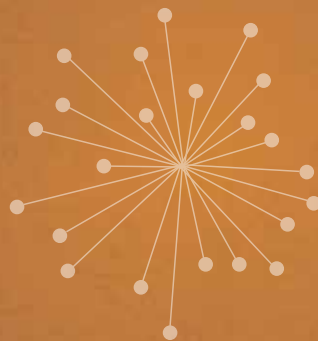


**RAPPORT ANNUEL
DE GESTION 2019 - 2020**

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET
DE SERVICES SOCIAUX
DE LA MONTÉRÉGIE-EST

CROISSANCE ET SAINE GESTION

Investissement +
Accessibilités +
Services +
Modernisation +
Projets +



Le Rapport annuel de gestion
2019-2020 est disponible
en version électronique à
l'adresse : santeme.quebec

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives n
ationales du Québec, 2020

ISBN : 978-2-550-87507-9
(version imprimée)
ISBN : 978-2-550-87508-6
(version PDF)

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

04 Message des autorités

06 Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

07 Présentation de l'établissement et faits saillants

- 08 Mission, vision et valeurs
- 09 Services de santé et services sociaux offerts par l'établissement
- 10 La désignation de centre affilié universitaire et les installations visées par ces désignations
- 12 Carte des installations du CISSS de la Montérégie-Est
- 14 Structure organisationnelle au 31 mars 2020
- 16 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives
- 28 Les faits saillants

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

- 50 Attentes spécifiques 2019-2020
- 57 Engagements annuels 2019-2020

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

- 73 L'agrément
- 74 La sécurité et la qualité des soins et des services
- 85 Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission
- 86 L'examen des plaintes et la promotion des droits
- 86 L'information et la consultation de la population

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

90 Les ressources humaines

- 91 Gestion et le contrôle des effectifs

93 Les ressources financières

- 94 Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme
- 95 L'équilibre budgétaire
- 95 Les contrats de services

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

99 La divulgation des actes répréhensibles

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

MADAME
LOUISE
POTVIN



MONSIEUR
MARIO
ST-CYR



Message des autorités

4

L'année 2019-2020 a été marquée par le développement, les investissements et la poursuite de l'amélioration de l'accessibilité aux services pour la population. L'augmentation de l'offre de soins et des services et l'accroissement constant de notre main-d'œuvre nous a permis d'offrir davantage à la population du territoire. Le CISSS a poursuivi sa croissance tout en maintenant une saine gestion financière et termine l'année avec un surplus financier.

Il importe de souligner tout d'abord les changements apportés à la présidence du conseil d'administration du CISSS. À la suite de l'annonce du départ de madame Geneviève Grégoire à titre de présidente du conseil d'administration, en septembre 2019, monsieur Mario St-Cyr s'est joint au conseil à titre de président. Madame Grégoire est demeurée membre du conseil d'administration à titre de membre indépendante. Nous aimerions la remercier pour son implication qui aura contribué à la mise en place de la gouvernance du CISSS depuis sa création en 2015. Durant la prochaine année, plusieurs nouveaux

membres se joindront également au conseil afin de venir occuper des postes devenus vacants durant la dernière année.

Plusieurs projets annoncés durant les années précédentes ont donné leur coup d'envoi cette année avec le début des travaux officiels pour l'urgence de l'Hôpital Honoré-Mercier et les travaux de modernisation de l'Hôtel-Dieu de Sorel. Le projet d'agrandissement de l'Hôpital Pierre-Boucher poursuit également son avancement avec la préparation du dossier d'opportunité. L'annonce, dans la dernière année, du niveau 2B en pédiatrie permettra à l'Hôpital Pierre-Boucher de développer une gamme de services pédiatriques spécialisés pour les enfants de la Montérégie. S'ajoutant au niveau 2B en néonatalogie, ces services ont mené à un ajustement du projet d'agrandissement dont le dossier d'opportunité sera déposé au MSSS en fin d'année 2020. En définitive, tous ces grands travaux représentent d'importants investissements pour la communauté pour des environnements de soins

parfaitement adaptés et accroissant l'accessibilité aux services pour la population.

Soulignons la création d'une toute nouvelle unité de soins palliatifs au Centre d'hébergement du Manoir-Trinité, auquel a contribué la Fondation des centres d'hébergement du Vieux-Longueuil. L'aménagement d'une chambre Confort et Dignité pour la clientèle en fin de vie au Centre d'hébergement de la MRC-d'Acton s'est réalisée grâce à la Fondation Santé Daigneault-Gauthier de la MRC d'Acton. Une offre de soins et de services ainsi bonifiée pour la clientèle en fin de vie qui bénéficie maintenant de lieux adaptés à leurs besoins.

Grandement attendue, la construction et l'ouverture d'un nouveau foyer pour jeunes filles vient ajouter neuf places supplémentaires pour l'hébergement de jeunes en difficulté d'adaptation suivi en vertu de la protection de la jeunesse. Plusieurs ajouts de postes de professionnels sont venus renforcer nos équipes et le déploiement d'équipements de mobilité et nos chantiers en réorganisation du travail ont aidé nos équipes en protection de la jeunesse, à faire face au nombre accru d'enfants requérant des services.

En terminant, notre année s'est conclue dans le contexte particulier de la pandémie de la COVID-19 et nous avons tous été saisis par cette vague qui a forcé le report et l'arrêt de plusieurs services

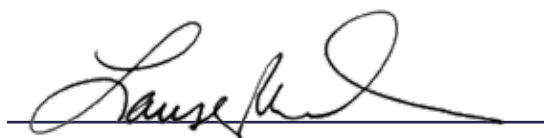
et activités. Nous désirons remercier, témoigner notre reconnaissance et affirmer notre fierté pour les médecins,

les gestionnaires et tout le personnel, qui par leur implication exemplaire ont repensé et réaménagé les trajectoires pour la clientèle se présentant à l'hôpital, ainsi que toutes les mesures de précaution implantées pour les services à la clientèle ambulatoire, dans la communauté et celle hébergée dans nos différentes installations. Une mobilisation des partenaires et un travail d'équipe exceptionnel et rigoureux ont permis de se préparer à cette pandémie, une expérience inédite à travers laquelle nous maintiendrons nos plus hauts standards de sécurité pour la clientèle, nos employés, nos médecins.

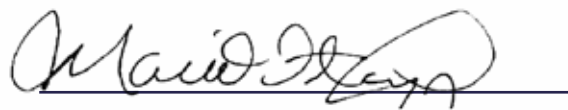
Préserver la santé de la population sera un défi pour lequel nous aurons besoin de la collaboration de tous.

CROISSANCE
ET SAINTE
GESTION

5



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



Mario St-Cyr, Ing.
Président du conseil d'administration

Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

CROISSANCE
ET SAINE
GESTION

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

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

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

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

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2020.



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

Présentation de l'établissement et faits saillants



Présentation de l'établissement et faits saillants

En 2020, 532 283 personnes résidaient sur le réseau territorial de services (RTS) de la Montérégie-Est. La population du CISSS de la Montérégie-Est s'est accrue de 7 % entre 2007 et 2017. Si la tendance se maintient, la population du RTS de la Montérégie-Est devrait s'accroître de 11 % d'ici 2036 pour atteindre près de 586 500 personnes.

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

Le CISSS de la Montérégie-Est a employé 14 641 personnes au cours de la dernière année et 824 médecins, dentistes et pharmaciens ont travaillé dans ses installations (voir la carte du territoire à la page 11). Un millier de bénévoles œuvrent également auprès des diverses clientèles dans l'organisation.

Le budget 2019-2020, adopté par le Conseil d'administration, pour les fonds d'exploitation et d'immobilisations s'élevait à 1 067 740 351 \$.

Mission, vision et valeurs

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

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

La vision :

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

Les valeurs :

Le CISSS de la Montérégie-Est prône six valeurs organisationnelles, soit :

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

Ces valeurs font partie du cadre de référence en éthique qui est composé également du système de gestion et l'éthique de l'organisation.

Services de santé et services sociaux offerts par l'établissement

À l'hôpital :

- Services diagnostiques et soins médicaux généraux et spécialisés

En centre local de services communautaires (CLSC) :

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

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

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

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

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

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

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

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

Le CISSS de la Montérégie-Est détient une affiliation avec l'Université de Sherbrooke, pour le RLS Richelieu-Yamaska, dans le développement de l'enseignement et de la recherche en sciences de la santé et en services sociaux, ainsi que dans l'amélioration des services de santé et des services sociaux à la population. Le Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) Richelieu-Yamaska est un jalon important dans cette affiliation, car on y utilise de façon optimale les ressources pour mener à bien les missions : clinique, enseignement et recherche. Chaque année, les médecins du GMF-U Richelieu-Yamaska supervisent 22 résidents et une douzaine d'externes en médecine de famille et médecine d'urgence. En 2019-2020, trois stagiaires à la maîtrise en sciences infirmières (infirmières praticiennes spécialisées en 1^{re} ligne) se sont jointes aux équipes en place.

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

En 2019-2020, la Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche (DEUR), qui est responsable des stages dans toute l'organisation, a accueilli et suivi 2979 stagiaires, pour un total de 249 équivalents à temps complet. Durant l'année, 5197 stages ont été réalisés dans les différentes missions du CISSS, soit une augmentation de 2 % par rapport à l'année dernière.

Afin de permettre de mieux informer et communiquer avec les futurs et actuels stagiaires, la DEUR s'est dotée d'une nouvelle section sur le site Internet du CISSS. Cette section s'adresse principalement aux étudiants qui désirent faire un stage au CISSS et aux stagiaires déjà présents. On y retrouve de l'information à savoir pourquoi les étudiants devraient choisir le CISSS de la Montérégie-Est pour effectuer leur stage notamment en présentant la philosophie d'enseignement et d'accompagnement de l'établissement. L'objectif de cette approche étant que leur expérience dans l'établissement s'avère positive du début à la fin de sorte qu'ils souhaitent entamer ou poursuivre leur carrière au sein du CISSS.



2 979

Stagiaires



249

Équivalents
temps complet



2%

Augmentation
par rapport à
l'année dernière

5 197

Stages

Projets de recherche

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

En 2019-2020, 112 projets de recherche ont été actifs, ce qui représente une augmentation de 26 % par rapport à l'année dernière. Parmi ceux-ci, 29 nouveaux projets ont été entamés dans la dernière année. Parmi tous les projets actifs, 31 % sont des projets réalisés en services jeunesse, majoritairement dans la catégorie « Recherche en sciences humaines et sociales ».

CROISSANCE
ET SAINTE
GESTION

112

Projets
de recherche
actifs

26%

Augmentation
par rapport à
l'année dernière

29

Nouveaux projets
entamés... dans la
dernière année

31%

Réalisés
majoritairement
en services jeunesse

Érudition et transfert des connaissances

Le CISSS de la Montérégie-Est compte trois centres de documentation, sous la responsabilité de la DEUR. Ces centres sont situés à l'Hôpital Honoré-Mercier, à l'Hôpital Pierre-Boucher et au Campus de Chambly. En 2019-2020, ce sont plus de 31 091 consultations dans les ressources électroniques, 48 919 recherches documentaires et 9 696 prêts de documents qui ont été réalisés. Un élément important dans la poursuite de l'acquisition et du transfert des connaissances.

11

31 091

Consultations
dans les ressources
électroniques

48 919

Recherches
documentaires

9 696

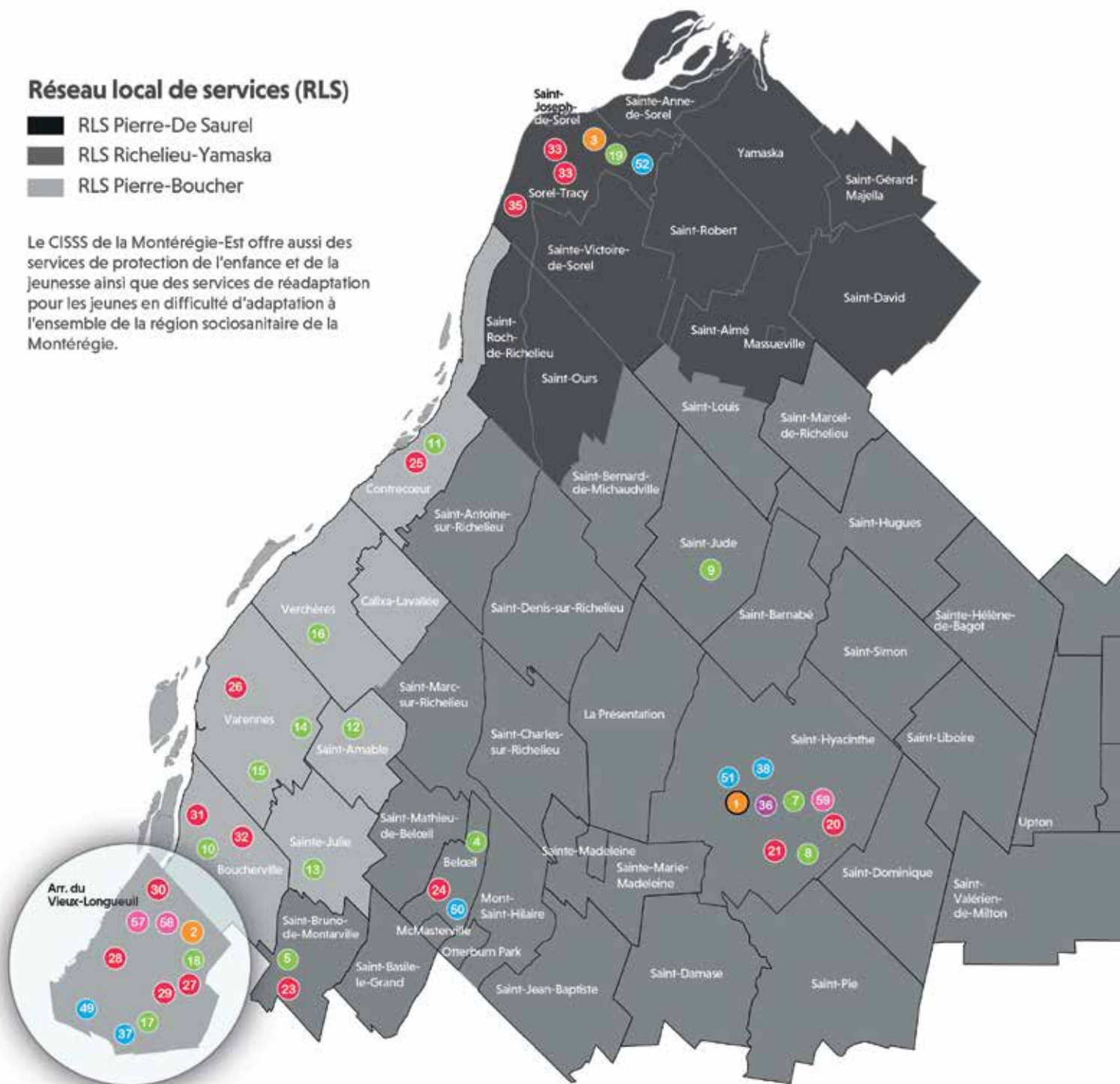
Prêts de
documents

Carte des installations du CISSS de la Montérégie-Est

Réseau local de services (RLS)

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

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



Installations des services jeunesse situées à l'extérieur du territoire du CISSS, localisées en Montérégie.

39 40 63 64 65 66

0 5 10 20 km

HÔPITAUX

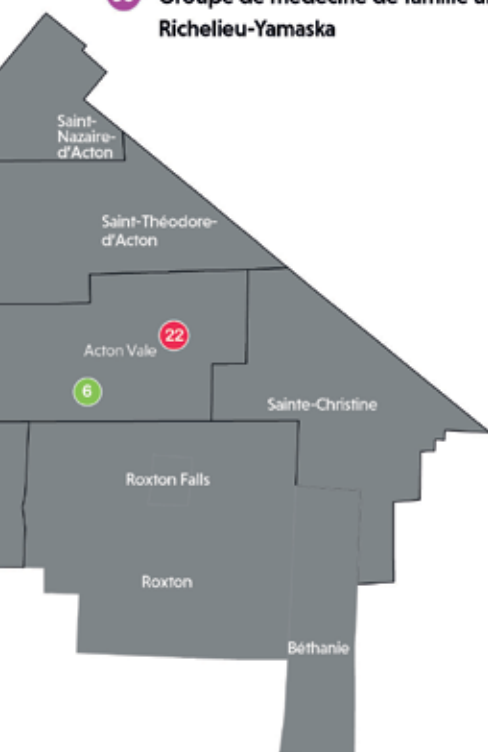
- 1 Hôpital Honoré-Mercier et siège social
- 2 Hôpital Pierre-Boucher
- 3 Hôtel-Dieu de Sorel

CLSC

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

GMF UNIVERSITAIRE

- 36 Groupe de médecine de famille universitaire
Richelieu-Yamaska



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

CENTRES D'HÉBERGEMENT

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

SERVICES JEUNESSE

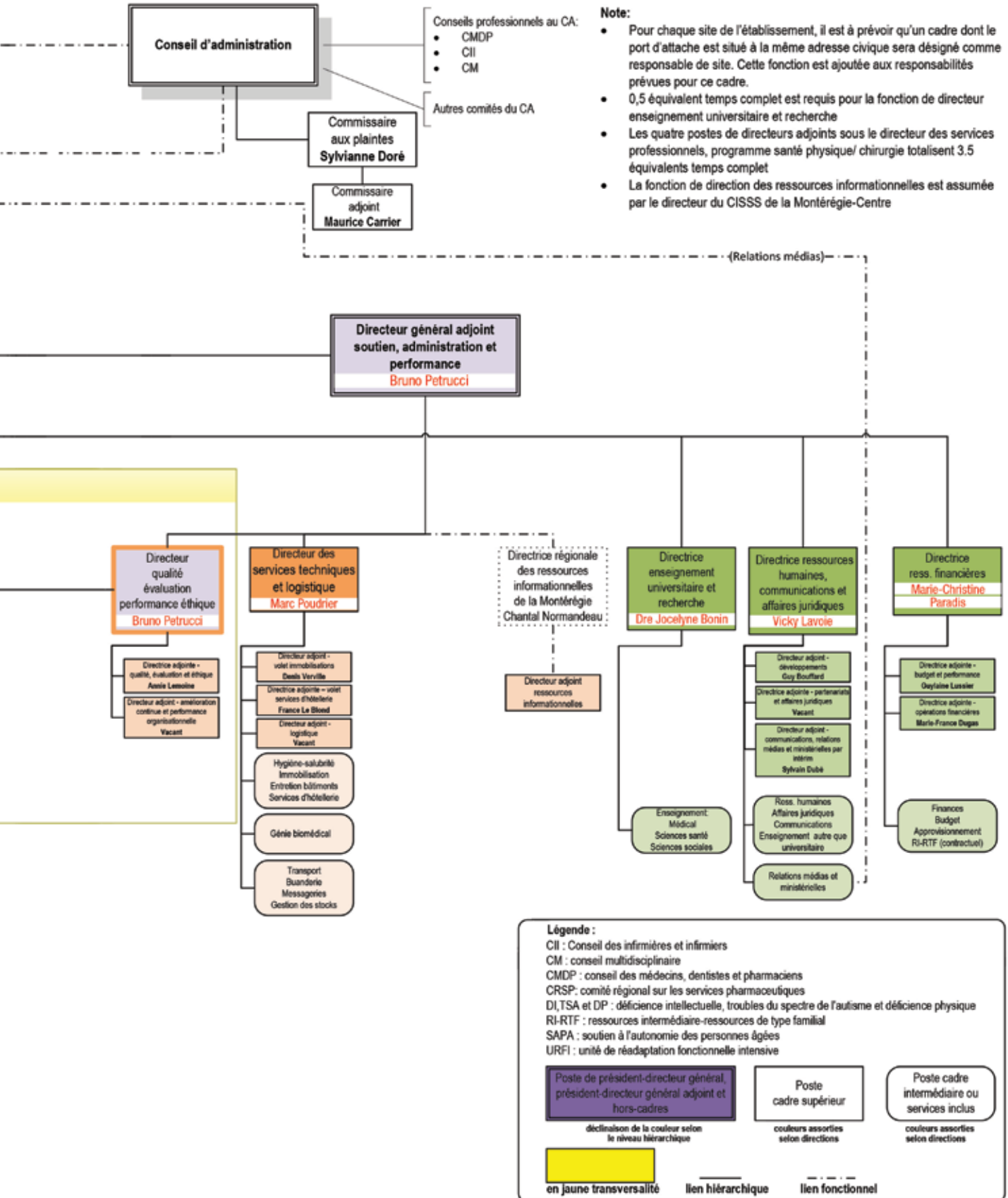
- 37 Campus de Longueuil (réadaptation en internat et services psychosociaux)
- 38 Campus de Saint-Hyacinthe (réadaptation en internat)
- 39 Campus de Chambly (réadaptation en internat)
- 40 Campus de Valleyfield (réadaptation en internat et services psychosociaux)
- 41 Foyer l'Envol et l'Aquarelle (réadaptation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

CENTRES ADMINISTRATIFS

- 57 Centre administratif Adoncour
- 58 Centre administratif du Tremblay
- 59 Centre administratif Gauthier

**CROISSANCE
ET SAINES
GESTIONS**



**Note:**

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

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

Conseil d'administration

Membres du CA

Membres désignés :

Docteur Robert Duranceau, Département régional de médecine générale (DRMG)
Docteur Antoine Hejeily, Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
Madame Josée Robillard, (démission en juin 2019) Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) remplacée par madame Diem Vo (nommée en juin 2019)
Monsieur Martin Gaudette, Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
Monsieur Stéphane Girard, Conseil multidisciplinaire (CM)
Madame Josée Dubé, Comité des usagers (CU)

Membre nommé :

Madame France Capuano, milieu de l'enseignement

Membres indépendants :

Madame Geneviève Grégoire, expertise en protection de la jeunesse – Présidente du CA jusqu'en septembre 2019
Monsieur Louis Gosselin, (démission en juin 2019) compétence en gouvernance ou éthique remplacé par monsieur Mario St-Cyr (nommé en septembre 2019) – Nommé président du conseil d'administration
Madame Josée Guay expertise dans les organismes communautaires
Monsieur Paul St-Onge, expertise en santé mentale
Monsieur Gaëtan Boucher, expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux
Madame Lise Lord, ergothérapeute de formation

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

Madame Dominique Derome, (démission en mars 2020) compétences en ressources immobilières, informationnelles et humaines
Monsieur Jacques Gendron, (démission en mars 2020) compétence en gestion des risques, finances et comptabilité

Sièges vacants en attente d'être comblés :

Représentante nommée par les fondations de l'établissement. Vacant depuis décembre 2018.
Personne ayant des compétences en vérification, performance ou gestion de la qualité.
Représentant de la communauté anglophone. Vacant depuis septembre 2018.

