672 917
		Écart	129 978
		Écart en %	0,9

Malgré les enjeux de main-d'œuvre dans certains secteurs, les investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier, notamment au niveau du soutien à domicile (+ 172 000 heures) ont eu des effets additionnels sur les effectifs de l'établissement et ont contribué au dépassement des cibles d'effectifs allouées par le MSSS.

* Les données ont été fournies par le MSSS.

Ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires

et financières par programme

Activités principales (non auditées)

Programmes	Exercice courant	
	\$	%
Santé publique	8 179 828	0,9
Services généraux – activités cliniques et d'aide	35 234 551	4,0
Soutien à l'autonomie des personnes âgées – volet hébergement	112 093 320	12,7
Soutien à l'autonomie des personnes âgées – volet soutien à domicile	62 088 612	7,1
Déficiences physiques	60 063 189	6,8
Déficiences intellectuelles et troubles du spectre de l'autisme	176 497 018	20,1
Jeunes en difficulté	10 573 644	1,2
Dépendance	12 838 181	1,5
Santé mentale	36 167 027	4,1
Santé physique	214 674 708	24,4
Administration	43 020 393	4,9
Soutien aux services	52 688 504	6,0
Gestion des bâtiments et des équipements	56 142 601	6,4
TOTAL	880 261 576	100

Exercice précédent		Variation des dépenses	
\$	%	\$	%
8 473 777	1,0	-293 949	-3,5
30 856 377	3,5	4 378 174	14,2
103 746 011	11,8	8 347 309	8,0
51 724 462	5,9	10 364 150	20,0
50 775 975	5,8	9 287 214	18,3
163 256 559	18,5	13 240 459	8,1
9 016 878	1,0	1 556 766	17,3
11 985 276	1,4	852 905	7,1
33 184 684	3,8	2 982 343	9,0
199 247 422	22,6	15 427 286	7,7
41 076 937	4,7	1 943 456	4,7
48 017 159	5,5	4 671 345	9,7
53 679 979	6,1	2 462 622	4,6
805 041 496	100	75 220 080	9,3

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

Équilibre budgétaire

Conformément aux articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice.

Au cours de l'exercice financier 2019-2020, l'établissement s'est conformé à cette exigence en dégagant un surplus à son fonds d'exploitation de 1 436 503 \$ et un déficit à son fonds d'immobilisations de 1 051 362 \$, pour un résultat global de 385 141 \$.

Contrats de service

Vous trouverez ci-dessous les données sur les contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus et conclus entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020.

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique	100	35 747 003 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique	114	33 746 482 \$
Total des contrats de service*	214	69 493 485 \$

* Ce total comprend 96 contrats avec des ressources de type familial (RTF).

État du suivi des réserves

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
Colonnes 5, 6 et 7 - État de la problématique		
R: Régulé	PR: Partiellement réglé	NR: Non réglé

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-20XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4	5	6	7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Tel qu'exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures (SQI) sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 du <i>Manuel de comptabilité</i> de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.	2015-2016	R	Selon les directives du MSSS.			X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Certains établissements du CISSS doivent compiler l'unité de mesure « usagers distincts ». Les systèmes de compilation des unités de mesure n'étant pas intégrés entre les établissements, il est impossible de déterminer si un usager se présente à plus d'un site pour un même centre d'activité.	2015-2016	R	La mise en place de systèmes d'informations unifiés est une priorité ministérielle et le CISSS de la Montérégie-Ouest participe activement à cette transformation selon le calendrier du MSSS. La Direction des ressources informationnelles de la Montérégie (DRIM) est la direction responsable du déploiement à l'interne.			X