Membre d'office

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

Aucune plainte en déontologie n'a été traitée par les membres du Conseil d'administration au cours de l'année 2019-2020.

Le code d'éthique et de déontologie se trouve en annexe du présent rapport annuel de gestion 2019-2020.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Au cours de l'année 2019-2020, le comité exécutif s'est réuni à neuf reprises pour des réunions régulières et à une reprise pour l'assemblée générale du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

Les priorités d'actions du CMDP ont été guidées en fonction de la mise en place de sa structure de gouvernance. Plusieurs travaux ont eu lieu, notamment en lien avec le renouvellement de la nomination des membres du conseil, à l'institution du comité éthique aide à la décision,

l'approbation des modalités de gestion et finalement à la nomination des membres et à la révision du Règlement de régie interne prévue en juillet 2020. Le comité exécutif du CMDP a été consulté et tenu informé des divers dossiers stratégiques de l'établissement, dont certains ayant conduit à la formation d'avis, d'appuis ou de recommandations au conseil d'administration. Le comité exécutif du CMDP a adapté le mode de consultation à la pandémie en y ajoutant des consultations sur une base virtuelle ad hoc afin d'entériner les recommandations nécessaires et l'octroi de privilèges pour assurer une prestation sécuritaire des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques en temps de pandémie.

Membres du comité exécutif du CMDP

Représentants du RLS Pierre-Boucher :

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

Représentants du RLS Pierre-De Saurel

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

Représentants du RLS Richelieu-Yamaska

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

Membres d'office

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

Conseil des infirmières et infirmiers

Le comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers (CECII) a tenu, en septembre 2019, une journée de travail intitulée « noces de bois, comment raviver la flamme ». À l'intérieur de cette journée, le CECII a revu l'ensemble de son plan d'action, structuré les priorités, s'est positionné dans l'organisation avec le soutien de la Direction des soins infirmiers et a revu, à l'aide de la Direction adjointe des communications, relations médias et ministérielles, les stratégies de communication du CII à l'intérieur du CISSS de la Montérégie-Est. Cette année fut marquée par la refonte des règlements de régie interne. La dernière étape, celle d'approbation au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux est en cours.

Le CECII a émis ses recommandations à l'égard de huit règles de soins, quatre protocoles et trois procédures au cours de la dernière année. Le CECII a participé à deux réunions entre les présidentes des trois CISSS de la Montérégie (Est, Centre et Ouest) pour unir les conseils qui partagent les mêmes préoccupations en termes de qualité de soins offerts par leurs membres. Le CECII a aussi participé au premier grand rassemblement de professionnels : la première édition du Forum des associations de conseils professionnels en santé et services sociaux. Un rayonnement qui a permis de créer de beaux échanges entre les différents conseils des infirmières et infirmiers du Québec.

Afin de faire rayonner la profession et d'échanger sur les meilleures pratiques, les membres du CECII s'assurent d'être présents dans divers comités. Ainsi, soucieux de bien représenter ses membres, le CECII, a donc :

- Participé à la Commission régionale infirmière;
- Participé au comité d'amélioration continue de la pratique professionnelle en soins infirmiers;
- Adhéré à l'Association des Conseils des infirmières et infirmiers du Québec (ACIIQ);
- Participé à l'assemblée générale annuelle de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie (ORIIM);

- Participé au comité des élections des délégués de l'assemblée générale annuelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), ainsi qu'au comité bourses et concours;
- Participé au congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;
- Publié des articles dans l'infolettre Le « i » et des éditoriaux en co-écriture avec la DSI;
- Participé à la tournée régionale du président de l'OIIQ, M. Luc Mathieu;
- Assisté à la soirée de la remise des prix Florence de l'OIIQ;
- Participé à l'activité de planification stratégique;
- Pris part au forum des dirigeants du CISSS de la Montérégie-Est.

Réalisations :

- Plan d'action annuel du CECII;
- Plan de communication pour soutenir la mise en œuvre du plan d'action annuel;
- Soutien du Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CECIIA);
- Soutien au Comité de la relève infirmière;
- Création du comité interprofessionnel du CISSS de la Montérégie-Est en collaboration avec le conseil multidisciplinaire, le comité consultatif du personnel paraprofessionnel et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
- Assemblée générale annuelle du CII et activité de formation.

Membres du comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers

Membres élus :

Présidente : Madame Hélène Laplante, infirmière clinicienne, service de l'urgence, Hôpital Pierre-Boucher

Vice-présidente : Madame Marie-Ève Choronzey, infirmière clinicienne, conseillère en amélioration continue de la qualité

Secrétaire : Madame Marie-Josée Proulx, directrice des soins infirmiers

Trésorière : Madame Maryse Archambault, infirmière clinicienne, chef d'administration de programme soins infirmiers par intérim au CLSC des Seigneuries

Membres :

Madame Sara Alami Hassani, conseillère cadre en soins spécialisés – programme d'encadrement de la relève en soins infirmiers

Madame Sylvie Bourdon, infirmière clinicienne, assistante supérieur immédiat, Centre de jour – Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées – soutien à domicile

Monsieur Alexis Chevrier-Cyr, infirmier clinicien, soutien à domicile, CLSC des Seigneuries de Varennes

Madame Laurie Cournoyer, conseillère cadre en soins spécialisés par intérim, programme SAPA-RNA-RNI-SAD

Madame Julie Darveau, directrice adjointe des soins infirmiers – volet pratique professionnelle

Monsieur Martin Gaudette, adjoint au directeur des soins critiques et coordination des activités hospitalières

Madame Sandra Lucier, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

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

Conseil multidisciplinaire

Entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020, l'exécutif du Conseil multidisciplinaire (CM) s'est réuni à neuf reprises. L'assemblée générale annuelle s'est déroulée le 7 mai 2019 au Centre administratif Adoncour.

L'exécutif du CM chapeaute trois comités :

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

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

- Le Protocole d'application des mesures de contrôle dans les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF) jeunesse;
- Le Protocole d'application des mesures de contrôle dans les unités et les foyers de groupes DAPJ-H;

- Le Protocole d'application des mesures de contrôle en milieu hospitalier, en CHSLD et en unité de réadaptation fonctionnelle intensive;
- Le Protocole d'application des mesures de contrôle à l'établissement de détention de Sorel-Tracy;
- La fiche d'information Intranet;
- Le Processus intégratif du développement des compétences;
- La Politique sur l'accès aux chiens d'assistance;
- Les Règles de fonctionnement du comité de gestion des risques;
- La Protection des biens personnels des usagers;
- La Politique-cadre accueillant favorisant la présence des proches aidant auprès des usagers;
- Le Processus de gestion sécuritaire de la médication pour les jeunes hébergés en ressources intermédiaires (RI) ressources de type familial (RTF) et milieu « confié à » jeunesse.

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

Membres du comité exécutif du Conseil multidisciplinaire

Officiers :

Président : Monsieur Stéphane Girard, criminologue et APPR
 Vice-présidente : Madame Manon Blanchette, travailleuse sociale
 Secrétaire : Madame Nathalie Couroux, physiothérapeute – spécialiste en activités cliniques
 Trésorière : Madame Marie-Pierre Lefebvre, inhalothérapeute
 Responsable des communications : Madame Nadia Gaucher, ergothérapeute

Membres :

Madame Lucie Charbonneau, travailleuse sociale – organisatrice communautaire (depuis mai 2019)
 Monsieur Éric Ducharme, agent de relations humaines (fin de mandat en avril 2019)
 Madame Valérie Fernandez, travailleuse sociale
 Madame Linda Gagnon, audiologiste (départ en décembre 2019)
 Madame Cynthia Hancock, technicienne spécialisée en radiologie (depuis mai 2019)
 Madame Marie-Pierre Lefebvre, inhalothérapeute
 Monsieur Patrick-Olivier Mailhot, avocat
 Madame Julie Mathieu, thérapeute en réadaptation physique (fin de mandat en avril 2019)
 Madame Hélène Mongrain, psychoéducatrice (fin de mandat en avril 2019)
 Madame Myriam Poirier, travailleuse sociale – spécialiste en activité clinique
 Madame Martine Rivard, thérapeute en réadaptation physique (depuis mai 2019)

Membres d'office :

Madame Louise Potvin, présidente-directrice générale du CISSS de la Montérégie-Est
 Madame Maryse Hébert, directrice des services multidisciplinaires
 Madame Nadine Gallant, directrice adjointe des services multidisciplinaires - volet services, pratiques professionnelles et développement clinique (avril 2019 à août 2019)
 Madame Nathalie Dupont, directrice adjointe des services multidisciplinaires - volet services, pratiques professionnelles et développement clinique (septembre 2019 à mars 2020)

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

Madame Linda Gagnon, audiologiste (décembre 2019)

Conseil consultatif du personnel paraprofessionnel

Durant la dernière année, l'exécutif du CCPP s'est réuni à dix reprises. L'exécutif a été consulté en lien avec plusieurs politiques, procédures et programmes et représente ses membres dans divers comités de l'établissement.

Le conseil organise une assemblée générale annuelle suivie d'un atelier et d'une conférence. L'assemblée générale était prévue pour avril 2020. Cependant, compte tenu des règles de la santé publique à la suite de la pandémie, elle est reportée au printemps 2021.

Membres du comité exécutif du Conseil consultatif du personnel paraprofessionnel

Présidente : Madame Dalila Boumaïza, chef de secteur archives et accueil - programme jeunesse, région Est - Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Vice-présidente : Madame Martine Laplante, préposée aux bénéficiaires – Unité des soins intensifs - Hôpital Honoré-Mercier

Secrétaire : Madame Chantal Ayotte, agente administrative, Archives et accueil - programme jeunesse, région Est, Équipe soutien à distance, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Trésorière : Madame Isabelle Lamothe, préposée ergothérapie physiothérapie, Service de réadaptation à l'Unité du Verger du Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe, Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

Officiers :

Madame Rachel Domingue, auxiliaire familiale et sociale, SAPA, soutien à domicile, CLSC de Longueuil-Ouest

Madame Estelle St-Amant, agente administrative, Archives et accueil, programme jeunesse, région Est, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Madame Manon Lamoureux, technicienne en administration, Services professionnels volet hospitalier, partenariat médical en 1^{re} ligne et prévention et contrôle des infections

Madame Geneviève Bélisle, technicienne en administration, support administratif, Direction des services professionnels

Comité de vérification

Le comité de vérification s'est réuni à huit reprises au cours de l'année financière 2019-2020. Dans le cadre de son mandat, le comité de vérification s'assure de la bonne gestion financière de l'établissement. À cet effet, les membres du comité ont reçu les informations des statistiques à diverses périodes financières en plus de suivre l'évolution des résultats à l'Entente de gestion et d'imputabilité (EGI) 2019-2020. Différents rapports ont également été déposés au comité afin que les membres du comité puissent attester du respect des lois, règles, règlements et politiques dans la gestion des activités de la Direction des ressources financières.

Composition

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

Responsabilités

Le comité de vérification doit, notamment :

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

Qualification requise	Présentement en poste
Présidente-directrice générale (membre d'office du comité)	Madame Louise Potvin
Administrateur indépendant et président du conseil d'administration depuis le 29 septembre 2019 (membre d'office du comité)	Monsieur Mario St-Cyr, nommé sur le comité le 16 décembre 2019
Administrateur indépendant	Madame Geneviève Grégoire Après avoir quitté le comité en septembre, elle a été nommée à nouveau sur le comité de vérification le 9 mars 2020
Administrateur avec compétence comptable ou financière	Monsieur Paul St-Onge, nommé sur le comité le 9 mars 2020 Démission de Monsieur Jacques Gendron le 9 mars 2020
Administrateur nommé	Madame France Capuan
Administrateur indépendant	Monsieur Gaëtan Boucher
Administrateur indépendant	Madame Dominique Derome, présidente du comité Démission le 10 mars 2020
Administrateur indépendant	Monsieur Louis Gosselin Démission en juin 2019

Comité de gouvernance et d'éthique

Le comité de gouvernance et d'éthique s'est réuni à cinq reprises au cours de l'année 2019-2020. Dans le cadre de son mandat, le comité de gouvernance et d'éthique a traité plusieurs sujets, dont la formation continue pour les membres du conseil d'administration, le suivi des résultats au Plan annuel 2019-2020 du CISSS. Le comité a également recommandé des candidatures afin de combler les postes vacants du conseil d'administration. Le comité s'est également impliqué dans le déploiement de la démarche d'autoévaluation pour la gouvernance dans le processus de la qualification pour Agrément Canada.

Composition

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

Responsabilités

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

1. Des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
2. Un code d'éthique et de déontologie des administrateurs, conformément à l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, c. M-30) et d'en assurer l'application;
3. Des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, lesquels critères sont approuvés par le conseil d'administration;
4. Un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
5. En outre, il doit procéder à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, selon les critères approuvés par le conseil d'administration (art. 181.0.0.1, LSSSS).

Qualification requise	Présentement en poste
Présidente-directrice générale (membre d'office du comité)	Madame Louise Potvin
Administrateur représentant le comité des usagers	Madame Josée Dubé
Administrateur désigné représentant le conseil multidisciplinaire (CM)	Monsieur Stéphane Girard
Administrateur indépendant	Monsieur Paul St-Onge Président du comité
Administrateur indépendant	Monsieur Gaëtan Boucher
Administrateur indépendant	Madame Geneviève Grégoire Nommée au comité le 18 novembre 2019
Administrateur indépendant	Madame Josée Guay Nommée au comité le 26 juin 2019

Comité de vigilance et de la qualité

En 2019-2020, le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à six reprises. En conformité avec son mandat, le comité a reçu entre autres les rapports suivants :

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

Composition

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

Mandat

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

Responsabilités

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

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

Qualification requise	Présentement en poste
Présidente-directrice générale (membre d'office du comité)	Madame Louise Potvin
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des service (membre d'office du comité)	Madame Nathalie Deschênes en remplacement de madame Sylvianne Doré qui a quitté en juin 2019
Administrateur désigné représentant le comité des usagers	Madame Josée Dubé
Administrateur nommé par le milieu de l'enseignement	Madame France Capuano
Administrateur indépendant	Madame Lise Lord Présidente du comité

Comité des ressources humaines

Le comité des ressources humaines est un comité facultatif, non exigé par la loi, mis sur pied sur décision de l'établissement.

En 2019-2020, le comité des ressources humaines s'est réuni à quatre reprises. En conformité avec son mandat, le comité des ressources humaines a traité différents dossiers, dont les principaux concernaient les stratégies implantées pour réduire l'absentéisme invalidité en assurance-salaire ou liée aux accidents du travail, les négociations locales avec nos syndicats pour les dispositions locales, la formation continue, les activités de reconnaissance et la santé au travail.

Composition

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

Mandat

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

Responsabilités

Le comité des ressources humaines exerce les fonctions suivantes :

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

Qualification requise

Administrateur désigné par le département régional de médecine générale (DRMG)
Administrateur indépendant

Présentement en poste

Docteur Robert Duranceau

Madame Josée Guay
Nommée sur le comité le 26 juin 2019
Présidente du comité depuis le 10 février 2020

Administrateur désigné représentant le comité des usagers

Madame Josée Dubé
Présidente du comité jusqu'au 10 février 2020

Administrateur désigné représentant le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) employé du CISSS de la Montérégie-Est

Madame Diem Vo, nommée le 26 juin 2019
Madame Josée Robillard, démission le 12 juin 2019

Administrateur-désigné représentant le conseil des infirmières et infirmiers (CII) employé du CISSS de la Montérégie-Est

Monsieur Martin Gaudette

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

Madame Louise Potvin

Directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (membre d'office du comité)

Madame Vicky Lavoie

Administrateur indépendant

Monsieur Gaëtan Boucher
Départ du comité le 26 juin 2019

Comités des immobilisations

Le comité des immobilisations est un comité facultatif, non exigé par la loi, mis sur pied sur décision de l'établissement. Il a été formé officiellement le 16 décembre 2019, succédant au comité des immobilisations qui relevait du Comité de vérification.

Le comité des immobilisations s'est réuni à deux reprises au cours de l'année financière 2019-2020. Dans le cadre de son mandat, le comité des immobilisations s'assure que l'établissement planifie son développement immobilier, à moyen et long terme, en consultation avec l'ensemble des directions du CISSS de la Montérégie-Est, en tenant compte du plan clinique de l'établissement, des besoins techniques (vétusté) et fonctionnels, actuels et futurs, de l'ensemble des installations de son parc immobilier, afin de permettre au CISSS de la Montérégie-Est de répondre de façon optimale aux besoins de sa clientèle.

Composition

Ce comité est composé de cinq membres, soit trois nommés par et parmi les membres du conseil d'administration (indépendants, nommés ou désignés), dont un est un employé du CISSS. Le président-directeur général, le directeur des ressources financières, le directeur des services techniques et le DGA, soutien administration et performance et directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique et autres directeurs seront invités selon les sujets présentés.

Responsabilités

Le comité des immobilisations exerce les fonctions suivantes :

1. Effectuer le suivi de la réalisation, à toutes ses phases, des grands projets immobiliers du CISSS de la Montérégie-Est. Il s'assure :
 - a. Que leur réalisation est conforme au cadre budgétaire établi;
 - b. Qu'ils sont conformes à la qualité visée et selon l'échéancier tel que planifié.
2. Les membres du comité voient à ce que les processus de gestion des risques soient appliqués :
 - a. Sécurité des usagers et des personnes dans l'organisation;
 - b. Réalisation de la mission et conduite des affaires de l'établissement.
3. Les membres du comité contribuent à l'identification des stratégies pour améliorer la planification et le suivi des grands projets immobiliers, dans l'objectif d'atteindre de meilleurs résultats.

Exercer tout autre pouvoir et fonction que lui délègue, par résolution, le conseil d'administration.

Qualification requise	Présentement en poste
Administrateur indépendant	Monsieur Gaëtan Boucher
Administrateur nommé par le milieu de l'enseignement	Madame France Capuano
Administrateur désigné représentant le conseil multidisciplinaire (CM)	Monsieur Stéphane Girard
Administrateur-désigné représentant le conseil des infirmières et infirmiers (CII)	Monsieur Martin Gaudette
employé du CISSS de la Montérégie-Est	
Présidente-directrice générale (membre d'office du comité)	Madame Louise Potvin
Directrice des ressources financières (membre d'office du comité)	Madame Marie-Christine Paradis
Directeur général adjoint soutien, administration et performance et directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (membre d'office du comité)	Monsieur Bruno Petrucci
Directeur des services techniques (membre d'office du comité)	Monsieur Marc Poudrier

Comités de gestion des risques (CGR)

Le comité de gestion des risques du CISSS de la Montérégie-Est s'est réuni à quatre reprises au cours de l'année 2019-2020. Le comité de gestion des risques et le sous-comité de gestion des risques ont fusionné au courant de l'année, pour ne faire qu'un.

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

Docteur Michel Bernatchez, médecin et président du comité de gestion des risques
 Madame Marie-Hélène Apollon, représentante du comité des usagers jeunesse (depuis décembre 2019)
 Madame Isabelle Beaudoin, chef de service de la prévention et contrôle des infections
 Monsieur Francis Belzile, directeur du programme jeunesse (depuis février 2020)
 Monsieur Mathieu Blanchard, coordonnateur, ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)
 Madame Nathalie Charron, coordonnatrice – endoscopie et unités de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) (depuis septembre 2019)
 Madame Chantal Dagenais, conseillère cadre intérimaire à la gestion intégrée de la qualité
 Madame Brigitte Despatis, conseillère cadre à la gestion intégrée de la qualité (depuis juin 2019)
 Madame Josée Dubé, présidente du Comité des usagers du centre intégré (CUCI) (depuis février 2020)
 Madame Michelle Forget, coordonnatrice de la sécurité civile, des mesures d'urgence et des stationnements
 Monsieur Stéphane Girard, représentant du Conseil multidisciplinaire (CM)
 Madame Hassiba Hihat, conseillère cadre à la gestion intégrée de la qualité (depuis septembre 2019)
 Monsieur Alexandre Labrie, représentant pour la Direction des services techniques, mécanicien machine fixe/ouvrier de maintenance
 Docteur Michel Lachapelle, médecin
 Madame Véronique Lague, Assistante au supérieur immédiat (ASI) – hébergement jeunesse (depuis février 2020)
 Monsieur Yves Lambert, médecin
 Madame Martine Laplante, représentante du Comité consultatif des paraprofessionnels (CCPP)
 Madame Annick Lavallée, directrice adjointe du programme jeunesse – santé maternelle et des enfants
 Monsieur André Laverdière, représentant du service santé et sécurité au travail
 Madame Catherine Lemay, présidente-directrice générale adjointe programmes sociaux, santé et réadaptation
 Madame Catherine Marin, conseillère cadre à la gestion intégrée de la qualité (depuis juin 2019)
 Vacant – Représentant de la Direction des programmes DI-TSA et DP
 Monsieur Bruno Petrucci, directeur général adjoint soutien, administration et performance et directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
 Madame Nathalie Pierre-Antoine, conseillère cadre à la gestion intégrée de la qualité
 Madame Chantal Provost, représentante du Comité des usagers

Madame Karyne Robert, chef de service, unité de soins et urgence santé mentale - Hôpital

Honoré-Mercier

Madame Chantal Savard, directrice adjointe du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées - hébergement

Madame Julie Ste-Marie, conseillère cadre, développement des programmes cliniques en jeunesse

Madame Diem Vo, chef de département de pharmacie

Membres ayant démissionné en cours d'année :

Madame Jackie Beaudet, coordonnatrice, évaluation/orientation/réception et traitement des signalements

Madame Chantal Beauregard, directrice adjointe programme jeunesse-hébergement (juin 2019)

Madame Chantal Ayotte, agente administrative, archives et accueil (juin 2019)

Monsieur Cédric Boissonneault, conseiller cadre intérimaire à la gestion intégrée de la qualité (juin 2019)

Madame Julie Bonin, Assistant du supérieur immédiat (ASI) – Famille-enfant-jeunesse (juin 2019)

Madame Manon Campeau, conseillère cadre à la gestion intégrée de la qualité (juin 2019)

Madame Marie-Pierre Gagné, représentante du Conseil des infirmières et infirmiers (CII) (décembre 2019)

Madame Nancy Lemire, assistante au supérieur immédiat (ASI) – bloc opératoire (juin 2019)

Madame Annie Lemoine, directrice adjointe de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique (juin 2019)

Madame Sylvie Paradis, chef des services ambulatoires et spécialisés (septembre 2019)

Membres absents :

Madame Jackie Beaudet, coordonnatrice, évaluation/orientation/réception et traitement des signalements

Madame Josée Bouchard, directrice de la ressource intermédiaire (RI) La Coulée Douce

Madame Joëlle Boulanger, directrice de la ressource intermédiaire (RI) Manoir Deauville

Madame Louise Vincelette, présidente ADREQ-CSD

Au cours de l'année, plusieurs rapports ont été soumis au comité de gestion des risques, dont le suivi de rapports sur les indicateurs en gestion des risques, qui fait état des actions posées dans l'organisation pour réduire les risques d'accidents, des résultats des rapports d'incidents et accidents, l'analyse des causes des événements sentinelles, le suivi des rapports du comité de prévention et de contrôle des infections ainsi que le suivi des recommandations émises par le coroner.

26

Le comité des usagers

Au cours de l'année 2019-2020, les membres du comité des usagers du centre intégré (CUCI) se sont réunis, en séance régulière, à cinq reprises et en séance spéciale une seule fois. Les officiers du CUCI se sont rencontrés à six occasions, majoritairement en présence de monsieur Bruno Petrucci, directeur général adjoint soutien, administration et performance et directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique.

En cours d'année, le CUCI a effectué une tournée des comités des usagers continués (CUC) pour présenter aux membres le rôle et les activités réalisés par le CUCI, sa participation aux comités corporatifs de l'établissement et la création de ses sous-comités.

Les sous-comités du CUCI qui sont demeurés actifs cette année favorisant ainsi une harmonisation des pratiques et des activités des divers comités sont :

- Sous-comité Urgences;
- Sous-comité PCI (programme de contrôle et de prévention des infections);
- Sous-comité Cadre de référence & règles de fonctionnement;
- Sous-comité Finances & surplus budgétaires;
- Sous-comité Communications.

En cours d'année, le CUCI a été mandaté pour participer à la lecture et l'appréciation des sondages en provenance de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique.

Des visites ministérielles ont été effectuées auprès des centres d'hébergement du CISSS de la Montérégie-Est. Les comités des usagers et de résidents concernés ont participé à chacune d'elles.

Également lors de la visite d'Agrément Canada, les présidents des comités des usagers continués ont participé à un entretien au sujet de l'évaluation de la gouvernance de l'établissement.

La présidente du CUCI a participé à plusieurs rencontres auprès du Regroupement provincial des comités des usagers et de la table des présidents des CUCI du Québec.

Les postes vacants pour les agents de liaison ont été comblés.

Les surplus budgétaires de 42 995 \$ au 31 mars 2019 ont été utilisés pour réaliser les différents projets ci-dessous :

- Publicité pour le recrutement de membres bénévoles pour les comités de résidents et les comités des usagers - CUCI;
- Impression guide juridique à l'intention des parents qui ont recours aux services de la protection de la jeunesse – Comité des usagers Centre jeunesse de la Montérégie (CUCCJ);
- Bouteilles d'eau avec impression d'un des droits pour les jeunes des centres de réadaptation – CUCCJ;
- Deux spectacles sur les droits de la LSSSS pour les jeunes des centres de réadaptation – CUCCJ;
- Matériels promotionnels : nappes & gazebo – Comité des usagers Pierre-Boucher (CUCPB);
- Écrans téléviseurs pour diaporama sur les droits et information des comités de résidents pour les huit CHSLD - CUCPB;
- Préparation à une conférence sur la santé mentale qui a dû être reportée en raison de la pandémie - CUCPB;
- Préparation à une conférence sur les dons d'organes qui a dû être reportée en raison de la pandémie – Comité des usagers Pierre-De Saurel (CUCPS);
- Publicité dans les cinémas & dans les journaux – Comité des usagers Richelieu-Yamaska (CUCRY);
- Préparation à une journée porte ouverte au Centre d'hébergement Andrée-Perrault qui a dû être reportée en raison de la pandémie - CUCRY;
- Formation Équijustice - CUCRY.

CROISSANCE
ET SAINTE
GESTION

Les enjeux prioritaires du CUCI, pour l'année en cours, font référence aux activités ou programmes suivants :

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

Membres des comités des usagers :

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

Membres réguliers :

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

Membre observateur :

Madame Marie-Hélène Apollon, Centre jeunesse de la Montérégie



Les faits saillants

Travaux d'envergure pour accroître l'accessibilité aux services

Lancement des travaux à l'urgence de l'Hôpital Honoré-Mercier

La pelletée de terre officielle lançant les travaux d'agrandissement et de réaménagement de l'urgence de l'Hôpital Honoré-Mercier s'est déroulée le vendredi 27 septembre 2019.

Les travaux de modernisation de l'urgence consistent en un agrandissement d'une superficie de 6 516m², sur deux niveaux (rez-de-chaussée et sous-sol), correspondant à trois fois la taille actuelle de l'urgence.

Le rez-de-chaussée accueillera la nouvelle urgence et un garage de quatre places pour les ambulances. Plus spacieuse, moderne et fonctionnelle, la nouvelle urgence comportera : une salle d'attente plus spacieuse, une aire de 26 civières, une aire de choc de quatre civières, dont une à pression négative, une aire ambulatoire de sept salles d'examen, dont quatre polyvalentes, une pour l'oto-rhino-laryngologie (ORL) (ORL) et l'ophtalmologie, une pour la chirurgie mineure et une pour la gynécologie, une zone d'évaluation rapide (ZER) de sept fauteuils et deux salles d'examen. Des cubicules uniques et fermés permettant d'améliorer la prévention des infections. Le sous-sol intégrera les archives, les salles mécaniques, le lien de jonction et divers espaces de rangement. Le nouvel édifice sera conçu en prévision d'ajouter éventuellement un autre étage.

Coup d'envoi des travaux à l'Hôtel-Dieu de Sorel

Le coup d'envoi des travaux entourant le projet de modernisation de l'Hôtel-Dieu de Sorel a été lancé le 19 septembre 2019. Déjà, des investissements de 29 M\$ ont été confirmés afin de permettre la modernisation des infrastructures

En plus de l'agrandissement de l'urgence, un réaménagement de 1 345m² permettra d'améliorer la fonctionnalité du secteur de l'unité de médecine de jour, de l'aire clinico-administrative et des aires de soutien. Le budget global pour la réalisation de ce projet de construction est fixé à 69,1 M\$ et la fin des travaux est prévue pour 2022. L'urgence devrait par contre accueillir ses premiers usagers dès 2021.

Sous le thème « Un plus pour la collectivité », une vaste campagne de communication a débuté au cours du mois de septembre 2019 pour informer sur une base continue les employés, les médecins, les usagers, les riverains et la population de l'avancement de ce projet. La grande valeur ajoutée de ce projet porteur pour la collectivité est également mise en lumière par la variété de moyens de communication prévus à cette campagne.



De gauche à droite :

Mme Cathy Martel, directrice de projets à la Société québécoise des infrastructures; D^r Jocelyn Dodaro, chef de département de la médecine d'urgence au CISSS de la Montérégie-Est; Mme Chantal Soucy, députée de Saint-Hyacinthe; Mme Louise Potvin, présidente-directrice générale du CISSS de la Montérégie-Est; M. Marc Poudrier, directeur des services techniques et M. Éric Tremblay, directeur des soins critiques et des activités hospitalières.

des installations et des équipements médicaux et de soins. Ces travaux auront une incidence favorable tant pour la clientèle desservie que pour le personnel et les médecins. Un projet d'une grande valeur pour la communauté et dont la population pourra en être fière. Les travaux s'échelonneront jusqu'en 2023.

Des travaux de remplacement des génératrices et de la sous-station électrique réalisés à l'automne 2019 ont permis d'augmenter la capacité électrique de l'hôpital, de subvenir aux besoins des équipements médicaux qui sont en nombre de plus en plus élevé et d'assurer la relève lors d'éventuelles pannes électriques.

À l'hiver 2020, des travaux de préparation de l'unité 3E ont débuté. Plusieurs unités de soins y seront tour à tour temporairement installées pendant la réalisation des travaux de modernisation (électricité, ventilation, fenestration, systèmes d'appel dans les chambres d'usagers, etc.) auxquels s'ajoutera le rafraîchissement des planchers, plafonds, murs.

Le coup d'envoi des travaux de modernisation a également été l'occasion de dévoiler la campagne « Mon hôpital, pour la vie ». Cette campagne fait référence au profond sentiment d'attachement de la communauté de la région de Sorel-Tracy envers leur hôpital, à la pérennité de cette installation ainsi qu'à l'engagement des employés et médecins qui y oeuvrent.

Conscient des préoccupations de la population

à l'égard de la survie de l'hôpital, le CISSS de la Montérégie-Est a souhaité développer cette campagne afin de mettre en lumière ces faits : l'hôpital est là pour demeurer « pour la vie », et ce, « pour la vie » des usagers, du nourrisson à la personne âgée. Dotée d'une image forte et positive, cette campagne se décline sur tous les outils de communication relatifs au projet de modernisation.



Gestionnaires et membres du personnel se sont donné rendez-vous pour le dévoilement de la campagne « **Mon hôpital, pour la vie** »

Poursuite du projet d'agrandissement de l'Hôpital Pierre-Boucher

La planification et la préparation des travaux d'agrandissement de l'Hôpital Pierre-Boucher visant à répondre à l'augmentation des volumes d'activités tant à l'hospitalisation qu'en soins ambulatoires se sont poursuivies. En février 2020, un événement coup d'envoi du projet d'agrandissement de l'Hôpital Pierre-Boucher a été organisé par l'équipe de pilotage de ce dossier. L'objectif de la rencontre était de présenter les grandes étapes à venir dans l'avancement de ce projet d'envergure.

Ainsi, en avril 2018, le ministre de la Santé et des Services sociaux faisait l'annonce de la phase 1 du projet d'agrandissement de l'urgence et de réaménagement des unités de soins de l'Hôpital Pierre-Boucher. À cela s'est ajoutée, en juin 2019, l'annonce de l'obtention de la reconnaissance de niveau 2B qui permettra à l'Hôpital Pierre-Boucher d'offrir des services spécialisés en pédiatrie à portée régionale.

Le programme fonctionnel du projet d'agrandissement de l'Hôpital Pierre-Boucher est donc ajusté avec l'intégration des services spécialisés en pédiatrie et sera déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux à la fin de l'année 2020. Il s'agit d'un document qui liste tous les besoins cliniques et logistiques de l'hôpital. Il permet de définir clairement les exigences relatives à l'organisation fonctionnelle, opérationnelle et physique des lieux.



Amélioration de l'offre en soins palliatifs

Une chambre Confort et Dignité dédiée à une clientèle en processus de fin de vie a été aménagée au Centre d'hébergement de la MRC-d'Acton. L'aménagement, réalisé au coût de 50 000 \$, financé par la Fondation Santé Daigneault-Gauthier, a permis l'achat et l'installation d'une pompe automatique d'injection qui permet d'administrer la médication anti-douleur à la personne en fin de vie. Le mobilier construit sur mesure, la décoration et l'achat de téléviseurs et de matériel crée un environnement adapté aux soins palliatifs dédié aux résidents du centre ou à des personnes provenant du domicile.

De plus, le CISSS de la Montérégie-Est a inauguré, le 6 janvier 2020, une toute nouvelle unité de soins palliatifs de 12 lits au Centre d'hébergement du Manoir-Trinité de Longueuil dont l'aménagement a nécessité un investissement de 3 millions \$. Cette unité de courte durée dédiée à une clientèle en soins palliatifs a été spécialement conçue, décorée et organisée de façon à rendre confortable le séjour de ceux qui y seront hébergés ainsi que de leurs proches qui les accompagnent. Cette unité offre également plusieurs commodités comme un salon des familles avec accès à une

salle de bain avec douche, pour accommoder les proches en tout temps. La Fondation des centres d'hébergement du Vieux-Longueuil a fourni 14 téléviseurs et leurs supports pour un investissement de près de 10 000 \$.



À l'arrière de gauche à droite : Chantal Savard, directrice adjointe du programme SAPA – hébergement; Marc Poudrier, directeur des services techniques; Paul St-Onge, vice-président du CA; Charles Raymond, chef d'unité au Centre d'hébergement du Manoir-Trinité et David Raynaud, attaché politique du député de Taillon, Lionel Carmant. À l'avant de gauche à droite : Sandrine Billeau, directrice du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) au CISSS de la Montérégie-Est; Caroline Hébert, assistante du supérieur immédiat de jour; Marie-Ève Proulx, assistante du supérieur immédiat de nuit; Louise Potvin, présidente-directrice générale au CISSS de la Montérégie-Est et Benoît L'Écuyer, président de l'arrondissement du Vieux-Longueuil.

CROISSANCE
ET SAINTE
GESTION

31

Un nouveau foyer pour les jeunes filles

Le nouveau Foyer de groupe du Parc pour les jeunes en difficulté d'adaptation a été construit et a ouvert ses portes en 2019 pour accueillir

une clientèle de jeunes filles âgées entre 6 et 14 ans. Ce foyer de neuf chambres permet de bonifier l'offre de service de réadaptation interne pour les jeunes en difficulté suivis en vertu de la protection de la jeunesse.

Amélioration du milieu de vie des résidents en hébergement

De nouveaux aménagements extérieurs pour les résidents

De nouveaux aménagements paysagers ont été inaugurés dans deux centres d'hébergement du CISSS durant la dernière année. Le 10 juillet 2019 avait lieu l'inauguration du Jardin des Sens au Centre d'hébergement du Manoir-Trinité à Longueuil. L'aménagement de ce nouvel espace de vie extérieur pour les résidents offre davantage d'espace, de balançoires et de tables adaptées pour manger à l'extérieur, en plus de celles ajoutées sur les balcons, un chemin pour se promener dans la cour ainsi qu'un espace jardin pour cultiver des légumes. La réalisation de cette terrasse a été rendue possible avec la participation financière de la Fondation des centres d'hébergement Vieux-Longueuil.

La nouvelle terrasse dédiée à la clientèle de l'unité prothétique du Centre d'hébergement de Montarville a quant à elle été inaugurée le 3 octobre 2019. Ce projet novateur, écologique et surtout adapté pour la clientèle particulière de l'unité prothétique permettra aux résidents de profiter de cet espace en toute sécurité. En effet, la surface en pneus recyclés réduit le risque de blessure grave en cas de chute de la clientèle. Les bancs de parc, résistants et sécuritaires, sont pour leur part faits de plastique recyclé. Finalement, un jardin suspendu crée un environnement calme et agréable.



C.H. du Manoir-Trinité : Cette inauguration s'est tenue en présence de nombreux résidents du centre d'hébergement accompagnés des membres de leur famille, des membres du conseil d'administration de la Fondation, de monsieur Benoît L'Ecuyer, conseiller municipal et président de l'arrondissement du Vieux-Longueuil, de madame Catherine Lemay, présidente-directrice générale adjointe du CISSS de la Montérégie-Est, de madame Chantal Savard, directrice adjointe du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées – hébergement, de monsieur Charles Raymond, chef de service responsable du Centre d'hébergement du Manoir-Trinité, de messieurs Robert Carrière, administrateur à la Caisse Desjardins Pierre-Boucher et Pierre-Tardif, administrateur à la Caisse Desjardins du Vieux-Longueuil, accompagnés de résidents, messieurs Paul Hallis et Roger Papineau, du centre d'hébergement pour la coupe du ruban.



De gauche à droite :

C.H. de Montarville : Mesdames Caroline Barbeau, chef d'unités et Nathalie Beauchemin, éducatrice spécialisée au Centre d'hébergement de Montarville; M. Martin Murray, maire de St-Bruno de Montarville; Mme Sophie Morin, directrice générale de Desjardins Caisse du Mont-Saint-Bruno; Mme Catherine Lemay, présidente-directrice générale adjointe du CISSS de la Montérégie-Est et Mme Sylvie Trépanier, directrice du bureau de comté de Mme Nathalie Roy.

Amélioration de l'espace de vie au Centre d'hébergement Jeanne-Crevier

D'importants travaux ont été réalisés durant l'année afin d'améliorer deux ailes du Centre d'hébergement Jeanne-Crevier, soit les ailes B et C, au rez-de-chaussée et au 1^{er} étage. Au total, 50 chambres ont été refaites incluant les corridors des deux ailes et quelques locaux, dont la réfection du poste de garde. Les travaux ont consisté à la mise à niveau des planchers, la peinture des murs, l'installation d'un nouveau revêtement de plancher, le changement de certains cabinets d'aisances et l'ajout de protection murale et nouvelles mains-courantes.

Les travaux, estimés à plus d'un million de dollars, auront permis d'améliorer le milieu de vie des résidents.



CROISSANCE
ET SAINTE
GESTION

Investissement de 4,7 millions pour l'ajout de main-d'œuvre en centre d'hébergement

Une allocation de 4,7 M\$ a été octroyée au CISSS de la Montérégie-Est afin de créer plus de 70 postes supplémentaires pour les équipes de soins en hébergement. Cet investissement a permis de rehausser et consolider les effectifs dans les centres d'hébergement afin d'améliorer la capacité des équipes à donner des soins et services sécuritaires et de qualité et d'augmenter le soutien professionnel et

administratif. En plus de postes d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de quelques postes de préposés aux bénéficiaires, d'autres postes d'agents administratifs, de techniciens en administration, d'éducateurs spécialisés et de travailleurs sociaux ont été créés.

L'octroi des ressources supplémentaires dans les centres a été établi en respect de la clientèle des unités de soins visant la stabilité des équipes en présence, et l'amélioration des ratios employés-résidents (inspirés des travaux de recherche de Philippe Voyer).

33

Environnement sans fumée

Depuis le 31 mai 2019, les trois hôpitaux du CISSS de la Montérégie-Est sont maintenant des environnements sans fumée à l'intérieur comme à l'extérieur, sur les terrains appartenant au CISSS de la Montérégie-Est, à l'exception d'une zone désignée fumeurs sur chacun des terrains.

Il s'agit de la phase 2 de la Politique pour des environnements sans fumée, adoptée par le CA de l'établissement en novembre 2017. La phase 1 de la politique concernait les centres administratifs, les CLSC, les installations jeunesse et les véhicules appartenant au CISSS.

Nouveau site Internet

Le nouveau portail régional (santemonteregie.qc.ca) réalisé en collaboration entre les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie (Ouest, Centre et Est) a été mis en ligne en mai 2019. Le nouveau portail offre une navigation plus accessible à la clientèle avec un ciblage de l'information sur la base du

code postal de l'internaute et présente les services qui sont offerts à proximité, sans que l'utilisateur ait à savoir dans quel territoire de CISSS il se trouve. Le nouveau portail en version améliorée et au goût du jour a reçu 4 300 000 visiteurs depuis le lancement. Le portail montréalais existe depuis plus de 18 ans et offre de l'information sur les soins et services en santé à plus d'un million de visiteurs par année.

Inauguration du vestiaire des Glorieux

Un « vestiaire des Glorieux » a été inauguré au Campus de Chambly, nom donné au local en l'honneur du nom de l'équipe de hockey formée par des jeunes hébergés dans ce campus. Un local de rangement a été transformé en un vestiaire de hockey dans le but d'améliorer la qualité de vie des jeunes au quotidien. Les jeunes qui font partie des Glorieux peuvent s'investir dans le soccer, le hockey et la boxe. Chaque discipline est encadrée et supervisée par un coach dédié.