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-20XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées – suite						
L'unité de mesure « mètre carré » pour le centre d'activité 7644 – Hygiène salubrité n'a pas été compilée au cours de la période financière, puisqu'aucun travail n'a été effectué par l'établissement pour valider la superficie occupée. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique de l'unité de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 7644 – Hygiène salubrité présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2016-2017	R	Une liste complète des installations a été dressée en 2017-2018, liste à laquelle a été greffé le détail des activités opérationnelles effectuées sur ces sites (CA 7640, 7700, 7710 et 7800). Vu le manque d'information sur les superficies et les volumes, un projet structurant de mesurage a été proposé. Bien que plusieurs installations supplémentaires présentent maintenant un mesurage conforme aux normes, les travaux planifiés n'ont pas pu être exécutés au cours de l'année 2019-2020. Une liste complète des installations a été dressée en 2019-2020 à cause des travaux de mesurage effectués par une firme externe. Les travaux se poursuivront en 2020-2021 pour les installations (RAC) manquantes. De plus, en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi de l'état de la problématique au 31 mars 2020. Ainsi, l'état de la problématique demeure inchangé par rapport au 31 mars 2019.		X	

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-20XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées – suite						
L'unité de mesure « mètre carré » pour le centre d'activité 7710 – Sécurité n'a pas été compilée au cours de la période financière, puisqu'aucun document n'existe pour valider la superficie occupée. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique de l'unité de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 7710 – Sécurité présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2017-2018	R	Une liste complète des installations a été dressée en 2017-2018, liste à laquelle a été greffé le détail des activités opérationnelles effectuées sur ces sites (CA 7640, 7700, 7710 et 7800). Vu le manque d'information sur les superficies et les volumes, un projet structurant de mesurage a été proposé. Bien que plusieurs installations supplémentaires présentent maintenant un mesurage conforme aux normes, les travaux planifiés n'ont pas pu être exécutés au cours de l'année 2019-2020. Une liste complète des installations a été dressée en 2019-2020 à cause des travaux de mesurage effectués par une firme externe. Les travaux se poursuivront en 2020-2021 pour les installations (RAC) manquantes. De plus, en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi de l'état de la problématique au 31 mars 2020. Ainsi, l'état de la problématique demeure inchangé par rapport au 31 mars 2019.		X	
L'unité de mesure « mètre cube » pour le centre d'activité 7801 – Entretien et réparation des installations n'a pas été compilée au cours de la période financière, puisqu'aucun document n'existe pour valider la superficie occupée. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique de l'unité de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 7801 – Entretien et réparation des installations présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2016-2017	R	Une liste complète des installations a été dressée en 2017-2018, liste à laquelle a été greffé le détail des activités opérationnelles effectuées sur ces sites (CA 7640, 7700, 7710 et 7800). Vu le manque d'information sur les superficies et les volumes, un projet structurant de mesurage a été proposé. Bien que plusieurs installations supplémentaires présentent maintenant un mesurage conforme aux normes, les travaux planifiés n'ont pas pu être exécutés au cours de l'année 2019-2020. Une liste complète des installations a été dressée en 2019-2020 à cause des travaux de mesurage effectués par une firme externe. Les travaux se poursuivront en 2020-2021 pour les installations (RAC) manquantes. De plus, en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi de l'état de la problématique au 31 mars 2020. Ainsi, l'état de la problématique demeure inchangé par rapport au 31 mars 2019.		X	

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-20XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées – suite						
L'unité de mesure « mètre cube » pour le centre d'activité 7700 - Fonctionnement des installations n'a pas été compilée au cours de la période financière, puisqu'aucun document n'existe pour valider la superficie occupée. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique de l'unité de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 7700 - Fonctionnement des installations présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2016-2017	R	Une liste complète des installations a été dressée en 2017-2018, liste à laquelle a été greffé le détail des activités opérationnelles effectuées sur ces sites (CA 7640, 7700, 7710 et 7800). Vu le manque d'information sur les superficies et les volumes, un projet structurant de mesurage a été proposé. Bien que plusieurs installations supplémentaires présentent maintenant un mesurage conforme aux normes, les travaux planifiés n'ont pas pu être exécutés au cours de l'année 2019-2020. Une liste complète des installations a été dressée en 2019-2020 à cause des travaux de mesurage effectués par une firme externe. Les travaux se poursuivront en 2020-2021 pour les installations (RAC) manquantes. De plus, en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi de l'état de la problématique au 31 mars 2020. Ainsi, l'état de la problématique demeure inchangé par rapport au 31 mars 2019.		X	
L'unité de mesure « la présence » pour le centre d'activité 7001 – Centre pour activités de jour n'a pas été compilée conformément au <i>Manuel de gestion financière</i> , car il existe des écarts entre les données compilées et les éléments probants en support à la compilation. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique des unités de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 7001 – Centre pour activités de jour présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2018-2019	R	Révision de la méthode de saisie de données. Validation et approbation périodiques du supérieur immédiat. Le centre d'activité 7001 a été transféré au centre d'activité 5980, lequel ne comprend pas d'unité de mesure. Conséquemment, l'établissement aurait réglé la problématique, mais en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi de l'état de la problématique au 31 mars 2020. Ainsi, l'état de la problématique demeure inchangé par rapport au 31 mars 2019.			X