Le Campus accueille près de 160 garçons âgés entre 11 et 20 ans qui sont hébergés en vertu de la loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) ou dans le cadre de la loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA).



De gauche à droite : Stéphanie Divenere, éducatrice et coach de hockey; Nicholas Dumont, éducateur; Jonathan Rivest, éducateur et coach d'hockey; Valérie Bannon, éducatrice et coach de soccer et Jonathan Lussier, éducateur, coach de boxe et de hockey.

Une bouche en santé!

Le programme de soins buccodentaires pour les aînés en CHSLD a amorcé, en janvier 2020, son déploiement dans deux sites pilotes, soit dans les centres d'hébergement Marguerite-Adam et de la MRC-d'Acton. Ce programme vise à permettre aux personnes hébergées dans un centre d'hébergement d'avoir accès à des soins d'hygiène buccodentaires requis selon leur état de santé buccale.

Le programme conçu par le MSSS offre des guides et de l'information au personnel pour les accompagner dans les soins quotidiens à offrir aux résidents et pour l'évaluation de la santé de la bouche de ceux-ci. Les interventions de ce programme agiront favorablement sur la capacité du résident de s'alimenter voire même faciliter l'expression orale pour d'autres.

Le déploiement du projet dans les autres centres d'hébergement se déroulera durant la prochaine année.



L'équipe du Centre d'hébergement Marguerite-Adam.

Plus de 100 000 portions redistribuées à la communauté!

En 2019, sept installations du CISSS de la Montérégie-Est ont distribué plus de 100 000 portions aux personnes en situation d'insécurité alimentaire en participant au Programme de récupération alimentaire de La Table des Chefs :

- Hôpital Pierre-Boucher : 23 238 portions (6 971 kg)
- Hôtel-Dieu de Sorel : 13 074 portions (3 922 kg)
- Hôpital Honoré-Mercier : 21 667 portions (6 498 kg) (février 2019 à janvier 2020)
- Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe : 34 178 portions (10 250 kg) (février 2019 à janvier 2020)

- Centre d'hébergement De Contrecoeur : 1 704 portions (511 kg)
- Centre d'hébergement De Lajemmerais : 3 470 portions (1 041 kg)
- Centre d'hébergement Élisabeth-Lafrance : 10 745 portions (3 224 kg)

En plus de nourrir la population, cette initiative permet de détourner la matière organique de l'enfouissement, de réduire les émissions de

gaz à effet de serre et de réduire l'empreinte écologique de l'établissement. La Tablee des Chefs agit comme agent de liaison entre les donateurs de surplus alimentaires et les organismes communautaires locaux qui prennent en charge la récupération des dons et leur distribution aux personnes en situation d'insécurité alimentaire.

Un regroupement des services en santé mentale à l'Hôpital Honoré-Mercier

D'importants travaux d'aménagement pour accueillir l'unité de 26 lits de soins de courte durée en psychiatrie qui sera située au 2^e étage du Pavillon Saint-Charles de l'Hôpital Honoré-Mercier, ont débuté en février 2020. Le déménagement de l'unité du 11^e étage du Pavillon Honoré-Mercier et l'aménagement de la nouvelle unité de psychiatrie permettront de libérer l'espace pour une nouvelle unité de médecine et une unité d'hospitalisation brève (UHB) dans le pavillon principal. Le besoin d'ajout de lits, est requis avant l'ouverture de la nouvelle urgence prévue en 2021, et essentiel pour la croissance des besoins de la population.

Ce réaménagement de l'unité de psychiatrie permettra d'offrir un environnement axé sur le rétablissement et davantage adapté pour répondre aux besoins de la clientèle en santé mentale. Les espaces dédiés au personnel ont été repensés afin d'offrir un environnement et une organisation du travail optimale. Une nouvelle zone de réadaptation intensive

de neuf lits sera créée pour permettre un rétablissement plus adapté avant le retour à domicile. Ce nouvel espace répond à un besoin exprimé par la clientèle et permettra de mettre en place toutes les conditions gagnantes pour un retour sécuritaire dans leur milieu de vie.

Tous ces travaux permettront ainsi le regroupement des services offerts en santé mentale au Pavillon Saint-Charles de l'Hôpital Honoré-Mercier (pédopsychiatrie, santé mentale courte et longue durée).



Premier vernissage pour les « jeunes Impatients » de Chambly

Les « jeunes Impatients » du Campus de Chambly ont procédé, le 4 décembre 2019, à leur premier vernissage. L'exposition « Tête et mains en imagination : la liberté de créer » a ainsi permis de mettre en valeur, à l'intérieur

des murs du Campus, certaines des œuvres produites par les jeunes au cours de la dernière année. En effet, depuis le début de l'année 2019, les jeunes peuvent participer, une fois par semaine, à un atelier semi-dirigé par l'artiste Amélie Pellerin du groupe Les Impatients, qui offre des ateliers de création permettant aux jeunes d'exprimer leur créativité en toute liberté.

Un programme de formation novateur alliant les études et le travail!

Le CISSS, en collaboration avec les centres de formation professionnelle du territoire (Sorel et Saint-Hyacinthe) ont proposé une offre de formation novatrice aux futurs diplômés du programme d'études en assistance à la personne en établissement et à domicile (DEP en APED). Après avoir complété une première portion de formation en classe à temps complet, l'étudiant peut travailler à temps partiel dans une des installations du CISSS comme aide de service ou préposé-apprenti. Les 870 heures de formation du programme se réalisent en alternance entre le milieu scolaire et le milieu de travail (46,3 % en établissement). Les présences au travail se déclinent sous forme d'un stage de groupe (15 jours avec accompagnement d'un enseignement) et de quatre séquences d'apprentissage (soit 42 jours en milieu de travail avec accompagnement d'un PAB du milieu et progression des tâches permises). Une fois le diplôme d'études professionnelles (DEP)

complété, l'étudiant poursuit son travail au sein des différentes installations du CISSS de la Montérégie-Est à titre de préposé aux bénéficiaires ou d'auxiliaire aux services de santé et sociaux.

Cette formule permet d'écourter la formation sur une période de huit mois tout en maintenant tout le contenu du programme. De plus, à la fin de la formation, l'étudiant reçoit un montant équivalent à la différence entre le salaire actuel et le salaire d'un préposé aux bénéficiaires pour toutes les heures travaillées au CISSS pendant sa formation. Il s'agit d'une première initiative en Montérégie.



Des bourses pour de futurs préposés aux bénéficiaires!

Quatre-vingt-treize bourses d'études ont été offertes, à l'automne 2019, à des préposés aux bénéficiaires (PAB) qui se sont engagés à suivre le nouveau programme aménagé de formation pour être PAB afin qu'ils puissent travailler à temps partiel dans nos différentes installations à titre d'aide de service ou d'apprenti-métier après avoir complété une première portion de formation en classe à temps complet. Ces bourses ont été offertes grâce à l'investissement du ministère de la Santé et des Services sociaux afin d'accroître le nombre de personnes formées comme PAB.

Ces étudiants ont donc également pu prêter main-forte rapidement aux équipes au cours de leur parcours scolaire. Une fois leur diplôme du programme d'études en assistance à la

personne en établissement et à domicile (DEP en APED) obtenu, les participants poursuivent leur travail au CISSS de la Montérégie Est à titre de préposé aux bénéficiaires ou d'auxiliaire aux services de santé et sociaux.



Une employée du CISSS participe au développement de sa profession

Anik Léveillé, thérapeute en réadaptation physique (TRP) du soutien à domicile, au CLSC des Seigneuries, a été choisie pour collaborer à la révision du programme d'études en techniques de physiothérapie du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES). À la suite de ces deux jours d'analyse de la profession, avec des représentants du Ministère et de l'entreprise publique et privée, elle a été invitée de nouveau, en avril 2019, afin de représenter le milieu du travail. En collaboration avec trois autres collègues TRP du Québec, ils ont à nouveau exploré les propositions afin d'enrichir ce qui avait été proposé et voir ce qui est applicable et réalisable en compagnie de partenaires clés soit d'enseignants, de représentants de l'Ordre professionnel de la

physiothérapie du Québec, de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) et du MEES.

Les changements suggérés par Anik Léveillé et ses collègues font partie du nouveau programme qui devrait être offert aux élèves pour l'année 2021-2022.



CROISSANCE
ET SAINES
GESTIONS

Une réussite pour l'exercice de rehaussement et de titularisation de postes

Durant la dernière année, un vaste exercice de rehaussement et de titularisation des postes a débuté au sein du CISSS de la Montérégie-Est afin de stabiliser les équipes de travail, diminuer le temps supplémentaire obligatoire et réduire la précarité en ayant un nombre d'heures garanties voire à temps complet, ingrédient essentiel pour la continuité des soins et des services.

Dans un premier temps, un processus de révision de l'ensemble des structures de poste, et ce, pour tous les titres d'emploi dans tous les secteurs d'activités a été réalisé. La première vague a permis la création ou le rehaussement de 108 ETC (équivalent temps complet) de préposés aux bénéficiaires répartis sur 512 postes dans les centres d'hébergement de soins de longue durée et à l'Hôtel-Dieu de Sorel. De plus, 89,7 ETC d'infirmières et d'infirmières auxiliaires répartis sur 265 postes,

dans les secteurs de l'hébergement, de l'Hôtel-Dieu de Sorel, de la mission jeunesse pour l'ensemble du territoire, de l'urgence et des soins intensifs des RLS Pierre-Boucher et Richelieu-Yamaska, ont aussi été rehaussés. Ce sont 44 nouveaux postes à temps complet qui ont été créés à la Direction de la protection de la jeunesse et à la Direction adjointe du programme jeunesse – services psychosociaux et 14 postes rehaussés, pour un ajout total de 46,15 ETC.

Pour continuer, en début d'année, une entente unique et novatrice a été conclue afin d'offrir très rapidement un poste, à tous les préposés aux bénéficiaires à l'emploi de l'établissement qui n'en détenaient pas déjà. Au total, plus de 500 employés se verront ainsi offrir un poste pouvant aller jusqu'à un temps complet. L'entente avec le Syndicat des travailleuses et travailleurs du CISSS de la Montérégie-Est affilié à la CSN est un projet-pilote d'une durée de 12 mois. Durant cette période, un poste permanent sera offert à tous les nouveaux préposés aux bénéficiaires embauchés.

Plus de 50 000 sauts en cœur le 14 février!

L'événement « Bougeons en cœur avec les saines habitudes de vie » qui avait lieu le 14 février 2020 à l'Hôpital Pierre-Boucher a permis d'amasser 5 550 \$ au profit de la Fondation Hôpital Pierre-Boucher et de la Fondation des maladies du cœur du Québec (FMCQ).

Cette activité organisée par la Direction des soins infirmiers du CISSS de la Montérégie-Est avait pour objectif de sensibiliser le personnel de l'établissement aux maladies du cœur et à l'accident vasculaire cérébral, ainsi qu'à l'importance d'adopter de saines habitudes de vie. Pour l'occasion, les employés et les médecins des différents secteurs étaient invités, notamment, à visiter plusieurs kiosques d'information sur la nutrition sportive, la Fondation des maladies du cœur, Bouge plus, mange mieux, etc.

Ils étaient également invités à faire des dons pour la recherche et la prévention des maladies cardiovasculaires en plus de faire des sauts à la corde dans le cadre d'une compétition entre les unités. Au total, 50 386 sauts ont été réalisés par les 257 participants.



Nouvelle image pour le recrutement médical

Le CISSS de la Montérégie-Est s'est doté d'une toute nouvelle image pour favoriser le recrutement médical. Décliné de l'image de marque organisationnelle, le concept graphique met l'accent sur l'image authentique des médecins du CISSS, dans le cadre de leur travail et de leur loisir personnel. « L'endroit idéal pour ma pratique et mon mode de vie » voici la trame qui se démarque et qui s'ajuste selon les spécialités et les événements. Un nouveau kiosque adaptable selon les événements et des outils complémentaires ont été produits en fonction des besoins de recrutement de l'organisation. Cette nouvelle image de recrutement reflète la localisation avantageuse du CISSS, à proximité de Montréal, la variété de pratique offerte pour les omnipraticiens et les médecins spécialistes et la possibilité d'obtenir au CISSS un équilibre entre les loisirs et le travail. Le nouveau concept a été présenté lors de la Journée Carrière organisée par la Fédération des médecins résidents du Québec en octobre 2019. Quelque 900 médecins-résidents, tant omnipraticiens que spécialistes ont pu découvrir les opportunités de carrière offerte au CISSS de la Montérégie-Est.



De gauche à droite : D^r Jocelyn Lavigne, chef de département – pédiatrie; D^r Sylvain Brunet, directeur adjoint des services professionnels 2^e ligne; D^r Simon Parenteau chef de département de médecine spécialisée; D^r André Simard, directeur des services professionnels ; D^{re} Marie-Josée Chouinard, chef de département psychiatrie; D^r Gérald Désaulniers, directeur adjoint des services professionnels 1^{ère} ligne médicale; D^{re} Andréanne Grégoire-Auger, médecine de famille GMF Richelieu; Mme Caroline Casavant, agente de la gestion du personnel; Dr Éric Sauvageau, médecine familiale et urgence / représentant DRMG, RLS Pierre-De Saurel; Mme Hélène Morin, agente de la gestion du personnel; Dre Mylène Côté, chef de département de médecine générale. Certains n'apparaissent pas sur la photo : D^r Albaka Ag Bazet, adjoint au chef de département de médecine générale Hôpital Pierre-Boucher; Philippa Favreau, conseillère en communication.

Une rentrée milieu de vie animée!

Cette activité particulière a été organisée, à l'automne 2019, dans les différents centres d'hébergement, afin de faire connaître aux employés le rôle méconnu du PAB intervenant-accompagnateur. Une « roue de fortune » comportant des questions-réponses sur le rôle et les responsabilités de cet intervenant a été proposée aux employés. Plus de 600 employés, sur les trois quarts de travail, ont participé avec enthousiasme à l'activité. Le rôle du préposé intervenant-accompagnateur est nouveau en hébergement. Celui-ci doit offrir au résident et à ses proches un accompagnement personnalisé, faciliter l'adaptation et l'appropriation pour le résident et ses proches à son nouveau milieu de vie, assurer une transmission d'informations tant

auprès du résident que de l'équipe et favoriser une prise de décision dans le respect des besoins, des valeurs et des croyances du résident et ses proches.



CROISSANCE
ET SAINTE
GESTION

Innovation pour le recrutement des employés

Dans la poursuite de son positionnement stratégique en tant qu'établissement créatif, engagé, humain, accueillant et proactif, le CISSS s'est démarqué avec le lancement de sa toute nouvelle identité propre au recrutement d'employés : « C'est ici ». Le concept, réalisé en cohérence avec la nouvelle image de marque de l'organisation, se décline en slogan selon les besoins de recrutement. Il positionne le personnel dans leur lieu de travail accompagné de phrases qui décrivent les avantages de travailler au CISSS de la Montérégie-Est. Par exemple : *Une carrière où s'intègrent travail et plaisir, C'est ici!*

Cette nouvelle image, associée à une stratégie de recrutement novatrice axée sur la promotion et la diffusion de contenus numériques a également permis la réalisation de courtes capsules vidéos sur certains titres d'emploi en demande, dont les cuisiniers, les aides-cuisiniers et les préposés aux bénéficiaires. L'objectif était de faire connaître la réalité de ces emplois et attirer des gens à appliquer sur ces postes.

Les capsules, qui mettaient en vedette les employés et leur apport quotidien aux usagers, ont obtenu d'excellents taux de visionnement sur les médias sociaux et généré des candidatures supplémentaires pour ces postes parfois plus difficiles à combler. La vidéo sur les préposés aux bénéficiaires, d'une durée de 2 minutes 27 secondes, a été vue par 45 600 personnes pour un total de 17 900 minutes visionnées. Quant à celle sur le poste de cuisinier et aide-cuisinier, d'une durée de 1 minute 55 secondes, elle a été vue par 7 700 personnes pour un total de 3200 minutes visionnées.



Mémoire pour la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse

Les dirigeants du Programme Jeunesse des CISSS de la Montérégie, de la Direction de la protection de la jeunesse, appuyés par la présidence-direction générale des CISSS de la Montérégie et le conseil d'administration du CISSS, ont déposé un mémoire à la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, exposant des points de

vue sur l'amélioration des services et des processus en matière de protection de la jeunesse, pour une réponse mieux adaptée à la réalité des familles et des jeunes en difficulté. Plusieurs interventions et la participation de notre personnel et de nos experts en protection de la jeunesse, ont été réalisées auprès des membres de la Commission et du MSSS déjà engagé dans la mise en place d'améliorations au sein du réseau. Les travaux se poursuivront tant au niveau national que régional en 2020-2021.

Centralisation des demandes de réadaptation fonctionnelle intensive

Un nouveau guichet d'accès centralisé en réadaptation a été créé, en avril 2019, pour toutes les demandes de réadaptation fonctionnelle intensive santé physique (URFI-SP), en provenance des hôpitaux Honoré-Mercier et Pierre-Boucher, ainsi que des guichets d'accueil du Soutien à domicile (SAD) des RLS Richelieu-Yamaska et Pierre-Boucher. Ces demandes sont dorénavant acheminées au guichet d'accès centralisé de réadaptation (GACR) du CISSS de la Montérégie-Est. Les

requêtes de réadaptation URFI-SP en provenance de l'Hôtel-Dieu de Sorel et du guichet d'accueil SAD du CLSC Gaston-Bélanger seront centralisées à ce nouveau guichet à une date ultérieure.

La mise en place de ce nouveau guichet a permis d'orienter efficacement les usagers vers le bon service, selon leurs besoins, et de diminuer le nombre de demandes dans plusieurs unités de réadaptation pour le même usager. Des gains importants ont déjà été notés autant au niveau de l'augmentation de l'accessibilité pour la clientèle et que de la qualité de la réponse à la nature du besoin de réadaptation des personnes.

Les CISSS de la Montérégie s'unissent contre les infections

Une campagne d'hygiène des mains visant les travailleurs de la santé et les citoyens a été lancée par les trois Centres intégrés de santé et de services sociaux de la Montérégie à l'occasion de la Journée mondiale de l'Hygiène en mains en mai 2019. Chapeautée par la Direction adjointe des communications, des relations médias et ministérielles du CISSS de la Montérégie-Est, la campagne, inspirée de l'univers du cinéma, illustre les conséquences possiblement graves sur la vie d'un patient et celle de ses proches s'il venait à contracter une infection durant son hospitalisation. Le projet final comprenait, 6 capsules vidéos, un micro-site Web et un jeu interactif qui ont été créés afin de tester les connaissances des travailleurs et de la population sur l'importance du lavage

des mains. Un manifeste symbolique a été proposé afin de signifier l'engagement des signataires à la prévention des infections par le lavage des mains. Durant l'année, la bande-annonce de la campagne a été visionnée près de 72 000 fois, notamment sur les médias sociaux.



Les soins intensifs à domicile (SIAD) pour éviter le recours à l'urgence et à l'hospitalisation

Une équipe de soins intensifs à domicile (SIAD) a été créée, en projet pilote, sur le territoire du CLSC de Longueuil-Ouest et du CLSC Simonne-Monet-Chartrand. Cette équipe a été mise en place dans le but d'améliorer l'organisation des soins et des services offerts aux personnes en perte d'autonomie à domicile et permettre à un usager d'éviter de se rendre à l'urgence en pouvant recevoir les services d'une équipe médicale et de soins infirmiers intensifs à domicile. Durant la dernière année, 57 demandes d'usagers ont pu recevoir les services du SIAD. Il s'agit du début d'un projet en expansion.

La clientèle qui peut avoir accès à ce service doit être dans l'incapacité de quitter son domicile pour rencontrer un médecin. Elle doit être connue des services de soutien à domicile et elle doit avoir besoin d'un suivi médical rapide. Les usagers éligibles doivent avoir un état de santé qui pourrait se détériorer rapidement et qui entraînerait un risque élevé d'un recours à l'urgence. Ce projet permettra de respecter la volonté de la clientèle connue des services à domicile et en perte d'autonomie ainsi que la clientèle en soins palliatifs de recevoir des soins de santé chez eux. Ainsi, des hospitalisations sont évitées et par le fait même le déconditionnement qui peut s'en suivre.

CROISSANCE
ET SAINTE
GESTION

Les codes d'urgence s'harmonisent en Montérégie-Est!

Le CISSS de la Montérégie-Est a procédé à l'harmonisation de ses codes d'urgence sur l'ensemble de son territoire afin d'avoir le même référent en situation d'urgence, entraînant par le fait même une cohérence dans l'action et une réponse optimale des intervenants. La nouvelle charte de codes d'urgence est composée de 12 couleurs. L'harmonisation de ces codes sur l'ensemble du territoire du CISSS permet à tous les employés, qu'ils soient

appelés à travailler dans un RLS ou un autre, ou en Services jeunesse, d'agir avec plus d'efficacité.