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-20XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées – suite						
L'unité de mesure « le repas » pour le centre d'activité 7554 - Alimentation - Autres n'a pas été compilée conformément au <i>Manuel de gestion financière</i> , car certaines données n'ont pas été compilées. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique des unités de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 7554 - Alimentation - Autres présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2018-2019	R	Le mécanisme de compilation doit être revu et les outils de compilation seront ajustés. En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi de l'état de la problématique au 31 mars 2020. Ainsi, l'état de la problématique demeure inchangé par rapport au 31 mars 2019.			X
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						
Lors de nos travaux, nous avons remarqué que l'établissement n'effectuait pas une surveillance adéquate des contrôles pour les activités touchant l'information financière impartie à une société de services. L'établissement devrait mettre en place des contrôles de surveillance ou obtenir l'attestation que les contrôles ont été mis en place et qu'ils ont fonctionné adéquatement tout au long de l'année. (Rapport NCMC 3416 de type 2)	2016-2017	C	Des analyses financières des données salariales sont réalisées de façon périodique pour assurer la validité des informations. Mise en place d'une équipe rémunération pour le contrôle interne des données salariales.	X		
Bien que des profils spécifiques à la gestion des utilisateurs aient été créés dans l'application financière Gestion des ressources financières (GRF) pour restreindre la création des utilisateurs et l'octroi d'accès à des utilisateurs non opérationnels, nous avons noté que deux personnes des finances ont les profils pour créer des utilisateurs et octroyer des accès, ce qui ne respecte pas la juste séparation des tâches.	2019-2020	C	En raison du mouvement de certains employés, certains accès ont été donnés pour assurer la continuité des activités. La situation a été corrigée afin de respecter la séparation des tâches.			X

Divulgation des actes repréhensibles



Divulgence des actes répréhensibles

Comme l'année précédente, il n'y a eu aucun acte répréhensible divulgué au sein du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Annexe

Code d'éthique et de déontologie

des administrateurs du conseil d'administration

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue de celle 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. Le présent Code édicte les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence surtout 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 de saine gouvernance, dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

Le présent Code 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 responsabiliser ces derniers en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Il a pour prémisses 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 ont 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).
- La Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1).
- La Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbying (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.

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).

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.

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

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

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

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

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

Personne indépendante: Comme 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, susceptibles 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: Donnée ou 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. Ou encore, 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 Code 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 Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

6. Diffusion

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs permettant de veiller à l'intérêt public. Pour un 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 la règle n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

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

En plus de respecter les principes éthiques et déontologiques, tout membre du 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 assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en oeuvre 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 de respecter les principes éthiques et déontologiques, tout membre du conseil d'administration doit :

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui concernent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, et respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que respecter 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 celui-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourraient 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 un groupe particulier ou lié à un tel groupe 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'y est pas autorisé.

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit aussi démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve ou de 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 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 toute considération lorsqu'ils lui sont destinés ou qu'ils sont susceptibles de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou toute marque d'hospitalité doivent être retournés 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 qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions, et ce, 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 auprès des 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 à un 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 moment où le donateur ou le testateur est soigné dans l'établissement 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 ses responsabilités et ses fonctions et à s'en acquitter au mieux de ses connaissances, et à respecter le présent Code 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 mis en situation de les inter-préter, 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 Code, 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 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 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 aviser ce membre 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.

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



santemonteregie.qc.ca/ouest