41

Mise en place d'un processus d'amélioration continue

Dans la vision de la Direction des soins infirmiers (DSI) d'être en processus d'amélioration continue, des Gemba ont été réalisés dans plusieurs milieux au cours de l'année 2019-2020 : à l'Hôtel-Dieu de Sorel, à la Résidences Vivalia Le Boisé, dans le secteur de la santé scolaire, l'unité mère-enfant à l'Hôpital Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe, dans les unités en centres d'hébergement, etc. Un Gemba consiste en une visite qui permet d'aller voir sur le terrain la façon dont les choses se passent et en

observer la réalité. C'est une excellente façon de faire le tour de toutes les unités pour écouter et comprendre les usagers, le personnel et les gestionnaires. En termes de fonctionnement, sur une base volontaire, les personnes rencontrées ont été invitées à répondre à des questions ouvertes avec des propositions ou des idées pour résoudre des problèmes au quotidien. Cette démarche a permis de réaliser des plans d'amélioration continue pour chacun des Gemba et ainsi répondre aux préoccupations soulevées par les acteurs clés rencontrés. La DSI fait participer les équipes dans la recherche de solutions et les accompagne dans l'implantation des actions.

La technologie au service de l'alimentation des résidents

Trois des centres d'hébergement du RLS Richelieu-Yamaska, soit les centres de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe (CHHD), Andrée-Perrault (CHAP) et de la MRC-d'Acton (CHAV) ont accès à une technologie leur permettant d'offrir à leur clientèle un service alimentaire adapté plus fiable et plus sécuritaire. De fait, ces centres bénéficient du rehaussement de leur logiciel informatique qui assure une gestion efficace et personnalisée des services alimentaires offerts à leurs résidents, tout en contrôlant leurs coûts. Au CHHD, ce ne sont pas moins de 500 résidents qui se sont vus offrir un menu varié selon leurs goûts, aversions et allergènes.

Pour en arriver à cette gestion optimisée de l'alimentation des résidents, il a fallu procéder à l'informatisation du menu, c'est-à-dire la configuration du menu maître, la validation des allergènes pour tous les aliments de la base de données et l'adaptation des menus pour les différentes textures et consistances. Les techniciennes en diététique ont procédé à

l'entrée de données de tous les résidents : goûts, aversions alimentaires, allergies, régime thérapeutique et autres.

Auparavant, à l'arrivée d'un nouveau résident, la technicienne en diététique et la nutritionniste, au besoin, allaient à sa rencontre afin de connaître ses goûts, aversions et allergènes. L'entrée de données se faisait manuellement par la technicienne et tout changement ou ajustement aux menus nécessitait du temps. Dorénavant, le rôle de la technicienne en diététique est plus lié à la satisfaction du résident par le biais de visites personnalisées plutôt qu'à la validation du menu quotidien.



42

L'Hôtel-Dieu de Sorel inaugure son plateau d'insertion socioprofessionnelle

Le CISSS de la Montérégie-Est a procédé, en mars 2020, à l'inauguration officielle de son plateau d'insertion socioprofessionnelle à l'Hôtel-Dieu de Sorel. Opéré conjointement par l'équipe du programme santé mentale et dépendance du CISSS de la Montérégie-Est et le Carrefour Jeunesse-Emploi Pierre-De Saurel, en collaboration avec l'équipe du service d'hygiène et salubrité de l'établissement, ce plateau de travail vise à déchiqueter tous les documents nominatifs tels que papier, cartes et bracelets de patients, et à récupérer le papier et le carton fin de l'hôpital.

Au total, une quinzaine de personnes se relayent sur différentes plages horaires. Le plateau de travail permet d'une part à une clientèle adulte atteinte de troubles de santé mentale de s'intégrer au marché du travail et,

d'autre part, de soutenir l'employabilité de jeunes adultes de la région.

L'Hôtel-Dieu de Sorel devient le 3^e centre hospitalier du CISSS de la Montérégie-Est à avoir son plateau de travail de recyclage après l'Hôpital Pierre-Boucher de Longueuil et l'Hôpital Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe (en externe) qui, pour leur part, recyclent aussi les plastiques hospitaliers. L'ajout des plastiques sera aussi fait au plateau de travail de l'Hôtel-Dieu de Sorel au cours de la prochaine année.



Une nouvelle ZER à l'urgence de l'Hôpital Pierre-Boucher

En avril 2019, une zone d'évaluation rapide (ZER) a été aménagée à l'Hôpital Pierre-Boucher afin d'améliorer la rapidité de la prise en charge des usagers. Cette initiative a rapidement engendré une réduction du temps d'attente pour voir un médecin à l'urgence, et ce, pour tous les types d'usagers. La ZER a aussi permis de réduire la durée moyenne de séjour (DMS) des clientèles à l'urgence, une réelle valeur ajoutée pour les usagers et les équipes soignantes. La DMS était

de 14 heures, en septembre 2019, alors qu'elle était à 21 heures il y a un an à pareille date.

La zone d'évaluation rapide (ZER) est un mode d'organisation qui contribue à mieux gérer l'engorgement à l'urgence. Il s'agit d'une aire qui accueille les usagers qui peuvent être installés sur fauteuils, après évaluation, pour recevoir leurs soins. Ce fonctionnement permet de libérer des civières pour les patients en attente d'hospitalisation et présentant des conditions de santé plus sévères.

Plus grande accessibilité aux services

La clinique d'oncologie de l'Hôpital Pierre-Boucher et le service de l'hémodialyse de l'Hôpital Honoré-Mercier ont trouvé des façons de répondre aux besoins grandissants de la clientèle pour des traitements en hémodialyse ou pour de la chimiothérapie. Ainsi, entre le mois de novembre 2019 et le 31 janvier 2020, le service de l'hémodialyse de l'Hôpital Honoré-Mercier a accueilli neuf usagers pour recevoir leurs traitements en soirée, les lundis, mercredis et vendredis.

Pour sa part, la clinique d'oncologie de l'Hôpital Pierre-Boucher offre des traitements de chimiothérapie lors de certains jours fériés. Cet ajout

de disponibilité répond à un accroissement des activités en oncologie et évite des bris de continuité dans les plans de traitements de chimiothérapie pour la clientèle.



Réduction de la liste d'attente en santé mentale

Dans le cadre de l'implantation du nouveau « Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie », une grande révision de tous les cas en attente de suivi en santé mentale première et deuxième ligne a été effectuée en collaboration avec les professionnels, l'équipe médicale et le service

des archives. Une mise à jour de chacun des dossiers des usagers en attente a été effectuée et priorisée afin d'en assurer une gestion soutenue. Le nombre de dossiers par intervenant a été ajusté et l'introduction d'une stratégie d'autosoins avec certains usagers a contribué à atteindre des résultats marquants. Toute cette révision des processus a permis de réduire de 25 % la liste de personnes en attente de service.

Nouvelle Direction des services logistique

À la suite de l'ajout de nombreux projets immobiliers stratégiques à réaliser et la volonté de mettre la logistique en avant-plan au soutien des équipes, la Direction des services techniques et de la logistique a été scindée en deux directions distinctes en octobre 2019. Ainsi, la Direction des services techniques (DST) demeure responsable de

l'entretien des bâtiments, la sécurité, la gestion et l'entretien des équipements médicaux et non médicaux et des projets immobiliers, les services d'alimentation et les services l'hygiène et de salubrité. La Direction des services logistique (DSL) est maintenant responsable du transport, des aides techniques et petits équipements, de la téléphonie et de la visioconférence, de la messagerie et reproduction, des magasins et de la buanderie-lingerie.

CROISSANCE
ET SAINTE
GESTION

Madame Louise Potvin, présidente-directrice générale du CISSS de la Montérégie-Est, honorée par l'Ordre du Mérite coopératif et mutualiste québécois

Le 10 avril 2019, dans le cadre du Gala du Conseil québécois de la coopération et de la mutualité tenu à l'Hôtel Hyatt Regency de Montréal, Mme Louise Potvin, présidente-directrice générale du CISSS de la Montérégie-Est, a reçu une décoration de l'Ordre du Mérite coopératif et mutualiste québécois notamment pour son engagement auprès de La Capitale mutuelle de l'administration publique. Cette reconnaissance est accordée à une personne dont l'activité coopérative s'exerce ou s'est exercée de façon significative au niveau provincial ou dans plusieurs secteurs au niveau régional, et ce, pendant plusieurs années.



De gauche à droite :
1^{re} rangée : Michel Gauthier, président du conseil d'administration du Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (CQCM); Lorraine Bédard, Marc Quesnel, Sylvie Larouche, Louise Potvin, récipiendaires et Gaston Bédard, président-directeur général du CQCM
2^e rangée : Ghislain Gervais, président de Sollio Groupe Coopératif et président d'honneur, Luc Forget, Pierre Genest, Benoît Turcotte, Alain Gaudreau et Omer Bouchard, récipiendaires.

CROISSANCE
ET SAINE
GESTION

Diane Boulanger, criminologue, reçoit le Prix Excellence Carrière Gilles Roussel

La Fondation québécoise pour les jeunes contrevenants remettait un prestigieux prix de reconnaissance, le 24 avril 2019, à madame Diane Boulanger une pionnière ayant consacré sa carrière aux jeunes ayant commis des actes délinquants. Criminologue de formation, Diane a fait son entrée dans le milieu de la santé et des services sociaux en 1984 avec une toute nouvelle loi, la Loi des jeunes contrevenants qui venait d'être adoptée. Le Prix Excellence Carrière Gilles Roussel reconnaît l'excellence de la carrière d'une personne dans le domaine de l'intervention auprès des jeunes contrevenants du Québec. Il permet aussi de faire connaître les réalisations de ceux et celles qui donnent le meilleur d'eux-mêmes pour l'avenir des jeunes.



De gauche à droite :
 François Bouvier, chef de service en délinquance; Josée Morneau, directrice de la protection de la jeunesse; Marie-Josée Audette, directrice adjointe services psychosociaux; Diane Boulanger; Catherine Lemay, présidente-directrice générale adjointe et Jean Martin, directeur adjoint de la protection de la jeunesse

Geneviève Boucher, inhalothérapeute, à l'honneur au Gala de l'OPIQ

Geneviève Boucher, inhalothérapeute et spécialiste en cessation tabagique dans les programmes de santé publique, s'est mérité le prix Jacqueline-Gareau visant à souligner la réalisation exceptionnelle d'un inhalothérapeute, lié à la promotion de la santé ou la prévention de la maladie auprès d'une population générale ou ciblée. Ce prix, qui lui a été remis le 25 septembre 2019 lors du congrès de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ), a pour objectif, notamment, de reconnaître un inhalothérapeute qui se démarque par son engagement envers la pratique professionnelle.



46

Un prix prestigieux remis à une équipe interdisciplinaire de l'Hôpital Pierre-Boucher

Le prix de l'innovation pédagogique 2019 du Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins (CQDPCM) a été décerné à une équipe de l'Hôpital Pierre-Boucher pour un projet de formation interdisciplinaire visant l'implantation d'une nouvelle trajectoire patient en chirurgie gynécologique ambulatoire dans les cas d'hystérectomies totales chez les patientes éligibles. Le prix leur a été remis le 15 novembre 2019, lors de la 12^e édition de la Journée de formation interdisciplinaire (JFI), organisée par la Fédération des médecins spécialistes du Québec.



D^r Éric Paradis,
chef du service de gynécologie
pour le Réseau local de services
(RLS) Pierre-Boucher et
Émy Boisvert,
infirmière-clinicienne.

Le CISSS de la Montérégie-Est double lauréat régional « Innovation » aux Grands Prix santé et sécurité du travail de la CNESST

Le CISSS de la Montérégie-Est a remporté deux fois le prix « Innovation », dans la catégorie des organismes publics pour la région de Longueuil et pour la région de Yamaska dans le cadre du gala des Grands Prix santé et sécurité du travail 2019 de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).

Le premier prix a été remis pour reconnaître la formation sur les principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) adaptée aux bénévoles dans les centres d'hébergement. Le déplacement des résidents pour des activités de loisirs peut présenter un risque de blessures pour ces bénévoles qui doivent parfois manipuler des fauteuils géométriques ou des fauteuils roulants ou accompagner un résident qui se déplace avec une aide technique (marchette, déambulateur ou canne). Cette formation a pour but premier de préserver l'intégrité physique des bénévoles en leur fournissant les connaissances et les habiletés requises lors des tâches d'assistance aux déplacements. Cette formation est toujours offerte aux bénévoles chaque année, sur tout le territoire du CISSS.

Le deuxième projet honoré a été celui des « clipines » qui permet de résoudre la problématique de l'encombrement de divers fils et tubulures, près du lit des résidents. L'équipe des Services techniques des centres d'hébergement Andrée-Perrault et de la MRC-d'Acton a créé de petites accroches en plastique, baptisées clipines, qui s'installent à la ridelle du lit et qui permettent d'y glisser les fils. Ceux-ci n'encombrent donc plus le sol. Le personnel de soins a également été formé pour l'utilisation et l'installation sécuritaire des clipines afin d'assurer la sécurité de tous.



De gauche à droite
Serge Lussier et Daniel Desmarais, ouvriers de maintenance au CISSS de la Montérégie-Est, pour les centres d'hébergement Andrée-Perrault et de la MRC-d'Acton, accompagnés d'Hélène Hamann, directrice santé et sécurité à la Direction régionale de la Yamaska pour la CNESST et M. Christian Barrette, vice-président à l'administration et aux communications à la CNESST

Monsieur André Laverdière, agent de gestion – volet prévention, offre la formation aux bénévoles du CISSS.

47

Madame Kristina Leduc récipiendaire du Prix Leadership infirmier

Madame Kristina Leduc a reçu le Prix Leadership infirmier 2019-2020 de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie (ORIIM). Ce prix vise à mettre en valeur une infirmière qui démontre un leadership dans son milieu pour son implication auprès de la clientèle et sa contribution à l'avancement de la profession. Madame Leduc est infirmière en cardiologie à l'Hôpital Pierre-Boucher et elle est reconnue dans l'organisation pour son intérêt à l'encadrement des nouvelles infirmières et à leur soutien au quotidien.



D^{re} Diane Poirier récompensée pour le projet de coordination des lits de soins intensifs

L'Institut d'administration publique de Québec (IAPQ) a dévoilé, le 21 novembre 2019, les lauréats des Prix d'excellence de l'administration publique du Québec. Des participants issus de différents secteurs publics ont vu leurs efforts récompensés lors de ce rendez-vous annuel unique, qui révèle de formidables initiatives et parfois un aspect méconnu du travail réalisé en coulisses pour offrir des services de qualité à la population.

À cette occasion, la D^{re} Diane Poirier a été récompensée pour sa collaboration au projet « Coordination des lits de soins intensifs du réseau montréalais », lauréat du « Prix Fonction publique »!



La directrice générale de la Caisse Desjardins de l'Administration et des services publics Martine Levasseur; Gabrielle Doré; Diane Poirier; et Jacques Leroux, représentant du jury (Photo : Gracieuseté)

Colloque Marie-France Thibault : Marie Giasson récompensée

Marie Giasson, conseillère cadre en soins spécialisés et développement de la pratique à la Direction des soins infirmiers (DSI) du CISSS, a reçu le Prix Leadership 2019 en décembre dernier. Ce prix est remis à une infirmière clinicienne spécialisée pour la qualité de son encadrement de stagiaires de 2^e cycle en sciences infirmières à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.



Sur la photo : Marie-Josée Proulx, directrice des soins infirmiers du CISSS de la Montérégie-Est; Marie Giasson, lauréate du Prix Leadership; Yvonne-Annick Abredan, stagiaire à la maîtrise en sciences infirmières au CISSS de la Montérégie-Est et candidate au Doctorat.

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



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

Attentes spécifiques 2019-2020

RÉSULTATS DES ATTENTES SPÉCIFIQUES DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

SECTION I : Santé publique

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
01.1 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	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. L'établissement devra, 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, l'établissement devra envoyer : • La liste de tous les professionnels embauchés au fur et à mesure de l'embauche et des départs; • La reddition de comptes financière 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; • Le remboursement des honoraires des dentistes et des denturologistes. D'autres indicateurs sont en développement et pourront être demandés en lien avec les activités réalisées par les professionnels dentaires.	Attente reportée par le MSSS en 2020-2021

SECTION II : Programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
02.1 Bonnes pratiques des établissements pour la prévention et la réduction des usagers en NSA	Conformément au guide de soutien NSA « Prévenir et résoudre le phénomène des NSA - Guide pour soutenir les établissements » publié en mars 2017, la fluidité de la trajectoire des usagers est influencée par des facteurs en amont en intra hospitalier et en aval du centre hospitalier. Étant donné sa responsabilité populationnelle, l'établissement a des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, il doit compléter un état de situation de l'implantation des bonnes pratiques pour prévenir et résoudre le phénomène des usagers en niveau de soins alternatif.	Attente reportée par le MSSS en 2020-2021
02.2 Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). L'établissement doit produire 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.	Réalisé à 89 %
02.3 Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC)	Le Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) constitue un outil de suivi d'implantation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience mis en place par la Direction des personnes ayant une déficience en 2008. L'établissement doit compléter le suivi de l'implantation.	Attente reportée par le MSSS en 2020-2021
02.4 Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA) 2017-2022	Le Plan d'action sur le TSA 2017-2022 a été publié et identifie les grandes priorités qui guideront le réseau dans les actions à poser afin de mieux soutenir les personnes ayant un TSA et leurs familles. L'établissement doit compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022 par l'intermédiaire d'un formulaire dans le système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED).	R

Commentaires :

02.2 Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD

Tous les prérequis sont complétés sauf un concernant la disponibilité du personnel requis. Les travaux sont « en cours ».

02.5 Déploiement du programme Agir tôt	Le projet consiste à renforcer le dépistage des potentielles 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 : • Vaccination (détection et complétion d'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). Un rapport de mise en œuvre devra être produit.	R
02.6 Offrir des milieux résidentiels adaptés aux besoins des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA	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 milieux résidentiels. Des engagements en termes de résultats seront établis par rapport aux usagers en attente dans les ententes de gestion et d'imputabilité (EGI) subséquentes. L'établissement doit transmettre des données sur les listes d'attente et les types de milieux de résidence où vivent les usagers qu'ils desservent en DP-DI-TSA par l'intermédiaire d'un formulaire GESTRED.	Attente reportée par le MSSS en 2020-2021
02.7 Suivi de l'ajout d'effectifs en CHSLD	Le milieu des CHSLD est témoin d'enjeux de main-d'œuvre, 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, 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. L'établissement doit rendre compte de l'ajout d'effectifs dans les équipes interdisciplinaires en CHSLD par l'intermédiaire d'un formulaire dans le système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED).	R

SECTION IV : Affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
04.1 Consolider l'organisation des soins et des services offerts aux personnes atteintes d'Alzheimer (et autres troubles neurocognitifs) et à leurs proches	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.	Attente reportée par le MSSS en 2020-2021
04.2 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	L'établissement a la responsabilité de développer son continuum de services en AVC sur son territoire. En lien avec le plan d'action national 2016-2018 - Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC qui demeure toujours en implantation, l'établissement doit procéder à une 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.	Attente retirée par le MSSS
04.3 Contribuer au déploiement provincial de la télésanté	À compter de 2019, le MSSS mettra sur le développement de services de télésanté provinciaux ayant un grand potentiel d'impact, dans l'optique d'augmenter l'utilisation de la télésanté par les cliniciens et les usagers. L'établissement devra démontrer sa contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du plan d'action en télésanté 2018-2020 et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour. L'établissement doit compléter un rapport pour chacune des 3 actions.	Attente reportée par le MSSS en 2020-2021
04.4 État d'avancement du Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2017-2018 – Continuum de services, phase hyper aiguë, pour les personnes ayant subi un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST)	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 comprend les pratiques optimales pour toutes les phases du continuum assorties de moyens et d'indicateurs. L'établissement doit procéder à une 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.	Attente reportée par le MSSS en 2020-2021

SECTION VII : Infrastructures, logistique, équipements et approvisionnement

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
07.1 Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés	Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi (SE), 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). Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du PCFI et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.	Attente reportée par le MSSS en 2020-2021

SECTION VIII : Services de santé mentale et de psychiatrie légale

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
08.1 Sécurité civile	En vertu de la Loi sur la sécurité civile (RLRQ, chapitre S-2.3), du Plan national de sécurité civile (PNSC) et en cohérence avec les orientations 1, 2 et 5 de la Politique ministérielle de sécurité civile (PMSC), le MSSS et les établissements ont la responsabilité de coordonner le déploiement de la mission Santé et d'assurer le maintien de leurs services essentiels. Consolider les mécanismes de base en sécurité civile de façon à ce que l'établissement puisse assumer son rôle dans le déploiement de la mission Santé du PNSC. À cet effet, l'établissement doit : • 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.	Attente reportée par le MSSS en 2020-2021

08.2 Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux	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. À cet effet, l'établissement doit maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation. Ensuite, l'établissement doit mettre en place ou maintenir un comité formé de représentants de toutes les directions et programmes pour les travaux de gestion des risques en sécurité civile. L'établissement doit également déterminer, en fonction de son appréciation et de ses préoccupations, la portée retenue pour circonscrire le processus de la gestion des risques. Finalement, l'établissement doit compléter la phase d'appréciation des risques du processus, selon la portée retenue par l'intermédiaire d'un formulaire dans le système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED).	Attente reportée par le MSSS en 2020-2021
08.3 Plan de continuité des activités – Santé et Services sociaux	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 : • 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. L'établissement doit compléter un formulaire dans le système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED). L'établissement doit également fournir dans un document les actions qui ont été menées jusqu'à maintenant pour lancer le projet d'élaboration d'un plan de continuité des activités.	Attente reportée par le MSSS en 2020-2021

08.4 Révision des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue 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 l'établissement, élaboré 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 monsieur Iannick Martin « iannick.martin@msss.gouv.qc.ca ». Un fichier doit être produit par l'établissement.

Attente reportée par le MSSS en 2020-2021

SECTION IX : Technologies de l'information

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
09.2 Maintien des dispositions de la directive sur la cybersécurité (9.2)	Conformément à la directive sur la cybersécurité, l'établissement devra se conformer à ses dispositions. Ces attentes spécifiques seront incluses dans l'outil permettant de faire la reddition de comptes en sécurité de l'information demandée chaque année dans le bilan de sécurité de l'information.	Attente reportée par le MSSS en 2020-2021

Engagements annuels 2019-2020

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

Légende

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

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement (2019-2020)	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique - Cancérologie			
Plan stratégique 19-23			
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	82,1 %	90 %	74,3 %
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier	97,1 %	100 %	95,5 %

Commentaires :

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

1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier

Les engagements sont non atteints.

La fin de l'année s'est déroulée dans un contexte de pandémie de la COVID-19. La pandémie a contraint à une réorganisation des blocs opératoires et à une révision des listes d'attentes de chacun des chirurgiens ainsi que pour le niveau de priorité. De plus, dans ce contexte de pandémie, certains usagers ont refusé de se présenter.

Pour le reste de l'année, les blocs opératoires du CISSS de la Montérégie-Est ont connu des difficultés au regard de la disponibilité des ressources (professionnelles et médicales).

Afin de surveiller la situation et la corriger rapidement, le CISSS s'est doté d'un comité de vigilance en chirurgie afin de prioriser les activités chirurgicales.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement (2019-2020)	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique - 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 Clostridium difficile (DACD)	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 Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)	100 %	100 %	100 %
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	100 %	100 %	50 %
Plan stratégique 15-20 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	60,3 %	80 %	62,1 %

Commentaires :

1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse

L'engagement est non atteint.

Deux hôpitaux, sur les trois que compte le CISSS de la Montérégie-Est, ont une unité d'hémodialyse : l'Hôpital Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe et l'Hôtel-Dieu de Sorel. L'unité d'hémodialyse de l'Hôtel-Dieu de Sorel a un taux d'infections nosocomiales plus élevé que la moyenne provinciale et régionale, tandis que l'unité de l'Hôpital Honoré-Mercier est conforme. Ce qui explique le taux de 50 % d'atteinte.

L'unité de l'Hôtel-Dieu de Sorel étant très petite, il ne faut pas beaucoup de cas pour dépasser le taux de conformité : à deux cas, la cible est égale ou même dépassée.

Le Programme québécois des soins sécuritaires (PQSS) concernant l'hémodialyse est implanté et complété à l'unité d'hémodialyse de l'Hôtel-Dieu de Sorel. Toutefois, avec les résultats de cette année, les cogestionnaires remettront à jour le plan d'action, compte tenu, entre autres, de l'arrivée de nouveaux employés dans ce secteur. Un suivi sera aussi fait avec la Direction des soins infirmiers et la Direction adjointe programme santé physique médecine, programmation et regroupement clientèles.

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

L'engagement est non atteint.

Les médecins sont moins diligents que les infirmières ou les préposés aux bénéficiaires concernant le lavage de mains.

L'établissement s'améliore d'année en année et avec la venue de la COVID-19, l'organisation espère atteindre l'objectif en 2020-2021.

Les mesures correctrices mises en place comprennent :

- Un rappel sur le lavage efficace et au bon moment effectué auprès du personnel.
- Le renforcement des meilleures pratiques sur l'hygiène des mains.

L'établissement note une amélioration du taux de conformité de 1,8 point de pourcentage par rapport aux résultats de l'exercice précédent.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement (2019-2020)	Résultat au 31 mars 2020
Services généraux - Activités cliniques et d'aide			
1.02.07-EG2 Pourcentage de réfugiés ayant bénéficié de l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique dans un délai de 30 jours	100 %	0 %	100 %

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement (2019-2020)	Résultat au 31 mars 2020
Soutien à domicile de longue durée (SAD)			
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	N/D	1 066 336 heures	1 192 805 heures
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)	8 064	7 258	7 943
Plan stratégique 15-20 1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	93,1 %	90 %	81 %

Commentaires :

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

L'engagement n'est pas atteint.

En lien avec la pandémie de la COVID-19, il y a eu délestage d'activités, les postes libérés non pas été remplacés. Comme mesure correctrices, le CISSS a consolidé ses stratégies de recrutement pour doter les postes vacants. Par rapport à l'année dernière 2018-2019, on note une détérioration de 12,1 point de pourcentage.

À partir de la dernière période financière de 2019-2020 (P13), les données sont extraites à l'aide de rapports automatisés, en date du 13 mai 2020 pour la période 1. Le ministère de la Santé et des Services sociaux met à la disposition de l'ensemble des établissements du réseau de la santé du Québec, une génération de rapports automatisés qui standardise l'extraction des données à travers le réseau, et permet d'épargner d'importants efforts de la part de chaque CIUSSS et CISSS.

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 les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	0 %	100 %	Cet engagement a été retiré par le MSSS
Plan stratégique 15-20 1.03.07.01-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	0 %	100 %	Cet engagement a été retiré par le MSSS
Plan stratégique 15-20 1.03.07.02-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	0 %	100 %	Cet engagement a été retiré par le MSSS
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 %	Cet engagement a été retiré par le MSSS
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	76,7 %	75 %	79 %
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	96,8 %	95 %	92,7 %

Commentaires :

1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention

Avec un écart de 2,3 point de pourcentage, l'engagement est presque atteint.

On compte 12 CHSLD sur 16 qui atteignent ou dépassent l'engagement de 95 %. Dans la presque totalité (15/16) des CHSLD, les résultats se sont légèrement détériorés ou sont demeurés stables par rapport à l'année dernière. Les 4 autres CHSLD présentent une baisse du pourcentage d'usagers hébergés en CHSLD qui ont une évaluation à jour et un plan d'intervention. Il s'agit des centres d'hébergement suivants : De Lajemmerais (-6,6 %), Andrée-Perrault (-14 %), Marguerite-Adam (-14,3 %) et de Montarville (-21,4 %).

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement (2019-2020)	Résultat au 31 mars 2020
Déficiences			
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	94,9 %	94,9 %	96,2 %
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	97,8 %	98 %	98,9 %
Plan stratégique 19-23 1.45.45.05 - Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais	N/A	90 %	100 %
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	84 %	90 %	97,9 %
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/A	54 places	195 places

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement (2019-2020)	Résultat au 31 mars 2020
Jeunes en difficulté			
Plan stratégique 15-20 1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	7,87 %	7 %	8,48 %

Commentaire :

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

L'engagement est non atteint.

Parmi les mesures mises en place, une intensification des interventions et une réduction des listes d'attente pour un premier service en CLSC ou dans la communauté. On note une augmentation des signalements reçus par rapport à l'année précédente.

Une détérioration de 0,61 point de pourcentage est notée par rapport à l'année précédente.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement (2019-2020)	Résultat au 31 mars 2020
Dépendances			
Plan stratégique 15-20 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	92,1 %	90 %	92,9 %
Plan stratégique 19-23 1.07.07 - Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	N/A	1 338	1 075

Commentaires :

1.07.07 - Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance

L'atteinte de l'engagement est à 80,34 %.

Le CISSS a mis en place les mesures correctrices suivantes :

- Déploiement d'une équipe spécifique en dépendance;
- Poursuite des interventions pour l'application conforme du cadre normatif touchant les interventions en dépendance;
- Mise en place d'un système de vigie pour s'assurer du respect de l'application conforme du cadre normatif en dépendance.

Des démarches en cours avec le MSSS et les archivistes afin d'élaborer un tableau de bord qui permettra de faire un suivi (continu) périodique, en temps réel.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement (2019-2020)	Résultat au 31 mars 2020
Santé mentale			
Plan stratégique 15-20 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	606,6 places	704 places	631,8 places
Plan stratégique 15-20 1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	266,4 places	247 places	266,4 places

Commentaires :

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

L'engagement est non atteint.

À la fin de l'année (période P13), le nombre de places en soutien d'intensité variable (1.08.13) est de 631 soit 89,7 % d'atteinte de la cible de 704 conséquemment du manque de ressources humaines en raison d'absences pour maladie ou de congé de maternité.

Pour 2020-2021, un plan d'action sera mis en œuvre.

En soutien d'intensité variable (SIV), en 2019-2020, on note une augmentation de 25 usagers par rapport à 2018-2019.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement (2019-2020)	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique - Urgence			
Plan stratégique 19-23 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	16,89 heures	12 heures	16,21 heures
Plan stratégique 19-23 1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	253	145	227
Plan stratégique 15-20 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	47,9 %	85 %	50,4 %
Plan stratégique 15-20 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	49,6 %	85 %	53,2 %

Commentaire :

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

1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire

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

ET

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

Les engagements ne sont pas atteints.

Les travaux entrepris l'an dernier qui se sont poursuivis en cours d'année ont permis d'améliorer un peu les résultats dans les quatre indicateurs de l'urgence. Toutefois, la pénurie de personnel, la difficulté d'accéder à des lits de courte durée et enfin la pandémie de la COVID-19 sont venues limiter l'amélioration des résultats.

Afin de soutenir l'atteinte des résultats, le CISSS s'est engagé dans de nombreux projets vis-à-vis de l'attraction et de la rétention de la main-d'œuvre ainsi que les travaux de la nouvelle urgence à l'Hôpital Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement (2019-2020)	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique – 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	1458 usagers	1700 usagers	1603 usagers
Plan stratégique 15-20 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	57 lits	57 lits	57 lits
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	18,1 %	20,2 %	23,6 %

CROISSANCE
ET SAINTE
GESTION

Commentaires :

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

L'engagement est non atteint.

Le résultat à la fin de l'année (période P13) atteint à 97,3 % de l'engagement et on note une augmentation de 10 % du nombre d'usagers en soins palliatifs de fin de vie à domicile par rapport à l'an dernier.

Le nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile peut varier en fonction du nombre de demandes.

Il n'y a aucune attente pour le programme, le CISSS poursuit la promotion du programme auprès des référents.

65

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement (2019-2020)	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique – Soins palliatifs et de fin de vie			
Plan stratégique 19-23 1.09.49-PS Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisé à l'intérieur des délais (Priorités A-B-C-D-E)	N/A	80 %	74,2 %

Commentaires :

1.09.49-PS Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisé à l'intérieur des délais (Priorités A-B-C-D-E)

L'engagement est atteint à 92,8 % à la fin de l'année (période P13).

La cible au global est presque atteinte. Les données historiques sont peu comparables en raison du découpage par phase des spécialités visées par l'Accès priorisé aux services spécialisés (harmonisation clinique) et leur déploiement au sein des mécanismes d'accès (Centre de répartition des demandes de service de la Montérégie).

En ce qui concerne l'indicateur 1.09.49, qui remplace les indicateurs 1.09.49.01 et 1.09.49.02, ces deux indicateurs prévus dans l'entente de gestion et d'imputabilité ont été fusionnés ou unifiés.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement (2019-2020)	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique – Services de première ligne			
Plan stratégique 15-20 1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)	20 GMF	20 GMF	20 GMF
Plan stratégique 19-23 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	78,63 %	85 %	79,23 %
Plan stratégique 19-23 1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	304 513	321 848	374 893
Plan stratégique 15-20 1.09.48-PS Nombre total de groupes de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	1 GMF-R	1 GMF-R	1 GMF-R

Commentaire :

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

L'engagement est non atteint.

Trois principaux facteurs qui expliquent ce résultat :

- La priorisation de la couverture médicale des urgences et des hospitalisations aux dépens de la prise en charge de la population;
- Les départs à la retraite des médecins;
- L'ajustement annuel de la cible en lien avec l'accroissement de la population apporte une pression accrue sur l'atteinte des résultats.

Il manque 85 médecins de famille dans le CISSS pour atteindre un tel objectif. Dans le contexte actuel, les départs à la retraite sont plus élevés que l'arrivée de nouveaux médecins dans le RLS Pierre-De Saurel, mais égaux dans le RLS Pierre-Boucher. Le RLS Richelieu-Yamaska a déjà atteint son objectif de 85 % et devrait être en mesure de le maintenir si les Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) demeurent au même niveau que 2019-2020.

Il y a eu une légère hausse de 0,6 point de pourcentage par rapport à l'année précédente.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement (2019-2020)	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique - Chirurgie			
Plan stratégique 15-20 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies	5 demandes	0 demande	123 demandes
Plan stratégique 19-23 1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	683	794	1 387

Commentaires :

1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies

ET

1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois

Les engagements sont non atteints.

Parmi les 123 chirurgies en attente depuis plus d'un an, 110 chirurgies sont en attente à l'Hôpital Pierre-Boucher, soit 90 % de celles-ci. Dès le début de la pandémie, il y a eu la fermeture des salles pour le bloc opératoire et la chirurgie mineure dans les 3 RLS. Les activités urgentes, semi-urgentes et oncologiques seulement ont été maintenues.

Comme mesures correctrices mises en place, on retrouve :

- Suivi rigoureux des indicateurs en salle de pilotage tactique du Programme clientèle de chirurgie;
- Travaux intensifs pour augmenter la disponibilité de la main-d'oeuvre et favoriser l'ouverture des salles d'opération;
- Suivi quotidien des listes d'attentes effectué à la Centrale de gestion des listes d'attente en chirurgies (CGLAC);
- Implication et sensibilisation de l'équipe chirurgicale face à leurs listes d'attente (envoi chaque 3 mois à chacun des chirurgiens et chaque 1er du mois pour la liste d'attente en oncologie);
- Rencontre avec le chef du département de chirurgie du CISSS pour établir les différentes stratégies concernant la main-d'oeuvre;
- Suivi en comité de bloc opératoire. Enjeux de main-d'oeuvre;
- Mise en place du comité de vigilance CISSS et dans chacun des RLS pour la surveillance et la priorisation des activités chirurgicales. Consultation téléphonique et priorisation selon l'avis du chirurgien;
- Ouverture des salles blocs opératoires et chirurgie mineure selon l'évolution de la pandémie.

Au 31 mars 2019, cinq chirurgies étaient en attente.

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement (2019-2020)	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique – Imagerie médicale			
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	29,2 %	50 %	31,4 %
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 %	95,5 %
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100 %	100 %	100 %
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	28,5 %	50 %	51,8 %
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	99,5 %	100 %	97 %
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	68,6 %	65 %	59,5 %
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	94,2 %	100 %	97,7 %
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	88,5 %	100 %	71,9 %

Commentaires :

1.09.34.02-PS Pourcentage de demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies

L'engagement est non atteint. Un site sur trois atteint la cible à 100 % (celui de l'Hôpital Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe).

De façon générale, les résultats obtenus reflètent l'historique et l'évolution de la situation au CISSS de la Montérégie-Est. Les principaux secteurs en écart de résultats sont l'échographie cardiaque et la scopie alors que l'établissement est performant dans plusieurs modalités. En scopie, la comparaison entre les deux années s'avère impossible, les modalités de reddition de compte par rapport aux procédures d'intervention ont été modifiées par le MSSS. Il est à noter que les données incluses dans l'entente de gestion sont uniquement pour la clientèle sélectionnée; la priorisation des examens s'effectue également en considérant les patients hospitalisés et provenant de l'urgence (admis).

1.09.34.03-PS Mammographies diagnostiques

L'engagement est non atteint. Il y a une légère diminution. Un site sur deux atteint la cible à 100 %, voir l'Hôpital Pierre-Boucher à Longueuil. Un plan d'action est en cours à l'Hôpital Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe pour l'augmentation de plages de rendez-vous.

1.09.34.06-PS Échographies mammaires

L'engagement est non atteint. Il y a une légère diminution. La cible de 100 % est atteinte pour deux sites sur trois, à l'Hôpital Pierre-Boucher et à l'Hôtel-Dieu de Sorel.

1.09.34.07-PS Autres échographies

L'engagement est non atteint. Il y a une légère diminution. La cible est atteinte pour 2 sites sur 3, à l'Hôtel-Dieu de Sorel (97,6 %) et à l'Hôpital Pierre-Boucher (72,3 %).

1.09.34.08-PS Tomodensitométrie

L'engagement est atteint à 97 % (supérieur à la moyenne provinciale de 86 %)

1.09.34.09-PS Résonances magnétiques

L'engagement est non atteint. Jusqu'en P10 les résultats sont demeurés stables à 84 % (et supérieur à la moyenne provinciale de 66 %). En P13, le résultat de 72 % représente une détérioration de 12 %.

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 %

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement (2019-2020)	Résultat au 31 mars 2020
Ressources humaines			
Plan stratégique 15-20 3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	8 %	7,90 %	8,06 %
Plan stratégique 19-23 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	4,90 %	4,66 %	6,39 %
Plan stratégique 19-23 3.06.00-PS Taux de recours à la main- d'œuvre indépendante	3,04 %	2,78 %	3,12 %
Plan stratégique 19-23 3.05.03 - Ratio de présence au travail	N/A	90,60 %	90,54 %

Commentaires :

3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire

L'engagement est atteint à 98 %.

Un plan d'action organisationnel et des plans d'action par direction adjointe ont été réalisés. Des sommes significatives sont investies en prévention. La rigueur dans la prévention et la gestion figurent parmi les clés du succès.

L'hiver et le printemps furent difficiles en termes de disponibilité de ressources pour certains secteurs et titres d'emploi. Le développement de services et un faible accroissement des ressources demeure un risque d'impact sur le ratio d'assurance-salaire et la pandémie a aggravé le taux d'invalidité du personnel.

Un rehaussement de la structure de poste a été autorisé pour diminuer la charge de travail des professionnels en gestion des invalidités et assurer un meilleur suivi. Trois conseillères en soins infirmiers seront également ajoutées afin d'avoir un regard clinique et deux agents de gestion du personnel à l'équipe régulière. Notons aussi, l'ajout d'un agent de gestion du personnel au sein de l'équipe pour favoriser la gestion des retours au travail et collaborer au suivi des absentéismes chroniques. Une ergothérapeute est entrée en poste pour la coordination des retours au travail durables et soutenus. Toutes les actions retenues dans le plan d'utilisation des sommes associées aux Mesures visant à prendre soin du personnel devraient soutenir l'organisation dans l'amélioration de cet indicateur. L'actualisation de ces mesures se fait progressivement. Un délai a été constaté dû au contexte de la pandémie.

3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires

L'engagement est non atteint. Il y a une augmentation du taux dans les deux cas (TSO et TS requis).

Le rehaussement des postes se poursuit. Une entente de titularisation avec la CSN pour les PAB a été signée pour aider à la situation. Des négociations sont en cours avec l'APTS avec le même objectif. De plus, des travaux de rehaussement des postes à temps partiels se poursuivent avec la FIQ afin d'atteindre les cibles de postes à temps complet fixées dans les lettres d'ententes locale et nationale.

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

L'engagement n'est pas atteint.

L'atteinte de la cible sera difficile, car il y a davantage de sollicitations de la main-d'œuvre indépendante (MOI) afin de pallier à la pénurie et les besoins accrus de main-d'œuvre liés au développement.

Plus de 600 embauches régulières ont été effectuées depuis le 13 mars 2020. Ceci aura potentiellement un impact sur le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante. Les efforts en matière de rehaussement aideront également à diminuer le recours à la MOI.

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)	57,7 %	75 %	61 %
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	45 %	100 %	N/D

CROISSANCE
ET SAINTE
GESTION

Commentaires :

Indicateurs Multiprogrammes

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

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

L'engagement n'est pas atteint. Amélioration de 3,3 point de pourcentage par rapport à 2018-2019.

71

AUTRES RÉSULTATS

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2020
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	930
Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	23 040
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	1 276 248
Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins	63,4



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

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

L'agrément

Notre établissement a reçu la visite de l'organisme Agrément Canada du 29 septembre au 4 octobre 2019 dans le cadre du nouveau cycle d'agrément de cinq ans, soit 2018-2023. Les séquences 1 et 2 de 5 ont été appréciées par les visiteurs. Ces séquences comprennent les cahiers de normes et les manuels d'évaluation suivants :

Normes de la séquence 1

- Gouvernance;
- Leadership;
- Santé publique (visite sous la responsabilité du CISSS de la Montérégie-Centre);
- Gestion des médicaments;
- Prévention et contrôle des infections;
- Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables.

Normes de la séquence 2

- Programme — services jeunesse;
- Programme — services santé mentale et dépendance.

Au terme de cette visite, l'établissement constate qu'elle fut très positive avec un taux de conformité à 98,4 % pour la séquence 1 et un taux de conformité à 98,6 % pour la séquence 2. Toutefois, il faut considérer les améliorations demandées par Agrément Canada. Ces améliorations touchent deux pratiques organisationnelles requises (POR) pour la séquence 2. Elles sont identifiées dans les manuels d'évaluation suivants :

- Programme — services jeunesse (Ch.2 : 1.73.2, 1.73.3, 1.73.4);
- Programme — services santé mentale et dépendance (Ch.3 : 1.67.5 et Ch.4 : 1.47.5).

Dans le contexte de la pandémie COVID-19, les activités d'Agrément Canada ont été suspendues dès le 13 mars, et ce, jusqu'au 30 septembre 2020. Le CISSS de la Montérégie-Est maintient son statut « agréé » jusqu'au 31 décembre 2023.

Le CISSS de la Montérégie-Est soutient les efforts de toutes les équipes d'amélioration continue de la qualité dans le but d'atteindre la conformité aux normes d'Agrément Canada et aux pratiques organisationnelles requises afin d'assurer une prestation de soins et de services sécuritaire et de qualité.

Dans le cadre du cycle d'agrément 2018-2023, cinq sondages doivent être réalisés au sein de l'établissement et quatre d'entre eux ont été effectués dans les deux dernières années :

- Sondage sur la gouvernance (2018);
- Sondage Pulse (médecins) sur la qualité de vie au travail (mai 2019);
- Sondage sur la culture de sécurité des usagers (mai-juin 2019);
- Sondage sur la mobilisation du personnel (février-mars 2020).

Les résultats de ces différents sondages font l'objet de plans d'action qui s'insèrent dans la culture d'amélioration continue comme étant une priorité organisationnelle de l'établissement.

Le cinquième et dernier sondage requis, sondage sur l'expérience usager, sera mis en place dans un proche avenir.

Agrément des maisons de soins palliatifs

En septembre 2019, le CISSS de la Montérégie-Est a effectué la visite annuelle des maisons de soins palliatifs suivantes : Maison Victor-Gadbois et Maison Source Bleue. À la suite des résultats d'audits, le CISSS a recommandé au ministère de la Santé et des Services sociaux, en décembre 2019 et mars 2020, que leur agrément soit maintenu conformément au Cadre de référence sur les mécanismes de surveillance de la qualité des soins dans les maisons de soins palliatifs de notre territoire.

La sécurité et la qualité des soins et des services

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

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

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

- Poursuite de la diffusion et de la consolidation de la connaissance des différents outils de gestion intégrée des risques par les équipes;
- Centralisation d'une boîte à outils en gestion des risques, disponible à tous;
- Consolidation de la connaissance du Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS);
- Trois cent trente-cinq employés et gestionnaires ont reçu la formation relative à la déclaration d'un événement indésirable;
- Vingt-huit gestionnaires ont reçu la formation sur l'analyse d'un événement indésirable.

Loi de Vanessa

Dans le cadre de l'entrée en vigueur de la Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses, également appelée Loi de Vanessa, le 16 décembre 2019, le CISSS de la Montérégie-Est a mis en place un processus de déclaration des réactions indésirables graves aux médicaments (RIM) et des incidents liés aux instruments médicaux (IIM) pour ses trois hôpitaux. Tout professionnel de la santé en lien avec le patient et ayant constaté la RIM grave ou l'IIM, doit effectuer la déclaration à Santé Canada dans les 30 jours civils à partir de la documentation de la réaction ou de l'incident au dossier du patient.

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

Tableau comparatif des événements déclarés

	2018-2019		2019-2020	
	Nb	%	Nb	%
Événements déclarés				
Nb total d'événements déclarés	28 777	100 %	28 328	100 %
Incidents	1 534	5,33 %	1 398	4,94 %
Accidents	27 243	94,67 %	26 930	95,06 %

Note : Nombre de déclarations pour l'année 2019-2020 au 10 juin 2020. L'établissement a jusqu'au 1^{er} août 2020 pour comptabiliser les données de 2019-2020.

Incidents de gravité A et B 2019-2020		
	Nb	% de l'ensemble des événements
Total des événements A et B déclarés	1 398	4,94 %
Nature des trois principaux types d'incidents de gravité A et B		
Autres types d'événements	215	0,76 %
Problème de retraitement des dispositifs médicaux (RDM)	275	0,97 %
Erreur de médicaments	478	1,69 %
Accidents de gravité C à I 2019-2020		
	Nb	% de l'ensemble des événements
Total des événements C à I déclarés	26 589	95,06 %
Nature des trois principaux types d'accidents de gravité C à I		
Autres types d'événements	3 104	11 %
Erreur de médicaments	7 823	28 %
Chutes	11 971	42 %

Note : Nombre de déclarations pour l'année 2019-2020 au 10 juin 2020. L'établissement a jusqu'au 1^{er} août 2020 pour comptabiliser les données de 2019-2020.

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

Une équipe de conseillers à la gestion intégrée de la qualité soutien et accompagne, de façon continue, les gestionnaires dans l'appropriation de leurs rôles et responsabilités en matière de sécurité des usagers et de gestion des risques. Cette gestion globale, proactive et continue des risques de toute nature, dans tous les secteurs d'activités et à tous les niveaux hiérarchiques de l'organisation a été favorisée afin de gérer les risques et d'améliorer la sécurité.

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

- Suivi des risques identifiés au registre des risques organisationnels 2020-2023;
- Suivi régulier des indicateurs reliés aux chutes;
- Mise en œuvre du projet « Caucus qualité » en lien avec les chutes dans les 16 CHSLD de l'établissement. Ce projet vise l'implantation de caucus qualité/sécurité pour une réduction des chutes et une contribution à l'amélioration de la qualité et de la sécurité au quotidien;
- Suivi régulier des indicateurs reliés aux événements indésirables du circuit du médicament;
- Mise en place d'actions d'amélioration dans les unités de soins en santé mentale à la suite d'une analyse prospective concernant l'accessibilité aux objets dangereux ou pouvant causer des blessures;
- Analyse des risques sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) des usagers vivant en CHSLD et mise en place de mesures d'amélioration;
- Soutien apporté en continu aux équipes de soins et de services pour le traitement et l'analyse des événements sentinelles (EVS);
- Développement d'un tableau de bord de suivi des recommandations en lien avec les événements sentinelles;
- Présentation des résultats du sondage sur la culture de sécurité et du sondage Pulse afin d'émettre des recommandations au conseil d'administration.

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

Le Comité de coordination clinique, ainsi que le Comité de prévention et contrôle des infections stratégique du CISSS de la Montérégie-Est ont travaillé de concert afin de poursuivre les objectifs élaborés dans le programme de prévention et du contrôle des infections.

La campagne d'hygiène des mains s'est poursuivie afin de recueillir des signatures d'engagement à effectuer une hygiène des mains aux moments opportuns par les travailleurs de la santé et par la population. De plus, des audits bisannuels se sont poursuivis cette année.

Des rapports ont été produits aux différents directeurs et des plans d'action ont été élaborés afin de poursuivre l'atteinte de l'objectif ministériel du taux attendu de 80 %.

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

1. Rédaction d'un aide-mémoire pour les punaises de lit;
2. Création d'un logigramme d'utilisation d'une chambre à pression négative;
3. Révision des rapports d'événements à risque infectieux avec recommandations;
4. Mesures de prévention et du contrôle des infections en soins palliatifs;
5. Création d'un formulaire d'enquête épidémiologique – bactériémie et tableau de déclaration de bactériémie;
6. Rédaction d'une procédure de nettoyage et désinfection en radiologie et en hémodialyse;
7. Mise en place d'un processus d'enquête pour les cas COVID-19.

Par ailleurs, plusieurs surveillances sont obligatoires par le MSSS, mais le CISSS a décidé de poursuivre la surveillance d'autres processus définis dans le programme de prévention et du contrôle des infections, notamment :

1. Audits environnementaux;
2. Audits des services alimentaires;
3. Surveillance de l'infection reliée aux chantiers de construction;
4. Dépistage systématique de bactéries multi résistantes à l'admission;
5. Surveillance des pneumonies acquises sous ventilation;
6. Surveillance de l'infection reliée aux sites opératoires (Hôpital Honoré-Mercier).

Afin de préparer l'établissement à faire face à la pandémie mondiale de la COVID-19, le CISSS de la Montérégie-Est s'est doté d'un mécanisme de coordination.

1. Mise en place d'une équipe d'auditeurs et de formateurs (Swat team);
2. Mise en place d'une équipe d'enquêtes dédiées;
3. Mise en place d'une PCI stratégique avec une veille scientifique;
4. Mise en place d'une communication quotidienne des nouveautés en matière de PCI;
5. Étroite collaboration en cogestion médicale;
6. Rédaction de lignes directrices adaptées pour chaque milieu.

De plus, l'établissement participe au programme FORCES dont le projet de la dernière année a pour objectif d'améliorer les services offerts par l'unité de retraitement des dispositifs médicaux dans l'organisation. Par ce projet, l'instauration d'un processus d'amélioration continue permet d'avoir une assurance qualité du processus de retraitement.

La prévention et le contrôle des infections demeurent une préoccupation constante pour l'organisation.

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

Le conseil d'administration a adopté les documents d'encadrement suivants :

- Règlement relatif à l'encadrement des mesures de contrôle à l'égard des usagers;
- Protocole d'application des mesures de contrôle en milieu hospitalier, en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et en unité de réadaptation fonctionnelle et intensive (URFI);
- Protocole d'application des mesures de contrôle dans les unités de réadaptation et les foyers de groupe de la direction adjointe du programme jeunesse – hébergement (DAPJ-H);
- Protocole d'application des mesures de contrôle dans les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF) de la Direction adjointe du programme jeunesse – services psychosociaux dans la communauté et partenariat (DAPJ-SPCP) et du service adoption de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ);
- Protocole d'application des mesures de contrôle à l'établissement de détention de Sorel-Tracy.

L'application de ces protocoles vise la mise en place des meilleures pratiques cliniques, et ce, dans une perspective de collaboration interdisciplinaire, d'une prestation de soins et services de qualité et sécuritaires et en respect des obligations législatives et professionnelles. Ces protocoles font partie intégrante d'un projet stratégique dont le déploiement est prévu pendant l'année 2020-2021.

Mesures de contrôle

Volet hospitalier

Le taux de mesure de contrôle dans les hôpitaux du CISSS de la Montérégie- Est en passé de 5,2 % en 2019 à 4 % en 2020. En milieu hospitalier, tout comme l'an dernier, une mesure de prévalence relative à l'utilisation des mesures de contrôle a été effectuée selon laquelle nous constatons une faible utilisation des contentions. Nous notons une augmentation de l'utilisation des contentions à l'Hôtel-Dieu de Sorel et une diminution à l'Hôpital Honoré-Mercier. L'utilisation des ridelles représente 67 % des contentions utilisées suivie par 24 % pour la ceinture pelvienne. Considérant le contexte de pandémie de la COVID-19, la mesure de prévalence n'a pu être réalisée à l'Hôpital Pierre-Boucher.

Volet hébergement

Dans les 16 CHSLD du CISSS de la Montérégie-Est, le taux de mesures de contrôle était de 9,4 % en 2019 à 9 % en 2020. Malgré le profil de la clientèle présentant une perte d'autonomie fonctionnelle et des risques de chutes imminentes, le taux d'utilisation des mesures de contrôle est demeuré bas dans les centres d'hébergement de l'établissement ce qui est excellent. Des mécanismes de vigie et d'encadrement du personnel en lien avec la recherche de mesures de remplacement à une mesure de contrôle ont été mis en œuvre par une approche collaborative en partenariat avec l'équipe soignante et les services professionnels. En conséquence, le souci de limiter de façon minimale et exceptionnelle la liberté et l'autonomie de la personne guide l'intervention et c'est pour cette raison que l'approche de l'application des mesures alternatives est prônée et préconisée au sein de l'organisation.

Cette clientèle est prise en charge par une équipe interdisciplinaire qui évalue rigoureusement leurs besoins ainsi que toutes les alternatives à la contention.

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

		2018-2019	2019-2020
Jours présence		134 264	137 849
Nombre de jeunes hébergés		848	947
Fugues	Nombre de fugues	1498	1693
	Nombre de fugeurs différents	226	261
	Ratio (fug./j.héb. diff.)	26,7 %	27,6 %
Isolements	Nombre d'isolements	3382	4572
	Nombre de jeunes différents	178	217
	Ratio (j. iso./j. héb. diff.)	21 %	23 %
Contentions	Nombre de contentions	4256	8106
	Nombre de jeunes différents	233	254
	Ratio (j. con./j. héb. diff.)	27,5 %	26,8 %
Encadrement intensif	Nombre d'admissions en E.I.	200	164
	Nombre de jeunes différents	116	121
	Ratio (j. e.i./j. héb. diff.)	13,7 %	12,8 %

Le phénomène de la fugue

Le nombre de fugues en 2019-2020 est légèrement en hausse comparativement aux fugues répertoriées en 2018-2019; toutefois cette augmentation est proportionnelle à celle du nombre de jeunes hébergés. Les données relatives aux fugues sont cependant stables d'année en année, soit le nombre de fugues réalisées par les « fugeurs chroniques » (entre 70 % et 75 % du nombre total de fugues), le nombre de fugues de moins de 24 h (entre 75 % et 80 % du nombre total de fugues) et le nombre de jeunes hébergés qui expérimentent la fugue (entre 20 % et 25 %).

Les actions pour contrer les fugues se sont poursuivies tout au cours de l'année et sont dorénavant inscrites dans les interventions à préconiser auprès de la clientèle hébergée, qu'elle présente ou non une problématique de fugue chronique.

Le recours aux mesures d'isolement et de contention

Le recours aux mesures de contrôle, plus précisément l'isolement et la contention, est en hausse significative si on le compare à celui de l'année 2018-2019. Une augmentation de 34,5 % des mesures d'isolement et 90 % des mesures de contention est dénotée. Cette forte augmentation, notamment en ce qui concerne les mesures de contentions, s'explique en grande partie par le phénomène des jeunes qui se « donnent des coups à la tête ». Ce comportement d'automutilation, jugé à très haut risque de complications pour le jeune (commotion cérébrale), doit rapidement être arrêté par le personnel, et ce, afin de protéger le jeune contre lui-même. Cette problématique suscite de vives inquiétudes et diverses actions sont mises en place afin de mieux comprendre pour mieux intervenir. Le capitonnage des salles de retrait (travaux en cours) permettra également d'éviter de nombreuses mesures de contention.

Par ailleurs, tant en regard des mesures d'isolement que celles de contention, un constat demeure : un très petit nombre de jeunes hébergés (2 %) s'accapare un très grand nombre de mesures, soit 68 % des mesures d'isolements et 69 % des mesures de contentions.

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

		2018-2019	2019-2020
Nombre de jeunes différents hébergés en RI et RTF	Total	1521	1491
Mesures de contention RI/ RTF	Cumulatif	102	97

En 2019-2020, nous avons observé une légère baisse du nombre de contentions en ressources intermédiaires. Comme l'an dernier, les contentions appliquées concernent un petit nombre de jeunes, soit 12. À l'analyse il a été constaté que chez certains enfants, il s'agit d'un épisode circonscrit dans le temps, qui est en lien avec un événement particulier, où après intervention, celui-ci s'apaise et répond positivement à l'intervention; alors que pour d'autres nous constatons que leurs besoins sont plus grands et nécessitent davantage d'encadrement. Par conséquent, certains ont fait l'objet d'un déplacement vers une unité de réadaptation interne. L'analyse de chacun de ces événements est systématique et permet d'ajuster les stratégies d'intervention lorsque requis.

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

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

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

Accessibilité des services

Afin de répondre aux cinq recommandations émises par la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services concernant l'accessibilité des services, un suivi a été fait concernant le triage à l'urgence pour qu'un plan détaillé du partage des rôles et responsabilités du personnel infirmier à l'urgence soit mis en place afin d'assurer une évaluation adéquate des usagers avant la prise en charge médicale. Une autre mesure a été mise en place en lien avec la remise d'un billet de courtoisie aux usagers lorsque le délai de rendez-vous n'est pas respecté. De plus, un suivi a été fait quant à l'importance d'aviser la centrale de rendez-vous lorsqu'un usager ne peut se rendre à un rendez-vous en clinique externe en lien avec un séjour à l'urgence. L'établissement a poursuivi sa démarche réflexive sur l'attribution des priorités aux centres de prélèvements du territoire, impliquant les gestionnaires, les agentes administratives et tout autre partenaire pertinent à la suite de la recommandation de la Commissaire.

Aspect financier

En réponse aux 85 recommandations émises par la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services concernant des plaintes touchant des aspects financiers, la facturation à des non-résidents du Québec, en lien avec la visite à l'urgence d'une usagère a été renversée. La facturation pour des frais d'ambulance a été renversée, à la suite d'une recommandation. De plus, une procédure claire lors de la déclaration d'un usager en soins prolongés à l'hôpital (fin de soins actifs), incluant une communication à l'usager et à la famille quant aux frais associés a été élaborée. Finalement, des frais pour une chambre individuelle ont été annulés, puisque l'usager a laissé sa chambre afin d'accommoder une personne en fin de vie.

Droits particuliers

L'établissement a répondu à trois recommandations quant aux droits des particuliers. L'établissement a mis en place différentes mesures dont la formalisation du processus d'évaluation du risque de chute, à l'urgence en poursuivant l'implantation de la règle de soins sur l'évaluation du risque de chute. En lien avec les communications avec les usagers, les agentes administratives de l'accueil à l'urgence continuent d'encourager les familles à se présenter à l'urgence pour avoir des nouvelles de leur proche. Si une famille ne peut se déplacer, les agentes doivent diriger l'appel à l'infirmière afin que celle-ci assure le suivi. De plus, une communication est maintenant effectuée afin que les résidents et leurs familles soient avisés lors d'un changement de médecin. Finalement, en lien avec l'encadrement des intervenants, des ateliers de sensibilisation pour le personnel soignant concernant la civilité et les comportements à adopter ont été mis en place afin de prévenir l'escalade d'anxiété chez les patients et les familles de l'urgence.

Organisation du milieu et ressources matérielles

Aux neuf recommandations émises par la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services quant à l'organisation du milieu et des ressources matérielles, l'établissement a mis en place différentes mesures dont celle d'apporter des clarifications à l'équipe de l'urgence afin de déterminer qui est responsable de la prise en charge médicale à l'urgence lorsqu'un médecin spécialiste est consulté. Afin de prévenir la perte d'objets personnels, un rappel aux familles est prévu, dans les contrats d'entreposage, que nous disposerons des effets personnels s'ils ne sont pas réclamés dans les 30 jours. Finalement, la pratique relative à l'intégration du programme AÎNÉES à la démarche de soins infirmiers a été actualisée pour améliorer les conditions d'intervention ou de séjours pour les adapter aux incapacités de la personne âgée.

Relations interpersonnelles

La Commissaire aux plaintes a émis quatre recommandations en matière de relations interpersonnelles. Différentes mesures ont été instaurées dont une préposée en hébergement a été retirée du suivi auprès d'une résidente à la suite d'une plainte concernant l'attitude de celle-ci. Un rappel a été effectué aux employés de l'unité d'hospitalisation en chirurgie de l'Hôpital Pierre-Boucher, quant à leurs obligations et leurs responsabilités envers les usagers. Les employés doivent éviter de parler aux usagers de leurs difficultés reliées à leur travail. Les employés insatisfaits ont été recommandés aux instances appropriées. L'importance de la bienveillance pour les accompagnateurs d'usagers avec déficits cognitifs a fait l'objet d'un rappel auprès de ceux-ci. Concernant l'information ou la sensibilisation d'un intervenant, un rappel a été fait à tous les employés sur l'obligation de s'identifier, lorsque demandé par un usager, en indiquant leur nom et leur prénom. Finalement, un plan d'amélioration continue a été élaboré afin de favoriser l'implication de la famille auprès de l'utilisateur vulnérable.

Soins et services dispensés

À la suite des 37 recommandations émises par la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services concernant les soins et services, des mesures ont été mises en place afin qu'une attention particulière aux personnes admises en soins palliatifs et à leur famille soit effectuée afin de déterminer leurs besoins et d'impliquer rapidement les professionnels de l'équipe multidisciplinaire pour offrir une réponse concertée aux multiples besoins de cette clientèle. L'affichage pour le résident en CHSLD dans sa chambre, son domicile, est maintenant permis pour autant que les informations s'y retrouvant contribuent à sa prise en charge. Des balises pourront toutefois être suggérées afin d'assurer la clarté de l'information et sa cohérence avec le plan de travail. La chef de service des soins palliatifs du CLSC Gaston-Bélanger a informé les intervenants de son équipe de contacter l'assistante infirmière-chef de l'urgence de l'hôpital, plutôt que le triage, afin de les aviser du transfert d'un usager en fin de vie. Un suivi quant aux progrès du plan Développement des compétences et amélioration du continuum de soins lors du séjour à l'unité de soins post-aigus sera fait avec le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services. Finalement, la coordonnatrice à la Direction de la protection de la jeunesse a procédé à une analyse exhaustive du dossier afin de signifier à l'intervenante les attentes de l'établissement en matière d'évaluation des signalements.

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

Motifs	Action/mesure	Recommandation	Suivi
Aspect financier/ Frais de déplacement/Transport/ Frais transport ambulancier	Ajustement financier	R-1. Annuler la facture transmise à l'utilisateur à la suite de son transport ambulancier.	Réalisée Une note de crédit a été émise.
	Ajustement financier	R-2. Annuler la facture transmise à l'utilisateur à la suite de son transport ambulancier.	Réalisée Une note de crédit a été émise.
	Ajustement financier	R-3. Annuler la facture transmise à l'utilisateur à la suite de son transport ambulancier.	Réalisée Une note de crédit a été émise.
À portée systémique/ Protocole clinique ou administratif		R-4. Modifier le dépliant intitulé « Le transport ambulancier pour les personnes de 65 ans et plus : pas toujours gratuit! » en retirant le passage portant sur l'utilisateur qui quitte l'urgence sans avoir été vu par le médecin.	Refusée Le CISSS de la Montérégie-Est n'a pas la juridiction. Le CISSS de la Montérégie-Centre est l'établissement désigné en Montérégie pour l'application régionale de la politique de déplacements des usagers. Après discussion entre le MSSS et le CISSS de la Montérégie-Centre, la recommandation ne sera pas réalisée.
Ajustement financier		R-5. Annuler la facture transmise à l'utilisateur à la suite de son transport ambulancier.	Réalisée Une note de crédit a été émise.
À portée systémique/ Protocole clinique ou administratif		R-6. Supprimer la liste des critères d'exemption de facturation pour les personnes de 65 ans et plus.	Refusée La recommandation contrevient au cadre normatif établi par le MSSS. Le transport médical pour les 65 ans et plus est gratuit seulement s'il répond aux critères de nécessité médico-sociale.
À portée systémique/ Communication/ Promotion		R-7. Faire un rappel au personnel concerné des normes en vigueur entourant les frais pouvant être facturés aux usagers de 65 ans et plus à la suite d'un transport ambulancier.	Refusée La recommandation contrevient au cadre normatif établi par le MSSS.

Motifs	Action/mesure	Recommandation	Suivi
Aspect financier/ Facturation/ À des non-résidents du Québec	Ajustement financier	R-1. Cesser de facturer des frais administratifs aux non-résidents, en plus de la surcharge de 200 %.	Réalisé Les frais ne sont plus facturés.
	Ajustement financier	R-2. Rembourser les frais administratifs qui ont été facturés à l'usager non- résident.	Réalisé Les frais ne sont plus facturés.
Soins et services dispensés/ Traite- ment/intervention/ Services (action faite)/ Surveillance	À portée systémique/ Amélioration des mesures de sécurité et protection	R-1. Évaluer la possibi- lité d'équiper le Centre d'hébergement Élisabeth-Lafrance de caméras de surveillance dans ses aires communes et dans ses corridors.	Réalisée L'établissement a évalué la possibilité d'équiper l'ensemble des CHSLD de caméras de surveillance. Un plan d'action a été élaboré.
	Engagement de l'instance	R-2. Réviser le plan comportemental dans le cadre de la prestation des services de l'usager faisant état des comportements inadéquats de l'usager à la suite de l'amélioration de ce dernier.	Réalisée Une rencontre a eu lieu avec l'intervenant et la gestionnaire pour revoir le plan.
Aspect financier/ Frais d'héberge- ment /Placement/ Frais de chambre	Ajustement financier	R-1. Annuler la facture transmise à l'usager pour l'occupation d'une chambre semi-privée.	Réalisée Une note de crédit a été émise.
	Ajustement financier	R-2. Annuler la facture de 1 672,00 \$ relative au séjour de l'usagère dans une chambre semi-privée.	Réalisée Une note de crédit a été émise.
Accessibilité/ Refus de services / Autre	Mesure corrective/ Respect des droits	R-1. Cesser d'exiger un billet médical pour tous les rendez-vous pour lesquels l'usager doit demander un changement d'horaire des services.	Réalisée L'usager n'a plus à fournir un billet médical pour justifier ses changements de rendez-vous au soutien à domicile.
	Mesure corrective/ Conciliation/ Précision/ Explication	R-2. Vérifier les mises à jour des inscriptions et procéder à la demande de rectifica- tion de la date d'inscription des plaignants au Guichet d'accès de la clientèle sans médecin de famille (GAMF).	Réalisée La date d'inscription au guichet a été modifiée.

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

Le CISSS de la Montérégie-Est a reçu deux rapports du coroner au cours de la dernière année, dont les recommandations lui étaient adressées.

Le premier rapport du coroner comportait une recommandation en lien avec la qualité de l'acte médical. La Direction des services professionnels a procédé à la révision et à l'évaluation du dossier.

Le second rapport du coroner comportait une recommandation en lien avec la prévention des erreurs de médicament. La Direction des soins infirmiers a révisé le dossier afin que l'administration de la médication réponde aux standards de sécurité en vigueur. Des mesures appropriées ont été mises en place pour éviter les erreurs d'administration des médicaments, tel que d'offrir une formation au personnel sur la double identification et optimiser l'utilisation des chariots de médication.

L'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont reçus, au cours de la dernière année, deux autres rapports du coroner dont les recommandations étaient adressées à tous.

Le premier rapport du coroner comportait une recommandation en lien avec l'utilisation sécuritaire des fauteuils à assise surbaissée. L'établissement a donc pris les mesures suivantes :

- Répertorier les fauteuils à assise surbaissée utilisée dans l'établissement;
- Fixer l'assise surbaissée des fauteuils identifiés en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) de façon permanente;
- Diffuser un avis clinique sur les risques associés à l'utilisation d'un fauteuil roulant avec assise surbaissée amovible combinée à l'utilisation d'une ceinture de sécurité.

Le deuxième rapport du coroner comportait deux recommandations afin de mieux répondre aux besoins en matière de santé physique, mentale et de dépendance en établissements de détention, à savoir :

- Parachever l'intégration des soins de première ligne en santé mentale, physique et de dépendance dans les établissements de détention;
- Mettre en place des stratégies pour assurer un continuum de soins de santé physique, mentale et de dépendance.

L'établissement a donc pris les mesures suivantes :

- Procéder à une concertation avec le ministère de la Sécurité publique et la Direction des services correctionnels de la Montérégie;
- Consolider la mise en place effectuée en 2018 de l'offre de soins de santé et de services sociaux par une équipe interdisciplinaire en milieu carcéral;
- Mettre en place un protocole infirmier sur la prévention du suicide chez les détenus;
- Clarifier les rôles et les responsabilités de chaque établissement dans la réinsertion des détenus dans la communauté;
- Élaborer des stratégies de transfert d'information entre les intervenants de l'établissement, du centre de détention et des organismes communautaires concernés impliqués auprès des détenus.

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

Visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie

Le ministre de la Santé et des Services sociaux veille à ce que toute personne qui vit dans un milieu de vie substitut rattaché ou faisant partie du réseau public puisse bénéficier de services adéquats et d'un environnement de qualité. Afin d'assurer ce suivi dans les différents milieux, le Ministère procède à des visites d'évaluation de la qualité dans différents centres d'hébergement.

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

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

Six visites ministérielles ont eu lieu au cours de la dernière année, selon les nouvelles exigences du 3^e cycle de visite du MSSS. Les plans d'action sont en élaboration pour certains centres et les actions requises à mettre en place font l'objet de suivis à la suite des recommandations émises.

- Centre d'hébergement Élisabeth-Lafrance, visite les 28 et 29 mai 2019 avec 7 recommandations émises;
- Centre d'hébergement de Tracy, visite le 4 septembre 2019 avec 8 recommandations émises;
- Centre d'hébergement J.-Arsène-Parenteau, visite le 5 septembre avec 11 recommandations émises;
- Centre d'hébergement de Mgr-Coderre, visite le 19 novembre 2019 avec 5 recommandations émises;
- Centre d'hébergement de la MRC-d'Acton, visite le 11 février 2020 avec 3 recommandations émises;
- Centre d'hébergement Andrée-Perrault, visite le 12 février 2020 avec 7 recommandations émises.

Depuis le début du 3^e cycle de visites, 11 des 16 centres d'hébergement du CISSS ont reçu la visite de l'équipe d'évaluation.

Visites d'inspection professionnelle

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

Dans le cadre de son programme de surveillance annuelle de l'exercice de la profession, le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) a procédé à l'évaluation des services d'inhalothérapie pour les installations suivantes : le Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe, le CLSC des Patriotes, le CLSC de la MRC-d'Acton, le CLSC des Seigneuries, l'Hôpital Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe et l'Hôtel-Dieu de Sorel. Avec un taux de conformité des auto-évaluations des professionnels concernés variant de 72 % à 97 % et suite aux résultats des audits de dossiers réalisés par l'OPIQ, aucune visite d'inspection n'a été recommandée. Chacun des services a produit un plan d'amélioration qui a été entériné par l'ordre professionnel. Tous sont en cours de réalisation avec un taux d'avancement global de 25 %.

Par ailleurs, le rapport de l'OPIQ découlant de l'inspection professionnelle réalisée les 20 et 21 février 2019 à l'Hôpital Pierre-Boucher a été reçu le 21 mai 2019. Aucune norme n'a été jugée non conforme. Un plan d'amélioration par secteurs d'activités a été élaboré pour les normes jugées partiellement conformes, dont le taux d'avancement global est de 70 %.

Visite du Vérificateur général du Québec

Le vérificateur général du Québec (VGQ) a déposé son rapport le 29 novembre 2019 à l'Assemblée nationale du Québec à la suite de l'audit réalisé en 2018-2019 avec la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) ainsi que la Direction adjointe du programme jeunesse – services psychosociaux dans la communauté et partenariat du CISSS. Les recommandations du VGQ se font autour de cinq grands constats :

1. L'accessibilité des services en protection de la jeunesse;
2. Le repérage et l'analyse de certaines situations à risques (récurrence des signalements);
3. L'organisation du travail et la supervision des intervenants;
4. Le support des établissements aux DPJ pour leur permettre d'assumer leur rôle de protection de l'enfant;
5. La révision des standards de référence en matière d'accès (MSSS).

À la suite de ces recommandations, le CISSS de la Montérégie-Est a élaboré un plan d'action qui comporte 70 actions en lien avec les quatre premiers constats, le cinquième constat s'adressant au MSSS. Ce plan d'action doit être déposé à la Commission de l'administration publique (CAP) dans les quatre mois qui suivent le dépôt du rapport du VGQ. Le plan d'action présente les actions visant à corriger les lacunes qui ont donné lieu aux recommandations.

En raison du contexte de la pandémie de la COVID-19, le dépôt du plan d'action à la Commission de l'administration publique a été repoussé à une date qui reste à être précisée par la Commission. À la suite de ce dépôt, un état d'avancement de la mise en œuvre du plan d'action est requis annuellement pour une période de trois ans.

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

Au cours de l'année 2019-2020, les mises sous garde du CISSS de la Montérégie-Est se dénombrent comme suit :

Établissement/installation	Mission Centre hospitalier (CH)	Total pour l'établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	840	840
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	295
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	287	287
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	207
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)	190	190

L'examen des plaintes et la promotion des droits

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

L'information et la consultation de la population

Au CISSS de la Montérégie-Est, plusieurs modalités ont été utilisées au courant de la dernière année pour recueillir la voix des usagers et de leurs proches, à savoir les sondages, les entretiens d'expérience usager et l'implication d'usager ressource.

Sondage

Un nombre de 1 565 usagers ont répondu, au cours de l'année 2019-2020, à différents sondages pour mesurer leur niveau de satisfaction au regard de la qualité des soins et des services, tant en milieu hospitalier, qu'en centre d'hébergement, en CLSC, en GMF-U ou en ressources privées sous contrat comme les RI, RTF et UTRF au sein du CISSS de la Montérégie-Est :

Hôpitaux

- Centre mère-enfant - Hôpital Honoré-Mercier, sondage ponctuel auprès des mères ayant accouchées;
- Centre mère-enfant (néo natalité) - Hôpital Honoré-Mercier, sondage ponctuel auprès des parents d'un nouveau-né hospitalisé;
- Centre mère-enfant – Hôtel-Dieu de Sorel, sondage en continu auprès des mères ayant accouché;
- Urgence des trois hôpitaux du CISSS de la Montérégie-Est, sondage ponctuel auprès des usagers ayant visité les services en octobre et novembre 2018.

CHSLD

- Trois sondages en continu pour les usagers des centres d'hébergement sur les thèmes suivants :
 - Admission;
 - Plan d'interventions interdisciplinaires;
 - Fin de vie.
- Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe (Unité du Verger), RLS Richelieu-Yamaska, sondage ponctuel sur le milieu de vie auprès des usagers hébergés à l'automne 2019.

Ressource privée sous contrat (Ressources intermédiaires (RI) - Ressources de type familial (RTF) et Unité de réadaptation fonctionnelle (UTRF))

- L'UTRF-EIO Vivalia Le Boisé - RLS Pierre-Boucher, sondage ponctuel auprès des usagers hébergés à l'automne 2019 sur les soins et services reçus par la ressource et par le personnel du CISSS;
- RI-RTF – Santé mentale, sondage ponctuel auprès des usagers hébergés à l'automne 2019 sur les soins et services reçus par la ressource et par le personnel du CISSS.

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

Les résultats des sondages seront intégrés au plan d'action des secteurs concernés dans la perspective d'une culture d'amélioration continue.

L'expérience usager

Dans le cadre de visite d'expérience usager, la voix de l'utilisateur ou de ses proches a été recueillie à partir de 83 entretiens réalisés au cours de l'année 2019-2020. L'environnement physique, la relation avec les intervenants, la communication et l'information, l'implication et la participation de l'utilisateur dans leurs soins et services ont été les thématiques abordées. Cette année, les usagers et leurs proches ont été visités dans les secteurs suivants :

Centre hospitalier (CH)

- Hôpital Pierre-Boucher
 - Centre mère enfant (obstétrique)
 - Unité de soins en santé mentale courte durée
- Hôpital Honoré-Mercier
 - Centre mère enfant (obstétrique et pédiatrie)
 - Unité de soins en santé mentale courte durée
- Hôtel-Dieu de Sorel
 - Centre mère enfant (obstétrique)
 - Unité de soins en santé mentale courte durée
- Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté (CRJDA)
 - Campus de Chambly
 - Campus de Longueuil
 - Campus de Saint-Hyacinthe
 - Campus de Valleyfield

La synthèse de la qualité perçue par les usagers sera intégrée au plan d'amélioration des secteurs concernés.

Usager ressource

Dans le cadre du déploiement de l'approche de partenariat de soins et de services, 17 usagers ressources ont été formés en vue de leurs participations à différents projets du CISSS de la Montérégie-Est sur l'organisation et l'amélioration des soins et des services. Un usager ressource est une personne qui contribue à l'amélioration de l'expérience des usagers en milieux de soins ou de services et à leur qualité de vie par le partage de son expérience. À ce titre, 11 usagers ressources formés ont collaboré à 29 reprises au sein des comités de travail, des ateliers ou des groupes de discussions de 13 projets différents menés dans 8 directions et programmes :

Direction adjointe de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique (DAQEE), Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche (DEUR), Direction des services multidisciplinaires (DSM), Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD), Direction des services techniques (DST), Direction de la logistique (DSL), Direction du programme jeunesse (DProgJ), Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA) et Direction générale adjointe programme santé physique (DGAPSP). Une co-construction de solutions répondant aux besoins de la clientèle et en alignement avec les priorités organisationnelles du CISSS de la Montérégie-Est a ainsi pu être réalisée.

Par ailleurs, on enregistre plus de 40 autres formes d'implications des usagers non formés dans 21 projets de 6 directions et programmes : DAQEE, DEUR, Direction des programmes DI-TSA et DP, DPSMD, DST, DSL et DProgJ. Ces usagers ont été interpellés pour un partage d'information, une collecte des besoins ou un recueil d'avis. Ces types d'implications, bien que ne mobilisant pas une approche de partenariat, ont également contribué à répondre aux besoins des usagers et de leurs proches.

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

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

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

Des personnes se sont prévaluées de cette nouvelle offre de soins. Le tableau suivant présente les données couvrant la période du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020.

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie		
Activité	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	4 167
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	102
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	238
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	171
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs*	74

*Motifs : 24 usagers ont retiré leur demande; 14 usagers sont inaptes ou deviennent inaptes à consentir aux soins; 17 usagers non admissibles; 12 usagers décédés avant la fin du processus et 7 demandes en processus d'évaluation.

N. B. Les données contenues dans le rapport sur la Politique portant sur les soins de fin de vie sont disponibles sur le site Internet de l'établissement.

Les ressources humaines

Les ressources humaines

Les ressources humaines de l'établissement public et privé conventionné

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

Répartition de l'effectif en 2020 par catégorie de personnel 11045309 - CISSS de la Montérégie-Est		
	Nombre d'emplois au 31 mars 2020	Nombre d'ETC en 2018-2019
1. Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	3 672	2 908
2. Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	3 835	2 996
3. Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 500	1 310
4. Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 797	2 328
5. Personnel non visé par la loi 30	67	50
6. Personnel d'encadrement	411	409
Total	12 282	10 002

Gestion et le contrôle des effectifs

L'établissement avait pour l'année 2019-2020, une cible de 19 663 385 heures rémunérées en suivi de l'application de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État. Considérant que le nombre d'heures rémunérées a été de 19 798 479, il y a donc un surplus de 135 095 heures (voir tableau ci-dessous).

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

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

11045309 - CISSS de la Montérégie-Est

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 supplém.	Total heures rémunérées
1. Personnel d'encadrement	753 261	13 322	766 583
2. Personnel professionnel	2 723 768	19 299	2 743 067
3. Personnel infirmier	5 236 399	363 975	5 600 375
4. Personnel de bureau, technicien et assimilé	8 273 008	397 582	8 670 590
5. Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 873 325	70 675	1 943 999
6. Étudiants et stagiaires	73 424	441	73 865
Total 2019-2020	18 933 186	865 294	19 798 479
Total 2018-2019			19 057 030

Cible 2019-2020	19 663 385
Écart	135 095
Écart en %	0,7 %

Les ressources financières

Les ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Dépenses par programmes-services

Programmes	Exercices précédent		Exercice courant		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	11 676 497 \$	1,15 %	13 076 278 \$	1,20 %	1 399 781 \$	11,99 %
Services généraux - activités cliniques et aide	34 863 259 \$	3,44 %	37 541 646 \$	3,45 %	2 678 387 \$	7,68 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	211 931 698 \$	20,94 %	236 124 051 \$	21,69 %	24 192 353 \$	11,42 %
Déficiences physique	17 501 996 \$	1,73 %	21 260 085 \$	1,95 %	3 758 089 \$	21,47 %
Déficiences intellectuelle et TSA	6 039 992 \$	0,60 %	6 708 997 \$	0,62 %	669 005 \$	11,08 %
Jeunes en difficulté	154 060 106 \$	15,22 %	168 156 960 \$	15,45 %	14 096 854 \$	9,15 %
Dépendances	- \$	0,00 %	44 732 \$	0,01 %	44 732 \$	0,00 %
Santé mentale	55 464 503 \$	5,48 %	60 417 395 \$	5,55 %	4 952 892 \$	8,93 %
Santé physique	308 054 869 \$	30,43 %	318 934 968 \$	29,30 %	10 880 099 \$	3,53 %
Programme soutien						
Administration	58 292 376 \$	5,76 %	62 847 976 \$	5,77 %	4 555 600 \$	7,82 %
Soutien aux services	82 685 930 \$	8,17 %	89 232 711 \$	8,20 %	6 546 781 \$	7,92 %
Gestion des bâtiments et des équipements	71 703 320 \$	7,08 %	74 124 451 \$	6,81 %	2 421 131 \$	3,38 %
Total	1 012 274 546 \$		1 088 470 250 \$		76 195 704 \$	

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

L'équilibre budgétaire

Le CISSS de la Montérégie-Est présente un surplus consolidé de 773 582 \$ (fonds d'exploitation 2 025 226 \$ et fonds d'immobilisations -1 251 644 \$).

L'établissement a poursuivi l'accessibilité aux services, notamment en soutien à domicile, en jeunesse, en déficience physique et intellectuelle, en trouble du spectre de l'autisme, et en santé mentale en fonction des annonces ministérielles, et ce, afin de réduire les listes d'attente ainsi que de capter la croissance des besoins en santé de la population vieillissante. La croissance des coûts des médicaments oncologiques s'est poursuivie tout au long de l'année.

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

CROISSANCE
ET SAINTE
GESTION

Les contrats de services

CONTRATS DE SERVICES, COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 \$ ET PLUS, CONCLUS ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2019 ET LE 31 MARS 2020

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	22	1 730 336 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	167	51 681 307 \$
Total des contrats de services	189	53 411 643 \$

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

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

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

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

Nom de l'établissement : CISSS de la Montérégie-Est Code : 1104-5309 Page / Idn. : 140-00 / exercice terminé le 31 mars 2020

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

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

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers

Les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de contrats de location-acquisition conformément à la note d'orientation 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2011-2012	R	Aucune car directive du MSSS			X
--	-----------	---	------------------------------	--	--	---

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées

L'unité de mesure "usager" du sous-centre d'activité 7553 - Nutrition clinique n'a pu être validée avec exactitude, puisque le logiciel "Gestion de la nutrition" ne fait pas l'élimination des doublons des usagers. De plus, certains intervenants effectuent la compilation des données de façon manuelle. La compilation périodique des données est une addition de la compilation par le logiciel des compilations manuelles.	2018-2019	C	En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			X
Les établissements du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est doivent compiler l'unité de mesure "usagers distincts". Les systèmes de compilation des unités de mesure n'étant pas intégrés entre les établissements, il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site pour un même centre d'activités.	2015-2016	C	L'établissement n'a pas procédé à l'intégration des systèmes de compilation des unités de mesure permettant d'identifier si un usager se présente à plus d'un site pour un même centre d'activités.			X

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)

Rapport à la gouvernance

La divulgation des actes répréhensibles

Il n'y a eu aucun acte répréhensible divulgué dans notre établissement durant l'année 2019-2020.

CROISSANCE
ET SAIN
GESTION

Annexe :
**le code d'éthique et
de déontologie des
administrateurs**

PRÉAMBULE

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

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

Section 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

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

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

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

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

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

Loi sur la transparence et l'éthique en matière de 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

Section 2 – PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

1. BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). 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.

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 4 – APPLICATION

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

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen ad hoc

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

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

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

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

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

1. Intérêts pécuniaires

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

.....

.....

.....

2. Titre d'administrateur

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

.....

.....

.....

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

.....

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

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

1. Intérêts pécuniaires

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

.....

.....

.....

2. Titre d'administrateur

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

.....

.....

.....

3. Emploi

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

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

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

.....

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

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

.....
Signature

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

.....
Lieu

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

Québec

